

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Kehamilan Trimester III

2.1.1 Pengkajian

Langkah ini dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber berkaitan dengan kondisi klien. Pemerolehan data ini dilakukan melalui cara anamnesa. Anamnesa dibagi menjadi 2 yaitu *auto anamnesa* (anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasien) dan *allow anamnesa* (anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien atau melalui catatan rekam medik) (Sulistyawati, 2015)

Sebelum melakukan pengkajian data, pengkaji harus mencantumkan hal-hal yang berkaitan dengan pengkajian tersebut seperti :

- No. Rekam Medis : nomor register klien berguna untuk menghindari data tertukar antar klien, dan memudahkan pencarian direkam medik jika ada data yang dibutuhkan
- Tanggal pengkajian : tanggal pemeriksaan saat ini berguna untuk menentukan jadwal pemeriksaan berikutnya
- Waktu pengkajian : menentukan waktu pemeriksaan
- Tempat pengkajian : mengetahui tempat pemeriksaan
- Oleh : mengetahui siapa yang melakukan pemeriksaan

Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan objektif yang akan dijelaskan sebagai berikut.

a. Data Subjektif

1) Biodata

Nama : untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama

Usia : usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklamsia dan diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes mellitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm IUGR, anomalia kromosom dan kematian janin (Erina, 2018: 97-98)

Agama : untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai keyakinannya (Erina, 2018:98)

Pendidikan : untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi

termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Erina, 2018:98)

Pekerjaan : status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui TFU ibu hamil (Erina, 2018:98)

Alamat : dapat mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan (Erina, 2018:98)

Telepon : ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi (Romauli, 2011)

2) Alasan datang dan keluhan utama

Dalam pengkajian kehamilan, penting untuk mengetahui alasan datang dan keluhan yang dirasakan klien. Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang, dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan ibu hamil (Erina, 2018:98)

3) Riwayat perkawinan

Hal ini penting untuk bidan kaji karena dari data inilah bidan akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah

tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan, antara lain :

- a) Usia nikah pertama kali :
- b) Status pernikahan :
- c) Lama pernikahan :
- d) Ini adalah suami yang ke : (Sulistyawati, 2015)

4) Riwayat menstruasi

Hal yang perlu ditanyakan adalah umur saat menarche, siklus, lama menstruasi, banyak darah yang keluar, menstruasi terakhir, dismenorhoe serta HPHT. Apakah HPHT tersebut normal (baik dari segi siklus, lamanya dan jumlahnya) untuk meyakinkan bahwa yang dikatakan adalah benar HPHT sehingga dapat digunakan untuk memperkirakan tafsiran persalinan dan usia kehamilan (Indrayani, 2011)

5) Riwayat kesehatan ibu

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati, 2014:223).

6) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga (Erina, 2018:99)

7) Riwayat obstetri yang lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenal masa kehamilan, persalinan, nifasnya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Erina, 2018:100)

8) Riwayat kehamilan sekarang

Tanyakan gerakan janin yang dirasakan oleh ibu. Gerakan janin pertama kali dirasakan oleh primigravida sekitar usia kehamilan 18-20 minggu, sedangkan pada multigravida dapat dirasakan sekitar usia kehamilan 16 minggu. Tanya tentang tanda-tanda bahaya atau penyulit yang mungkin dirasakan oleh ibu. Seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat dan demam. Tanyakan keluhan yang dirasakan ibu. Apakah selama ini kehamilannya berjalan dengan normal tanpa ada komplikasi atau adakah ketidaknyamanan normal yang mungkin saja dirasakan ibu.

Penting juga untuk menggali obat-obat yang dikonsumsi ibu termasuk jamu-jamuan atau tindakan invasive yang potensial mengarah pada teratogenik seperti penggunaan sinar X (Indrayani, 2011)

9) Riwayat imunisasi

Imunisasi apa yang sudah ibu dapatkan dan berapa kali. Imunisasi TT merupakan perlindungan terbaik untuk melawan tetanus baik untuk ibu maupun bayinya. Oleh karena itu hal ini sangat penting bagi wanita untuk diimunisasi sesuai jadwal. (Indrayani, 2011) Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalannya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis ke 2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 suntikan dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 4)

Terdapat beberapa cara penapisan (skrining) untuk mengetahui status TT pada WUS awal yaitu, apabila ada data imunisasi saat bayi tercatat pada kartu imunisasi atau buku KIA maka riwayat TT pada bayi dapat diperhitungkan, bila hanya berdasarkan ingatan maka penapisan dapat dimulai dengan

pertanyaan imunisasi saat BIAS atau WUS yang lahir pada dan setelah tahun 1977 untuk yang lahir sebelum tahun 1977 langsung dimulai dengan pertanyaan imunisasi saat catin dan hamil, dan misalnya WUS baru mendapat imunisasi TT pada saat menjadi calon pengantin sebanyak 2 kali dengan interval minimal 1 bulan maka status WUS disebut T2 (perhatikan interval minimum yang dianjurkan)

10) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Pada trimester III ibu membutuhkan tambahan kalori sebesar 300 kalori per hari. Dapat diperoleh dari 3x makan dengan komposisi 1 centong nasi, satu potong daging/tahu/telur/tempe, satu mangkuk sayuran dan satu gelas susu dan buah (Sulistyawati, 2009)

b) Pola eliminasi

BAK pada ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing pada malam hari karena penekanan uterus dan disertai penurunan kepala janin pada kandung kemih. BAB pada trimester III mulai terganggu, relaksasi umum otot polos dan tekanan usus bawah oleh uterus yang membesar sehingga membuat ibu mengalami konstipasi (Sulistyawati, 2009)

c) Pola aktivitas

Ibu hamil dapat melakukan aktivitas sehari-hari namun tidak terlalu lelah dan berat karena dikhawatirkan mengganggu kehamilannya, ibu hamil utamanya trimester III membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari agar tidak terlalu lelah. Kelelahan dalam beraktivitas akan banyak menyebabkan komplikasi pada setiap ibu hamil misalnya perdarahan (Sulistyawati, 2009)

d) Pola istirahat

Ibu hamil membutuhkan istirahat yang cukup, baik siang maupun malam untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan bayinya. Kebutuhan istirahat ibu hamil malam \pm 7-8 jam/hari, siang \pm 1-2 jam/hari (Sulistyawati, 2009)

e) Kebersihan

Ibu hamil harus merawat dirinya agar terhindar dari berbagai macam kuman dan penyakit yang bisa berpengaruh bagi dirinya sendiri maupun janinnya. Ibu hamil dianjurkan mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, ganti baju minimal sekali dalam sehari sedangkan celana dalam minimal dua kali. Jika sewaktu-waktu baju dan celana dalam sudah kotor, sebaiknya segera diganti tanpa harus menunggu untuk ganti berikutnya. Kuku ibu hamil harus selalu dalam keadaan pendek dan bersih.

f) Pola seksual

Pada trimester III ibu hamil boleh melakukan hubungan seksual bila tidak terdapat indikasi. Ibu hamil harus berhati-hati dan tidak boleh terlalu sering dalam melakukan hubungan seksual karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan prematur

11) Kebutuhan psikososial

Faktor-faktor situasi, latar belakang budaya, status ekonomi sosial, persepsi tentang hamil apakah kehamilannya direncanakan atau diinginkan. Bagaimana dukungan keluarga. Adanya respon positif dari keluarga terhadap kehamilannya akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik/tidak,lemah/tidak

Kesadaran : composmentis/apatis/letargis/somnolen

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : tekanan darah normal ibu hamil dengan sistol ≤ 120 mmHg dan diastol ≤ 80 mmHg
Peningkatan sistole lebih dari 30 mmHg dan diastol lebih dari 15 mmHg akan menyebabkan ibu menjadi pre eklampsia (Pratiwi dan Fatimah, 2018)

- Nadi : pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit
- Suhu : nilai normal untuk suhu per aksila pada ibu hamil yaitu 36,5-37,5°C
- RR : pernafasan ibu hamil normal adalah 16-20 x/menit (Erina, 2018:101)

2) Pemeriksaan antropometri

- Tinggi badan : ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. Normalnya >145 cm, jika kurang dari 145 cm kemungkinan panggul sempit (Romauli, 2011)
- Berat badan : hal-hal yang perlu ditanyakan yaitu :
- Berat badan awal :kg
- Berat badan sekarang :kg
- Kenaikan berat badan :kg
- Kenaikan berat badan yang ideal selama hamil, peningkatan berat badan sekitar 1 pon (0,45 kg) per minggu adalah normal. Tetapi

bila melebihi 2 pon dalam seminggu, atau 6 pon dalam sebulan (tidak normal) kemungkinan terjadinya gangguan pada kehamilan harus dicurigai (Rajab, 2018)

Tabel 2.1

Kenaikan BB hamil diharapkan :

BB normal (BMI 18,5-24,9)	11-13 kg
Kurang (BMI<18,5)	13-20 kg
Berlebih (BMI 25-29,9)	7-11 kg
Obesitas (BMI>30)	Tidak boleh bertambah berat badannya lebih dari 7 kg

Sumber: : Rajab,W, dkk, 2018. KONSEP DASAR KETERAMPILAN KEBIDANAN, Malang Hal 102

LILA : batas minimal LILA ibu hamil adalah 23,5 cm (Erina, 2018:101)

3) TP :

Menghitung tafsiran persalinan dengan menggunakan rumus naegle dan dapat juga dilakukan secara klinis (misalnya : dengan melihat besarnya uterus) atau dengan USG (Indrayani, 2011)

4) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan inspeksi

Muka : muka bengkak/oedema tanda eklampsi, terdapat cloasma gravidarum atau tidak. Muka pucat tanda anemia (Romauli, 2011)

Mata : pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia, konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsi (Erina, 2018:102)

Mulut : untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis (Erina, 2018:102)

Gigi : gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai

- kuman dapat masuk melalui organ ini, karena pengaruh hormon kehamilan (Erina, 2018:102)
- Leher : dalam keadaan normal kelenjar tiroid tidak terlihat dan hampir teraba, sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Erina, 2018:102)
- Payudara : mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara. Memeriksa bentuk, ukuran simetris, bersih atau tidak. Putting susu pada payudara menonjol, datar atau masuk kedalam dan bersih atau tidak (Romauli, 2011)
- Abdomen : pembesaran perut yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu dicurigai adanya kelainan seperti kehamilan mola atau bayi kembar. Adakah bekas operasi yang perlu identifikasi lanjut tentang cara persalinan (Romauli, 2011:174)
- Genetalia : normal tidak terdapat varises pada vulva dan vagina, tidak ada condyloma akuminata (Romauli, 2011). Pada genetalia lihat adanya luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau)

Ekstremitas : adanya oedema pada ekstremitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga adanya pre-eklamsi dan diabetes mellitus (Romauli, 2011)

b) Pemeriksaan palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba.

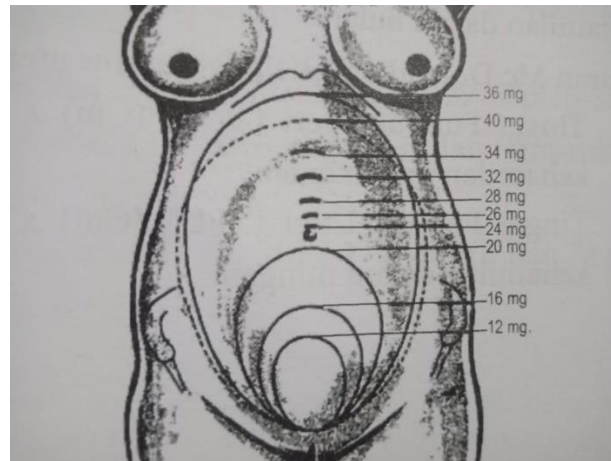
Leher : tidak teraba bendungan vena jugularis. Jika ada ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung Tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, jika ada potensial terjadi kelahiran premature, lahir mati, kretinisme dan keguguran Tidak teraba pembesaran kelenjar limfe, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit misal TBC, radang akut dikepala (Romauli, 2011)

Dada : adanya benjolan pada payudara waspadai adanya kanker payudara dan menghambat laktasi. Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan 12 minggu tapi mulai keluar pada usia 20 minggu (Romauli, 2011).

Abdomen :

Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri, menentukan bagian apa yang terdapat dalam fundus(Erina, 2018:103) Tanda kepala yaitu keras, bundar dan melenting sedangkan tanda bokong yaitu lunak, kurang bundar dan kurang melenting (Indrayani, 2011)

Gambar 2.1
Tinggi Fundus Uteri dan Umur Kehamilan



Sumber : Sunarti, 2013. Asuhan Kehamilan, Jakarta. Hal:66

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri bila diukur dengan jari

Umur Kehamilan	TFU
12 minggu	1-2 jari di atas symphysis
16 minggu	Pertengahan symphysis dan pusat
20 minggu	2-3 jari bawah pusat

24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2-3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dan processus xypoideud
36 minggu	3 jari dibawah processus xypoideus
40 minggu	Sama dengan kehamilan 32 minggu namun melebar kesamping

Sumber : Sunarti, 2013. Asuhan Kehamilan, Jakarta. Hal:69

Leopold II : untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang. (Romauli, 2011)

Leopold III : menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk PAP atau masih dapat di gerakkan (Erina, 2018:103)

Leopold IV : menentukan konvergen(kedua jari jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggu) atau divergen(kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke PAP (Erina, 2018:103).

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri menurut MC Donald

Usia kehamilan	TFU dalam cm
Kehamilan 28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
Kehamilan 32	29,5-30 cm diatas

minggu	simfisis
Kehamilan 36 minggu	32 cm diatas simfisis
Kehamilan 40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber : Sulistyawati, 2014. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan, Jakarta.

Ekstremitas : ada atau tidaknya edema, ada atau tidaknya varises (Erina, 2018:104)

c) Pemeriksaan aukultasi

Dada : adanya ronkhi atau wheezing perlu dicurigai adanya asma atau TBC yang dapat memperberat kehamilan (Romauli, 2011).

Abdomen : DJJ (+) dihitung selama 1 menit penuh, normal 120-160 x/menit, teratur dan reguler (Romauli, 2011).

d) Perkusi

Reflek patella : Reflek patella normalnya tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan preeklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1.

5) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul dapat dilakukan pada usia kehamilan 36-38 minggu jika kepala bayi belum *engaged*. Pada saat tersebut, rongga panggul lebih relaks (Indrayani, 2011)

a) Distansia spinarum

Antara spina iliaka anterior superior kanan dan kiri (23-26cm)

b) Distansia kristarum

Antara krista iliaka terjauh kanan dan kiri dengan ukuran sekitar 26-29cm

c) Konjugata eksterna (Boudeloge)

Jarak antar tepi atas simpisis dan prosesus spinous lumbal (18-20 cm)

d) Lingkar panggul (pita ukur)

Tepi atas simpisis, dikelilingkan ke belakang melalui pertengahan antara spinailiaka anterior superior dan trochanter mayor kanan ke ruas lumbal V (80-90cm)

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

HB = mengetahui kadar HB pada ibu hamil → deteksi anemia gravidarum

Kadar HB normal

Anemia ringan : $> 10 - < 11$ gr %

Anemia sedang : $\geq 7 - 10$ gr %

Anemia berat : < 7 gr %

Albumin = kadar protein urine →deteksi pre eklamsia

Reduksi = kadar glukosa urine →deteksi diabetes mellitus gravidarum

Wanita yang memiliki Hb kurang dari 10 gr/ 100ml baru disebut menderita anemia dalam kehamilan. Pemeriksaan Hb minimal dilakukan dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan III. Sedangkan pemeriksaan Hbs Ag digunakan untuk mengetahui apakah ibu menderita hepatitis B atau tidak

Golongan darah : untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Erina, 2018)

b) Pemeriksaan USG

Kegunaannya :

- (1) Diagnosis dan konfirmasi awal kehamilan
- (2) Penentuan umur gestasi dan penafsiran ukuran fetal
- (3) Mengetahui posisi plasenta
- (4) Mengetahui adanya IUFD
- (5) Mengetahui pergerakan janin dan detak jantung janin

2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri dengan keadaan ibu

dan janin baik dengan kehamilan resiko rendah

Ds : Ibu mengatakan ini kehamilan ke ... Usia kehamilan bulan.

Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir

Do : Keadaan umum : Baik.

Kesadaran : Composmentis.

TD : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit.

RR : 16-20 x/menit.

Suhu : 36,5°C - 37,5°C.

TB : ... cm.

BB hamil awal : ... kg.

BB hamil sekarang : ... kg.

Kenaikan berat badan : ... kg.

TP : Tanggal/bulan/tahun

LILA : ... cm.

Pemeriksaan abdomen

Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri, menentukan bagian apa yang terdapat dalam fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong

- lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.
- Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letaknya bagian-bagian.
- Leopold III : menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk PAP atau masih dapat di gerakkan.
- Leopold IV : menentukan konvergen(kedua jari jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggu) atau divergen (kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke PAP.

Auskultasi	:	DJJ 120-160 x/menit.
Pemeriksaan panggul		
Distansia spinarum	:	23-26 cm
Distansia kristarum	:	26-29 cm
Konjugata eksterna	:	18-20 cm
Lingkar panggul	:	80-90 cm
Pemeriksaan penunjang	:	a. HB b. Urine reduksi c. Urine albumin

Masalah :

a. Peningkatan frekuensi berkemih

Subyektif : Ibu mengatakan sering buang air kecil dan keinginan untuk kembali buang air kecil kembali terasa

Obyektif : Kandung kemih teraba penuh

b. Sakit punggung atas dan bawah

Subyektif : Ibu mengatakan punggung atas dan bawah terasa pegal

Obyektif : Ketika berdiri terlihat postur tubuh ibu condong ke belakang (lordosis)

c. Hiperventilasi dan sesak nafas

Subyektif : Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur

Obyektif : *Respiration Rate* (Pernafasan) meningkat hingga 24-30 kali peminut, nafas ibu tampak cepat, pendek dan dalam

d. Edema dependen

Subyektif : Ibu mengatakan kakinya bengkak

Obyektif : Tampak oedem pada ekstremitas bawah +/-

e. Kram tungkai

Subyektif : Ibu mengatakan kram pada kaki bagian bawah

Obyektif : Perkusi reflek patella +/-

f. Konstipasi

Subyektif : Ibu mengatakan sulit BAB

Obyektif : Pada palpasi teraba massa tinja (skibala)

g. Kesemutan dan baal pada jari

Subyektif : Ibu mengatakan pada jari-jari terasa kesemutan

Obyektif : Wajah ibu menyeringai saat terasa kesemutan pada jari-jari.

h. Insomnia

Subyektif : Ibu mengatakan susah tidur

Obyektif : Terdapat lingkaran hitam dibawah mata, wajah ibu tidak terlihat segar

i. Hemoroid

Subyektif : Ibu mengatakan memilikiambeien

Obyektif : Nampak/tidak Nampak adanya benjolan pada anus.

2.1.3 Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

Berikut adalah beberapa diagnose potensial yang mungkin ditemukan pada pasien selama kehamilan :

- a. Perdarahan pervaginam
- b. IUFD
- c. Ketuban Pecah Dini
- d. Persalinan premature
- e. Potensial eklamsi
- f. Potensial atoni uteri
- g. Potensial hipertensi karena kehamilan
- h. Hemoragik antepartum
- i. Preeklamsi berat atau ringan
- j. Letak lintang

2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Antisipasi tindakan segera, dalam pelaksanaannya bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien

R/ Hak dari ibu untuk mengetahui informasi keadaan ibu dan janin. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal. (Sulistyawati, 2012)

- b. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III dan cara mengatasinya.

R/ Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tau cara mengatasinya. (Sulistyawati, 2012)

- c. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, oedema, sesak nafas, keluar cairan pervaginam, demam tinggi, dan gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 24 jam.

R/ Memberi informasi mengenai tanda bahaya kehamilan kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan, sehingga jika terjadi salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat mengambil keputusan dan bertindak dengan cepat. (Sulistyawati, 2012)

- d. Berikan apresiasi terhadap ibu tentang pola makan dan minum yang selama ini sudah dilakukan, dan memberikan motivasi untuk tetap mempertahankannya.

R/ Kadang ada anggapan jika pola makan ibu sudah cukup baik, tidak perlu diberikan dukungan lagi, padahal apresiasi atau pujian serta dorongan bagi ibu sangat besar artinya. Dengan memberikan apresiasi, ibu merasa dihargai dan diperhatikan oleh bidan, sehingga ibu dapat tetap mempertahankan efek positifnya. (Sulistyawati, 2012)

- e. Diskusikan kebutuhan untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk menyingkirkan, mengonfirmasi, atau membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

R/Antisipasi masalah potensial terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga professional.

- f. Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang berhubungan dengan hal-hal berikut : tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat-surat yang dibutuhkan, kendaraan yang digunakan, dengan persalinan.

R/ Informasi ini sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan.(Sulistyawati, 2012)

- g. Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya, yaitu dua minggu lagi.

R/ Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ini sudah trimester III. (Sulistyawati, 2012)

Masalah :

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih.

Kriteria hasil : Frekuensi berkemih 5-6 kali/hari.

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing.

R : membantu ibu memahami alasan fisiologis dari penyebab sering kencing pada trimester III. Bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga ibu akan mengalami sering kencing.

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari dan banyak minum di siang hari.

R : mengurangi asupan cairan dapat menurunkan volume kandung kemih sehingga kebutuhan cairan ibu terpenuhi tanpa mengganggu istirahat ibu di malam hari.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan kencing

R : menahan kencing dapat memenuhi kandung kemih sehingga menghambat turunnya bagian terendah janin.

d) Anjurkan ibu untuk tidak sering minum kopi atau teh.

R : teh dan kopi memiliki sifat diuretic sehingga merangsang untuk sering kencing.

2) Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri punggung yang dialaminya.

Kriteria Hasil : Nyeri punggung berkurang dan aktifitas ibu tidak terganggu.

Intervensi :

a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab nyeri.

R : nyeri punggung terjadi karena peregangan pusat gravitasi dan perubahan postur tubuh akibat perubahan titik berat pada tubuh.

b) Anjurkan ibu menghindari pekerjaan berat.

R : pekerjaan yang berat dapat meningkatkan kontraksi otot sehingga suplai darah berkurang dan merangsang reseptor nyeri.

c) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu berhak tinggi.

R : hak tinggi akan menambah sikap ibu menjadi hiperlordosis dan spinase otot-otot pinggang sehingga nyeri bertambah.

d) Anjurkan ibu mengompres air hangat pada bagian yang terasa nyeri.

R : kompres hangat akan meningkatkan vaskularisasi dari daerah punggung sehingga nyeri berkurang.

e) Anjurkan ibu untuk memijat bagian yang terasa nyeri.

R : pijatan dapat meningkatkan relaksasi sehingga nyeri berkurang.

f) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R : senam akan menguatkan otot dan memperlancar aliran darah.

3) Hiperventilasi dan sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak napas

Kriteria Hasil : *Respiration Rate* normal (16 - 24 x/menit)

Intervensi :

a) Jelaskan penyebab terjadinya sesak nafas

R : diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Tekanan pada diafragma menimbulkan perasaan atau kesadaran sulit bernafas.

b) Sarankan ibu untuk menjaga posisi saat duduk dan berdiri.

R : posisi duduk dan berdiri yang benar dapat mengurangi tekanan pada diafragma.

c) Anjurkan ibu untuk tidur dengan bantal yang tinggi.

R : karena uterus membesar sehingga diafragma terangkat sekitar 4 cm, dengan bantal yang tinggi dapat mengurangi tekanan pada diafragma.

d) Anjurkan ibu untuk makan sedikit namun sering.

R : makan berlebihan menyebabkan lambung teregang sehingga meningkatkan tekanan diafragma.

e) Anjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar.

R : pakaian yang longgar mengurangi tekanan pada dada dan perut.

4) Kram pada tungkai

Tujuan : Ibu mengerti dan paham tentang penyebab kram pada kehamilan fisiologis, ibu dapat beradaptasi dan mengatasi kram yang terjadi.

Kriteria hasil : Ibu tidak mengeluh adanya kram pada kaki dan nyeri kram berkurang

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab kram tungkai

R : uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi penekanan yang lama pada kaki

R : penekanan yang lama pada kaki dapat menghambat aliran darah.

c) Anjurkan ibu untuk memberikan pijatan pada daerah yang mengalami kram.

R : pijatan dapat meregangkan otot dan memperlancar aliran darah.

d) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R : senam hamil dapat memperlancar aliran darah dan suplai O₂ ke jaringan terpenuhi

5) Konstipasi

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III.

Kriteria hasil : Ibu dapat BAB secara normal (1-2 kali/hari).

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi tinggi serat, seperti sayur dan buah-buahan.

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB secara teratur.

R/ Kebiasaan berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengulur waktu defekasi dapat menghindari penumpukan feses/keras.

6) Insomnia

Tujuan : Ibu tidak mengalami insomnia

Kriteria Hasil : Kebutuhan istirahat ibu terpenuhi

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk menghindari stres dengan cara relaksasi sebelum tidur dengan menghirup nafas dalam, tahan lalu dihembuskan perlahan, dilakukan berkali-kali dan dengan ritme yang pelan.

R/ Kecemasan dan kekhawatiran dapat menyebabkan insomnia.

- b) Anjurkan ibu untuk minum hangat sebelum tidur.

R/ air hangat memiliki efek sedasi atau merangsang untuk tidur.

- c) Anjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang dapat menimbulkan stimulus sebelum tidur.

R/Aktivitas yang menyebabkan otot berkontraksi akan menyebabkan insomnia pada ibu.

7) Hemoroid

Tujuan : nyeri akibat hemoroid berkurang dan tidak menimbulkan

Kriteria Hasil : hemoroid berkurang dan kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat.

R/ karsinogen dalam usus diikat oleh serat sehingga feses lebih cepat bergerak dan mudah dikeluarkan, serat juga dapat mempertahankan kadar air pada proses pencernaan sehingga saat absorpsi di dalam usus tidak kekurangan air dan konsistensi tinja akan lunak.

b) Anjurkan ibu untuk banyak minum air.

R/ air merupakan pelarut penting yang dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrisi ke sel, dan pembuangan sampah tubuh.

c) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberi kenyamanan, tetapi juga memperlancar sirkulasi.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari duduk terlalu lama atau memakai pakaian yang terlalu ketat.

R/ duduk terlalu lama atau menggunakan pakaian terlalu ketat merupakan faktor predisposisi terjadinya hemoroid.

2.1.6 Implementasi

Implementasi mengacu intervensi. Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Bila perlu kolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah terlaksana.

2.1.7 Evaluasi

Evaluasi adalah bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan pasien.

S : ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan serta informasi yang sudah diberikan

O : meliputi Keadaan umum, TTV, posisi dan kondisi janin, ibu dapat mengulangi informasi yang sudah disampaikan.

A : G...P....Ab... UK ... minggu, T/H/I letak.. dengan kondisi ibu dan janin

P : Perencanaan asuhan atau tindakan yang akan datang

2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala 1

2.2.1.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Keluhan utama

Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari klien adalah kapan mulai terasa ada kenceng-kenceng di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

2) Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji berapa kali klien melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan. Keluhan apa saja yang dirasakan dan sudah mendapat terapi apa selama hamil. Ditanyakan pula status imunisasi Tetanus Toxoid terakhir klien. Kaji pernah tidaknya klien melakukan pijat oyok, minum jamu, atau yang lainnya yang dapat berpengaruh pada proses persalinan saat ini ataupun keadaan bayi saat baru lahir (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

3) Kebutuhan dasar

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), kebutuhan dasar meliputi:

a) Makan

Untuk mengetahui gambaran gizi, data fokus adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan.

b) Minum

Untuk mengetahui intake cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Ditanyakan kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman.

c) Istirahat

Mempersiapkan energi, data fokus adalah kapan terakhir tidur, berapa lama dan bagaimana aktivitas sehari-hari.

d) Personal hygiene

Berkaitan dengan kenyamanan klien dalam menjalani proses persalinannya. Ditanyakan waktu terakhir mandi, ganti baju dan pakaian dalam.

e) Eliminasi

Waktu terakhir buang air besar dan buang air kecil (Muslihatun dkk, 2014).

4) Riwayat psikososial budaya

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Gali informasi tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

b. Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Data objektif ini diperoleh melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.

1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), data ini dapat mengamati keadaan klien secara keseluruhan, meliputi:

a) Baik

Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b) Lemah

Klien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan klien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran klien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran klien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

3) Tanda – Tanda Vital

a) Tekanan darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan sistole lebih dari 30 mmHg dan diastol lebih dari 15 mmHg tanda-tanda ibu pre eklampsia. Tekanan darah normal Sistol ≤ 120 mmHg dan diastol ≤ 80 mmHg.

b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi, rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama persalinan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit

c) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal antara 36,5-37,5°C

d) RR

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Normalnya pernafasan yaitu 16-20x/menit

4) Pemeriksaan antropometri

Meliputi berat badan sebelum hamil, berat badan sekarang dan kenaikan berat badan (Muslihatun dkk, 2014)

5) Pemeriksaan fisik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), bagian-bagian tubuh yang dapat menilai kelainan yang dapat mempersulit proses persalinan meliputi:

a) Mata

Menurut Rohani dkk (2014), dikaji apakah konjungtiva pucat (konjungtiva yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang dapat menjadi komplikasi pada persalinan), sklera berwarna putih, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/ dekat).

b) Hidung

Dilihat apakah ada pernapasan cuping hidung.

c) Mulut

Dikaji apakah ada kepucatan pada bibir (kepucatan pada bibir mengindikasikan terjadinya anemia pada klien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan), integritas ringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani dkk, 2014).

d) Dada

Lihat ada tidaknya retraksi dinding dada ke dalam yang berlebih, bentuk payudara dan keadaan puting, serta pengeluaran kolostrum. Palpasi ada tidaknya benjolan abnormal. Auskultasi ada tidaknya gangguan pernapasan.

e) Abdomen

Auskultasi denyut jantung janin selama 1 menit (DJJ normal 120-160x/menit), serta palpasi leopold :

Leopold I : TFU untuk UK 37-42 minggu berkisar antara 2 hingga 4 jari dibawah prosesus xypoideus. Teraba lunak, kurang bulat, dan kurang melenting di bagian fundus (kesan bokong).

Leopold II : teraba bagian yang keras, datar, dan memanjang seperti papan (kesan punggung) di salah satu sisi perut klien (punggung kanan/punggung kiri), dan teraba bagian kecil janin di sisi yang lain (kesan ekstremitas).

Leopold III : teraba keras dan bulat (kesan kepala), bagian terbawah sulit digerakkan (sudah masuk PAP).

Leopold IV : divergen
Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) menurut Sondakh (2013) adalah:

- 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

- 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
- 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul

TFU Mc Donald berkisar antara 28-36 cm.

f) Genetalia

Lihat kebersihan, tanda-tanda IMS, pengeluaran cairan pervaginam berupa lendir dan darah, serta lakukan pemeriksaan dalam.

g) Ekstremitas

Kaji ada tidaknya oedema dan varises

6) Pemeriksaan dalam

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi dan adanya tanda infeksi.
- b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat

penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).

- f) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

Pemeriksaan dalam, tanggal pukul . oleh didapatkan hasil :

- a) Vulva vagina : ada lendir bercampur darah
 - b) Ketuban : belum pecah (positif)
 - c) Pembukaan : 1-10 cm
 - d) Effacement : 10-100 %
 - e) Bagian terdahulu kepala
 - f) Bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) pada jam ...
 - g) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar bagian terdahulu
 - h) Moulage 0 (nol), 1 dan 2
 - i) Hodge I-III
- 7) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

- a) USG
- b) Laboratorium meliputi : kadar hemoglobin (Hb), kadar urine, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit.

2.2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap rumusan diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dicantumkan pula masalah yang tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, namun perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh.

Diagnosis kebidanan/nomenklatur

a. Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan), dibedakan menjadi primigravida dan multigravida. G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _

b. Usia kehamilan 37-42 minggu

c. Presentasi dan keadaan janin

d. Kala dan fase persalinan

e. Normal atau tidak normal

Masalah :

1) Ketidaknyamanan akibat rasa nyeri

Ds : klien merasakan nyeri yang hebat dan tidak bisa melakukan aktivitas yang lain, nyeri di perut dan punggung

Do : gelisah

2) Kecemasan ibu untuk menghadapi persalinan

Ds : klien mengatakan cemas dan takut untuk melahirkan

Do : gelisah, berkeringat, takikardi

3) Kurangnya nutrisi dan dehidrasi

Ds : klien tidak mau makan dan minum

Do : keadaan umum lemah, pucat, berkeringat

2.2.1.3 Identifikasi Diagnosa Potensial

Diagnosa yang mungkin terjadi pada persalinan adalah :

a. Partus lama

Ds : klien merasa kelelahan, berkeringat

Do : his tidak adekuat, malposisi atau malpresentasi janin, CPD,
tidak ada kemajuan pembukaan serviks

b. Gawat janin

Ds : klien merasa gerakan janin berkurang

Do : DJJ abnormal (<120x/menit atau >160x/menit), ketuban
mekonium

c. Partus presipitatus

Ds : klien merasakan rasa sakit yang lama dan kuat

Do : tetania uteri

d. Syok

Ds : klien merasa pusing yang hebat, pandangan kabur

Do : keadaan umum lemah, pucat, tekanan darah <90/60 mmHg,
takikardi

e. Perdarahan intrapartum

Ds : klien tidak merasakan nyeri ataupun rasa mulas

Do : atonia uteri

2.2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Tahap ini dilakukan apabila terjadi situasi darurat dilihat dari diagnosa potensial, dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan klien (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2013).

2.2.1.5 Intervensi

Tujuan : Klien dan janin dalam keadaan baik persalinan kala I berjalan normal tanpa komplikasi

Kriteria Hasil : TD : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60-100x/menit

Suhu : 36,5 - 37,5°C

RR : 16 - 20x/menit

DJJ : 120-160x/menit

Kontraksi semakin adekuat secara teratur.

Warna dan keadaan cairan ketuban normal yaitu utuh/jernih.

Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.

Penurunan kepala normal yaitu setiap pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin.

Kandung kemih kosong

Intervensi :

- 1) Berikan komunikasi informasi, dan edukasi (KIE) kepada klien mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa klien dan janin dalam keadaan normal.

R/ Klien mempunyai hak untuk mendapatkan penjelasan mengenai kondisinya saat ini.

- 2) Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.

R/ Rasa takut dan kecemasan terhadap hal yang tidak diketahui serta kegagalan persalinan akan meningkatkan respons individual terhadap rasa sakit.

- 3) Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan.

R/ Klien membutuhkan privasi yang diinginkan dan harus terlindungi dari resiko infeksi. Alat yang tersedia harus sesuai standar untuk pertolongan persalinan.

- 4) Pantau kemajuan persalinan. Pemantauan pembukaan serviks, penurunan kepala janin, tekanan darah, dan suhu setiap 4 jam atau bila ada indikasi, sedangkan nadi, kontraksi uterus, dan DJJ dilakukan setiap 30 menit. Untuk produksi uri, aseton, dan protein dilakukan setiap 2 sampai 4 jam.

R/ Pembukaan serviks pada primigravida 1 cm setiap jam dan 1-2 cm setiap jam pada multigravida. Kontraksi dikatakan adekuat jika dalam 10 menit terjadi 3-4 kali kontraksi dengan durasi >45 detik.

5) Berikan KIE pada klien untuk berkemih 1-2 jam

R/ Buang air kecil dalam sehari adalah 4-8 kali untuk orang dewasa normal atau sebanyak 1-1,8 liter. Penekanan kandung kemih oleh bagian terbawah janin menyebabkan kapasitas penampungan kandung kemih berkurang. Kandung kemih yang penuh menyebabkan nyeri pada bagian abdominal, mempersulit turunnya bagian terendah janin, serta menghambat kemajuan persalinan.

6) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan, masase, musikal dan relaksasi

R/ Relaksasi mengurangi ketegangan dan kelelahan yang memperluas rasa sakit yang dialami selama proses kelahiran dan memungkinkan ketersediaan oksigen yang maksimum bagi janin. Keadaan yang rileks membuat otot pada rahim bekerja sama, gelombang otot vertikal naik keatas, menegang dan mendorong. Otot yang melingkar akan membuka dan menarik ke belakang sehingga pembukaan serviks lebih cepat. Masase bagian punggung membantu relaksasi dan mengurangi nyeri melalui peningkatan aliran darah pada daerah-daerah yang terpengaruh, merangsang reseptor-reseptor raba kulit sehingga merilekskan otot-otot, mengubah suhu kulit dan memberikan rasa nyaman

7) Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada klien selama proses persalinan.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (Sondakh, 2013).

8) Berikan KIE kepada klien untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

R/ Mobilisasi menyebabkan perubahan pada sendi panggul, mendorong rotasi, serta mempercepat proses turunnya bagian terendah janin akibat adanya gaya gravitasi. Berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenasi yang baik ke janin dan mencegah laserasi.

9) Persiapan rujukan klien

R/ Jika terjadi penyulit dalam persalinan, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa klien dan/ atau bayinya (Sondakh, 2013).

2.2.1.6 Implementasi

Disesuaikan dengan intervensi

2.2.1.7 Evaluasi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada

klien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektifitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan.

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Subjektif

Klien mengatakan ingin meneran dan rasa nyeri semakin bertambah.

b. Objektif

- 1) Perineum menonjol
- 2) Vulva dan anus membuka
- 3) Frekuensi his semakin sering (>3x/menit)
- 4) Intensitas his semakin kuat
- 5) Durasi his >40 detik.
- 6) Pemeriksaan dalam, tanggal pukul oleh didapatkan

hasil :

- a) Vulva vagina : ada lendir bercampur darah
- b) Ketuban : sudah pecah (negatif)
- c) Pembukaan : 10 cm
- d) Efficement : 100 %
- e) Bagian terdahulu kepala
- f) Bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) pada jam 12
- g) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar bagian terdahulu
- h) Moulage 0 (nol)
- i) Hodge III

c. Analisa

G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _ UK minggu T/H/I presentasi inpartu
kala II dengan keadaan ibu dan janin baik

Identifikasi diagnosa/masalah potensial :

1) Kala II lama

Ds : klien ingin mengejan, merasa kelelahan, suhu badan $>37,5^{\circ}\text{C}$

Do : pembukaan serviks lengkap, lama meneran pada primigravida
>2 jam dan pada multigravida >1 jam, terdapat lingkaran
bandl, oedema vulva, DJJ abnormal ($<120\text{x}/\text{menit}$ atau
 $>160\text{x}/\text{menit}$)

2) Asfiksia neonatorum

Ds : -

Do : warna kebiruan, tidak menangis, tidak bergerak

d. Penatalaksanaan

Menurut Nurjasmi dkk (2016), tatalaksana asuhan persalinan
normal

tergabung dalam 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu :

1) Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan

a) Klien merasa ada dorongan kuat dan meneran

b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum
dan vagina

c) Perineum tampak menonjol

d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi segera pada klien dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan :

- a) Tempat datar, rata bersih, kering dan hangat
- b) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat hisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Sedangkan untuk klien :

- a) Menggelar kain di atas perut klien
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 - 4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu/handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

- 7) Membersihkan vulva dan perineum , menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% selanjutnya
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5%, selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
 - c) Menyiapkan klien dan keluarga untuk membantu proses meneran.
- 11) Beritahu pada klien bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu klien menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- a) Tunggu timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan klien dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada klien dan meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, klien diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan klien merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat klien merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat.
- a) Bimbing klien agar dapat meneran secara benar dan efektif.

- b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan klien untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk klien.
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - g) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran >120 menit (2 jam) pada primigravida atau >60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14) Anjurkan klien untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika klien belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah klien, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong klien.
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan klien meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan klien untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan klien jari pada satu dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk). Bayi lahir tanggal pukul Normalnya bayi akan lahir setelah dipimpin meneran selama 1 jam pada primigravida atau 15 menit untuk multigravida.

25) Lakukan penilaian (selintas) pada bayi :

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “tidak” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban adalah “ya”, lanjut ke-26

26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah klien.

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

- 28) Beritahu klien bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara intramuskuler di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- 30) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali kearah klien, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada klien untuk kontak kulit klien-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada kliennya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara klien

dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae klien.

- a) Selimuti klien-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada klien paling sedikit 1 jam.
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- d) Biarkan bayi berada di dada klien selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

a. Subjektif

Klien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas dan lega karena bayinya sudah lahir

b. Objektif

- 1) Bayi lahir tanggal..... pukul.....
- 2) Tidak ada janin kedua
- 3) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 4) Tali pusat memanjang
- 5) Semburan darah mendadak dan singkat

c. Analisa

P_ _ _ _ Ab_ _ _ inpartu kala III dengan keadaan ibu baik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III yaitu :

- 1) Retensio plasenta

Ds : klien merasa nyeri di perut

Do : plasenta tidak lahir >30 menit, perdarahan terus berlangsung

- 2) Rest plasenta

Ds : klien merasa nyeri di perut

Do : plasenta lahir tidak utuh, tinggi fundus uteri (TFU) lebih tinggi, uterus lunak, perdarahan terus berlangsung

d. Penatalaksanaan

- 1) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

- 2) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah klien (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta klien, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

- 4) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a) Klien boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

- (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Plasenta lahir tanggal pukul keadaan utuh, kotiledon lengkap, diameter cm, tebal cm, insersio, panjang tali pusat cm. Normalnya plasenta akan lahir <15 menit setelah kelahiran bayi. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta

abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/ massase.

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

a. Subjektif

Klien mengatakan perutnya mulas, tampak lemas dan nyeri pada bagian jalan lahir

b. Objektif

- 1) Plasenta lahir tanggal pukul
- 2) Keadaan plasenta utuh kotiledon lengkap, diameter .. cm, tebal cm, insersio, panjang tali pusat .. cm.
- 3) TFU 2 jari dibawah perut
- 4) Kontraksi uterus baik/ tidak

c. Analisa

P_ _ _ _ Ab_ _ _ inpartu kala IV dengan keadaan ibu baik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013) diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu :

- 1) Hipotonia sampai dengan atonia uteri
 - Ds : klien tidak merasa mulas
 - Do : uterus teraba lembek, perdarahan terus berlangsung
- 2) Perdarahan post partum
 - Ds : klien merasa lemas
 - Do : keadaan umum lemah, perdarahan >500 cc, terdapat robekan jalan lahir, atonia uteri
- 3) Syok hipovolemik
 - Ds : klien merasa lemas, mengantuk,

Do : keadaan umum lemah, tekanan darah <90/60 mmHg, takikardi, perdarahan >500 cc.

d. Penatalaksanaan

- 1) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan dengan anastesi
- 3) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 4) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 5) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
- 6) Ajarkan klien/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 7) Memeriksa nadi klien dan pastikan keadaan umum klien baik
- 8) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 9) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).

- a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit klien-bayi dan hangatkan klien-bayi dalam satu selimut.
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
 - 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
 - 12) Bersihkan klien dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar klien berbaring. Bantu klien memakai pakaian yang bersih dan kering.
 - 13) Pastikan klien merasa nyaman. Bantu klien memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi klien minuman dan makanan yang diinginkannya.
 - 14) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
 - 15) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- 16) Cuci ke dua tangan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 17) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 18) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal, (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- 19) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan klien agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 20) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 21) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan.
- 22) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan

2.2.5 Manajemen Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Subjektif

Bayi Ny. X lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul..... dengan jenis kelamin.....

b. Objektif

1) Pemeriksaan umum

Menurut (Sondakh, 2013) untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum bayi dan ada tidaknya kelainan yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi.

- a) Kesadaran : composmentis
- b) Pernapasan : normal (40-60 kali per menit)
- c) Denyut jantung : normal (120-160 kali/menit)
- d) Suhu : normal (36,5-37,5°C)

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

Kepala : lihat ada tidaknya kelainan kongenital seperti anensefali dan mikrocephali, serta benjolan abnormal.

Muka : warna kulit kemerahan. Jika berwarna kuning bayi mengalami ikterus, jika pucat menunjukkan akibat sekunder dari anemia, asfiksia saat lahir, dan syok.

- Mata : simetris/tidak, sklera ikterus/tidak, konjungtiva pucat/tidak, terdapat tanda-tanda sindrom down/tidak. Pemeriksaan terhadap perdarahan subkonjungtiva dan tanda-tanda infeksi atau pus. Mata bayi baru lahir mungkin tampak merah dan bengkak akibat tekanan pada saat lahir dan akibat obat tetes mata atau salep mata yang digunakan.
- Hidung : lubang simetris/tidak, bersih, tidak ada sekret, dan ada tidaknya pernapasan cuping hidung..
- Telinga : simetris/tidak, ada tidaknya serumen, ada lihat kebersihannya.
- Mulut : pemeriksaan terhadap kelainan bawaan (labioskizis dan palatoskizis) serta refleks isap. Dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu.
- Leher : leher bayi baru lahir pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, fleksibel dan mudah digerakkan, serta tidak ada selaput (*webbing*). Bila ada *webbing* perlu dicurigai adanya *syndrom Turner*. Pada posisi terlentang, bayi dapat mempertahankan lehernya dengan punggungnya dan menengokkan kepalanya ke samping.
- Dada : lihat adanya tidaknya retraksi dinding dada ke dalam yang berlebih

Abdomen : abdomen berbentuk silindris, lembut, dan biasanya menonjol dengan terlihat vena pada abdomen. Warna kulit kemerahan.

Genetalia : pada bayi laki-laki pemeriksaan terhadap testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujung, pada bayi perempuan vagina berlubang serta labia mayora telah menutupi labia minora. Pada bayi perempuan, labia minora dan klitoris membengkak pada waktu lahir dan terkadang keluar lendir putih dari vagina.

Anus : mekonium keluar dalam 24 jam pertama. Kegagalan mengeluarkan mekonium 24 jam pertama mencurigai adanya obstruksi.

Ekstremitas: jumlah jari lengkap dan warna kulit kemerahan.

b) Palpasi

Kepala : ubun-ubun besar teraba datar/cekung/cembung, lunak/padat, teraba benjolan abnormal/tidak. Rabalah bagian garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Lakukan pemeriksaan terhadap trauma kelahiran misalnya caput succedaneum, cephal hematoma, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak.

Abdomen : teraba benjolan abnormal/tidak.

c) Auskultasi

Dada : ada tidaknya *wheezing* atau *ronchi*

Abdomen : bising usus normal/tidak

3) Pemeriksaan neurologis

a) Refleks glabelar

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

b) Refleks isap (*sucking*)

Apabila bayi diberi dot/puting, maka ia akan berusaha mengisap.

c) Refleks mencari (*rooting*)

Bayi menoleh ke arah benda/jari yang menyentuh pipi.

d) Refleks genggam (*palmar grasp*)

Refleks ini dinilai dengan meletakkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

e) Refleks babinski

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki, mulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki dari atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan

menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

f) Refleks moro/terkejut

Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerakan terkejut.

g) Refleks tonik leher (*fencing*)

Ekstremitas pada satu sisi ketika kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi saat istirahat. Respon ini mungkin tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

4) Pemeriksaan antropometri

Berat badan : 2500-4000 gram

Panjang badan : 48-52 cm

Lingkar kepala : 32-35 cm

Lingkar dada : 30-33 cm

LILA : 10-11 cm

5) Pemeriksaan Down Score

Bertujuan untuk mengevaluasi status gawat nafas

Tabel 2.4
Penilaian Derajat Kegawatan Pernafasan Pada Bayi Baru Lahir

Skor	0	1	2
Respirasi	< 60x/menit	60-80x/menit	>80x/menit
Retraksi	Tidak ada	Ringan	Berat
Sianosis	Tidak ada	Hilang dengan O ₂	Tetap walau diberi O ₂
Jalan masuk udara	Bilateral balik	Suara nafas menurun	Tidak ada suara nafas
Grunting	Tidak ada	Terdengar stetoskop	Terdengar langsung

Sumber: : Fauziah, Afroh, Sudarti, 2013. Asuhan Neonatus Risiko Tinggi dan Kegawatan, Yogyakarta, Hal 93

Jumlah skor :

< 4 : tidak ada *respiratory distress*

4 - 7 : *respiratory distress*

>7 : gagal nafas

c. Analisa

Bayi Ny.X usia jam dengan BBL normal

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal
- 2) Membungkus bayi dengan kain kering yang lembut dan memakaikan penutup kepala dan selimut hangat, menempatkan bayi pada lingkungan hangat.
- 3) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata, melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan.

- 4) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.
- 5) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
- 6) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulanginya.

2.3 Konsep Dasar Manajemen Nifas

2.3.1 Pengkajian

a. Data Subjektif pada ibu masa nifas sangat penting dilakukan oleh seorang bidan pada saat melakukan asuhan pada ibu selama masa nifas, hasil pengkajian data subjektif ini baik secara fisik maupun psikologis hasilnya akan digunakan untuk merumuskan/menganalisis diagnosa atau masalah maupun kebutuhan ibu.

1) Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Yetti, 2010)

2) Perencanaan KB

Meskipun pemakaian alat kontrasepsi masih lama, namun tidak ada salahnya jika bidan mengkajinya lebih awal agar pasien mendapatkan informasi sebanyak mungkin mengenai pilihan beberapa alat kontrasepsi. Bidan juga dapat memberikan penjelasan mengenai alat kontrasepsi tertentu yang sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien. (Sulistyawati, 2015)

3) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Makan : hal ini juga penting untuk bidan ketahui, supaya bidan mendapatkan gambaran

bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama masa nifas. Bidan dapat menggali informasi dari pasien tentang makanan yang disukai dan yang tidak disukai, serta seberapa banyak ia mengonsumsinya sehingga jika bidan peroleh data yang senjang maka bidan dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu post partum. Beberapa hal yang perlu bidan tanyakan pada pasien yaitu menu, frekuensi, banyaknya, pantangan (Sulistyawati, 2015) Menganjurkan ibu untuk makan lebih banyak dari biasanya (1 sampai 2 piring) terutama makanan kacang-kacangan, sayur-sayuran hijau, dan buah-buahan. (Maryunani, 2009)

Minum : bidan juga harus dapat memperoleh data mengenai kebiasaan pasien dalam pemenuhan kebutuhan cairannya, apalagi pada masa nifas on take, sangat dibutuhkan cairan yang cukup. Yang perlu ditanyakan yaitu frekuensi, jumlah perhari dan jenis minuman (Sulistyawati, 2015).

Menganjurkan ibu untuk minum paling sedikit 8 gelas sampai 12 gelas air setiap hari.

(Maryunani, 2009)

b) Eliminasi

BAB : apakah pasien sudah BAB atau belum, ibu harus sudah BAB tidak lebih dari 3x24 Jam.

BAK : apakah ibu sudah bisa BAK atau belum, ibu harus sudah BAK dalam 4-6 jam Post Partum.

c) Aktifitas

Bidan perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran kepada bidan tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan kesulitan *post partum* maka bidan akan memberikan peringatan seawal mungkin pada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai ia sehat dan pulih kembali. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan perdarahan per vagina (Sulistyawati, 2015)

d) Istirahat/Tidur

Bidan perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya bidan mengetahui hambatan yang mungkin muncul jika bidan mendapatkan data yang senjang tentang

pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur di siang dan malam hari. Tidur siang penting untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi fisiknya setelah melahirkan. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam (Sulistyawati, 2015)

e) Personal Hygiene

Data ini perlu bidan gali karena hal tersebut akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya maka bidan harus dapat memberikan bimbingan cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri, antara lain : mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, serta kebersihan kuku (Sulistyawati, 2015). Mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti baju dan celana dalam yang terutama dibersihkan adalah puting susun dan mammae dilanjutkan perawatan perineum. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan, baru kemudian daerah anus. Sebelum dan sesudahnya ibu dianjurkan untuk mencuci tangan. Ibu diberi tahu caranya

mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah penuh harus diganti paling sedikit 4 kali sehari (Nurjanah, dkk, 2013)

f) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami-istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (Nurjanah, dkk, 2013)

g) Data psikososial

Perubahan psikologi masa nifas menurut Reva-Rubin terbagi menjadi 3 tahap yaitu :

(1) Periode Taking In

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru melahirkan pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan

pengalamannya waktu melahirkan. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya, berikan dukungan mental dan menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu.

(2) Perode Taking Hold

Periode ini berlangsung pada hari ke-2 sampai ke-4 post partum. Ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar.

(3) Perode Letting Go

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap bayi. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

h) Adat istiadat

Untuk mendapatkan data ini, bidan sangat perlu untuk melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien terutama orang tua. Hal penting yang biasanya mereka anut kaitannya dengan masa nifas adalah menu makan untuk ibu nifas, misalnya ibu nifas harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena dipercaya akan menghambat penyembuhan luka persalinan dan makanan ini akan membuat ASI menjadi lebih amis. Adat ini akan sangat merugikan pasien karena justru pemulihan kesehatannya terhambat dan produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI sangat dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang kualitas dan kuantitasnya cukup.

b. Data Objektif

Untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosa melalui pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), auskultasi (periksa dengar dengan menggunakan alat), dan perkusi (pemeriksaan dengan cara mengetuk dengan jari-jari tangan atau menggunakan alat) serta pemeriksaan penunjang. (Sulistyawati, 2015)

Pemeriksaan fisik tersebut antara lain :

1) Keadaan Umum

Baik : pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap

lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan

Lemah : pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampi lagi untuk berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, bidan dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan coma (pasien dalam keadaan tidak sadar). (Sulistyawati, 2015)

3) Tanda-tanda Vital (TTV)

Tekanan darah (TD) : (normal) 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi (N) : (normal) 60 – 100x/menit

Suhu (S) : (normal) 36,5 – 37,5°C

Pernapasan (RR) : (normal) 16 – 20x/menit

4) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

Kepala : warna rambut hitam, kemerahan, rambut rontok atau tidak, kulit kepala bersih atau kotor.

Muka : oedem atau tidak , pucat atau tidak.

Mata	: konjungtiva pucat atau merah muda, sclera kuning/putih.
Hidung	: ada polip atau tidak, secret ada atau tidak, pernapasan cuping hidung atau tidak.
Mulut dan gigi	: mukosa bibir kering atau tidak, pucat atau tidak, stomatitis ada atau tidak, lidah bersih atau kotor, gigi palsu atau tidak.
Dada	: simetris atau tidak, irama nafas normal atau tidak, ada atau tidak retraksi dada.
Payudara	: bersih, puting susu menonjol, ASI +/-.
Abdomen	: ada atau tidak luka bekas SC, ada atau tidak linea alba, ada atau tidak linea nigra, ada atau tidak striae livide, ada atau tidak striae albicans.
Genetalia	: vulva oedem atau tidak, terdapat varises pada vulva atau tidak, ada pembesaran kelenjar bartolini atau tidak, bagaimana lochea yang keluar, ada luka jahitan di perineum atau tidak, bagaimana keadaan jahitan.

Tabel 2.5
Pengeluaran lokhea lancar dan normal

Lokhea	Hari	Sifat
Rubra	1-4	Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium
Sanguinolenta	4-7	Berwarna merah kecoklatan dan berlendir
Serosa	7-14	Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta
Alba	2-6 minggu	Berwarna putih. Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber: : Sulistyawati,Ari, 2015. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas, Yogyakarta, Hal 76

Anus : ada hemoroid/tidak ada, ada varises/
tidak.

Ekstremitas : tidak oedem, tidak varises.

b) Palpasi

Payudara : ada benjolan atau tidak, colostrum
keluar saat payudara dipencet, putting
susu datar, lentur atau tidak.

Perut : kontraksi baik, TFU sesuai hari postpartum
 TFU sesuai masa involusi
 Plasenta lahir : setinggi pusat
 Akhir kala III : 2 jari dibawah pusat
 1 minggu : pertengahan pusat simpisis
 2 minggu : atas simpisis
 6 minggu : tidak teraba
 Ekstremitas : tanda homan (-/-), oedema (-/-)

2.3.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi terhadap diagnosa, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa dengan menggabungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta (Sulistiyawati, 2015)

Diagnosa : P Ab *Postpartum* hari ke 1 / 2 jam.
 Ds : Ibu melahirkan anaknya dengan persalinan normal, tanggal Pada jam
 Do : Keadaan umum : baik
 Kesadaran : composmentis
 Tekanan darah : 90/60 – 120/80 mmHg
 Nadi : normal (60 – 100 x/menit)

Suhu	: normal (36,5°C – 37,5°C)
Pernafasan	: normal (16 – 20 x/menit)
Abdomen	: TFU sesuai hari <i>postpartum</i>
Plasenta lahir	: setinggi pusat
Akhir kala III	: dua jari dibawah pusat
1 minggu	: pertengahan pusat simpisis
2 minggu	: atas simfisis
6 minggu	: tidak teraba
Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.	
Genetalia	: tampak pengeluaran lochea lancar, normal
Rubra	: 1-3 hari <i>postpartum</i>
Sanguinolenta	: 3-7 hari <i>postpartum</i>
Serosa	: 7-14 hari <i>postpartum</i>
Alba	: >14 hari <i>postpartum</i>
Tampak jahitan bekas robekan jalan lahir	

Masalah menurut Sulistyawati, Ari (2015) adalah :

a. Nyeri

Subjektif : keluhan pasien tentang rasa nyeri

Objektif : 1) *Post partum* hari pertama sampai hari ketiga
2) Adanya luka jahitan perineum pada persalinan

b. Cemas

Subjektif : pasien mengeluh atau mengatakan cemas, takut, selalu menanyakan keadaannya

Objektif : ekspresi wajah pasien kelihatan cemas, sedih, dan bingung

c. Masalah pada payudara

Subjektif : keluhan nyeri pada payudara, badan terasa demam dan dingin, tidak dapat menyusui bayinya karena putingnya masuk ke dalam

Objektif : puting tidak menonjol, adanya abses payudara, payudara lecet atau bengkak.

2.3.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan akan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi. Beberapa diagnosa potensial yang mungkin ditemukan pada pasien nifas yaitu gangguan perkemihan, gangguan buang air besar, gangguan hubungan seksual, infeksi dan perdarahan per vagina (Sulistyawati, 2015)

2.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini dilakukan tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien, yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan. Biasanya pada nifas normal tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter kandungan atau tim kesehatan lain (Marmi, 2015).

2.3.5 Intervensi

Intervensi merupakan langkah lanjutan setelah diagnose kebidanan ditegakkan dan merupakan bentuk pedoman dalam pemberian asuhan kebidanan. Dalam menyusun rencana perlu disesuaikan dengan prioritas masalah klien secara menyeluruh. Sedangkan perumusan meliputi 3 bagian yaitu : tujuan, intervensi, rasional tindakan, sehingga tindakan kebidanan yang dilakukan bidan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan metode ilmiah. (Marmi, 2015)

Diagnosa : P....Ab.....Postpartum hari ke 1 / 2 jam.

Tujuan :

- a) Ibu mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi.
- b) Tidak terjadi komplikasi masa nifas.

Kriteria Hasil :

- a) Keadaan umum : ibu baik

Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : (normal) 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : (normal) 60 – 100x/menit

Suhu : (normal) 36,5 – 37,5°C

RR : (normal) 16 – 20x/menit

b) TFU sesuai masa involusi

Plasenta lahir : setinggi pusat

Akhir kala III : dua jari dibawah pusat

1 minggu : pertengahan pusat simpisis

2 minggu : atas simfisis

6 minggu : tidak teraba

c) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.

d) Pengeluaran Lochea lancar dan normal

Rubra : 1-4 hari *postpartum*

Sanguinolenta : 4-7 hari *postpartum*

Serosa : 7-14 hari *postpartum*

Alba : 2-6 minggu *postpartum*

e) Tidak terjadi perdarahan *postpartum* (jumlah perdarahan <500 cc)

f) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi.

g) Ibu bisa BAK dan BAB tanpa gangguan.

h) Terjalin *Bonding Attachment* antara ibu dan bayi

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan pada klien secara terapeutik

R/ Hubungan yang baik antara klien dengan petugas dapat menciptakan rasa kepercayaan klien terhadap petugas sehingga mudah diajak kerjasama dalam perawatan klien.

2. Anjurkan klien untuk early ambulation (mobilisasi dini)

R/ Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Early ambulation dapat mudah mencegah terjadinya thrombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat.

3. Mengajarkan ibu masase uteri

R/ Masase uteri dilakukan untuk mencegah perdarahan

4. Lakukan observasi lochea

R/ Mengidentifikasi jumlah darah yang keluar dan dilakukan tindakan jika perdarahan abnormal karena lochea merupakan tanda keberhasilan involusi.

5. Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda bahaya masa nifas

R/ Agar segera dikenali dan dilakukan tindakan.

6. Berikan HE dan anjurkan klien untuk melakukan vulva hygiene

R/ Untuk mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum, maupun dalam uterus.

7. Berikan HE dan anjurkan klien untuk melakukan perawatan payudara

R/ Massage pada payudara merangsang otot-otot polos untuk berkontraksi dan hormone prolactin serta oksitosin dalam memproduksi ASI dan pengeluarannya ASI.

8. Berikan HE dan anjurkan klien untuk menetek bayi

R/ isapan bayi pada puting susu merangsang otot polos payudara berkontraksi sehingga memperlancar produksi ASI.

9. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung cukup gizi dan minum yang cukup

R/ membantu dalam produksi ASI dan memegang peranan

10. Ajarkan ibu cara senam nifas secara bertahap

R/ untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya senam nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit *post partum*. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung.

11. Berikan terapi berupa tablet Fe dan Vit. A sesuai program pemerintah.

R/ Pengeluaran darah selama masa nifas memungkinkan ibu mengalami anemia jika tidak diimbangi dengan nutrisi dan gizi seimbang. Pemberian tablet Fe membantu tubuh ibu untuk memproduksi sel darah merah lebih banyak. Selain itu pemberian

vit A 1 jam setelah melahirkan agar dapat diberikan kepada bayinya melalui ASI.

12. Jelaskan pada ibu cara merawat bayinya dan menjaga suhu tubuh agar tetap hangat

R/ Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. (Marmi dan Rahardjo, 2012)

13. Berikan waktu pada ibu untuk bersama bayinya pada jam pertama setelah persalinan

R/ Jam-jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan terjalinnya ikatan emosional antara ibu dengan bayinya. Kontak fisik segera setelah lahir memudahkan bayi dalam menjalin ikatan selama periode awal reaktifitas.

14. Diskusikan dengan ibu untuk menentukan jadwal kunjungan selanjutnya.

R/ Kunjungan tindak lanjut perlu untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduktif, penyembuhan insisi/perbaikan episiotomi, kesejahteraan umum, dan adaptasi terhadap perubahan hidup.

Masalah

- a. Nyeri pada jalan lahir karena episiotomi atau laserasi jalan lahir

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan nyeri dapat berkurang

Kriteria Hasil : ibu mengungkapkan pengurangan rasa nyeri.

Intervensi :

1) Tentukan lokasi dan sifat ketidaknyamanan.

Rasional : membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat ketidaknyamanan, kebutuhan-kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat.

2) Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi. Perhatikan edema, ekimosis, nyeri tekan lokal, discharge atau kehilangan perlekatan pada jaringan

Rasional : edema berlebihan dapat menyebabkan kehilangan penyatuan perbaikan episiotomi. Ekimosis, edema perineal berlebihan, tanda atau gejala syok pada adanya kontraksi yang baik pada uterus, dan kehilangan darah vagina yang tidak terlihat dapat menandakan pembentukan hematoma.

3) Berikan kompres es pada perineum, khususnya 24 jam pertama setelah melahirkan.

Rasional : trauma dan edema meningkatkan derajat ketidaknyamanan dan dapat menyebabkan stres pada garis jahitan. Es memberikan anastesia lokal, meningkatkan vasokonstriksi dan mengurangi edema.

4) Berikan analgesik sesuai kebutuhan

Rasional : analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri ibu.

b. Perut terasa mulas karena involusi uterus

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat memahami keadaannya

Kriteria Hasil : Ibu mengungkapkan pengurangan rasa mulas.

Intervensi :

1) Jelaskan penyebab perut mulas kepada pasien.

Rasional : selama 12 jam pertama *pascapartum*, kontraksi uterus kuat dan reguler, dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya.

2) Anjurkan penggunaan teknik pernapasan/relaksasi

Rasional : meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan afterpain (kontraksi) dan masase fundus.

3) Berikan analgesik sesuai kebutuhan

Rasional : analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi mulas.

2.3.6 Implementasi

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien atau anggota keluarga yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetapi memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan. Dalam situasi ketika bidan harus berkolaborasi dengan dokter misalkan karena pasien mengalami komplikasi bidan masih tetap bertanggung jawab. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan (Sulistyawati, 2015)

2.3.7 Evaluasi

Langkah akhir dari manajemen adalah evaluasi namun sebenarnya langkah evaluasi ini telah dilakukan pada setiap langkah manajemen kebidanan dalam perencanaan evaluasi sangat berpesan terutama menetapkan tindakan kebidanan untuk mengetahui masalah klien akhirnya dalam pelaksana evaluasi memegang peranan penting. Evaluasi dilakukan berdasarkan SOAP :

S : Subyektif/data yang diperoleh dengan wawancara secara langsung

O : Data yang diperoleh di observasi dari pemeriksaan secara langsung

A : Pernyataan yang terjadi atas data subyektif dan obyektif

P : Perencanaan yang ditentukan sesuai dengan masalah

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas Ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Tempat pengkajian :

Tanggal :

Pengkaji :

a. Subjektif

Menurut Anggrani (2010), menanyakan apakah uterus berkontraksi dengan baik yang ditandai dengan perutnya yang mules, perdarahan yang keluar berbau dan bernanah atau tidak.

b. Objektif

Menurut KIA (2016), adapun data objektif yang diperhatikan adalah :

- 1) Keadaan umum ibu
- 2) Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- 3) Jumlah perdarahan
- 4) Kondisi perineum (apakah terdapat jahitan episiotomi atau tidak)
- 5) Tanda infeksi
- 6) Kontraksi uterus keras
- 7) TFU setengah pusat-symphisis
- 8) Lochea sanginolenta (merah kecoklatan dan berlendir)

c. Analisa

P....Ab.... *Postpartum* hari ke 6

d. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Mengajarkan senam nifas lanjutan
- 4) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyakit
- 6) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

Masalah :

- 1) Gangguan pola tidur

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, ibu dapat beristirahat dengan cukup

KH : ibu dapat beristirahat 6-8 jam perhari

Intervensi :

- (a) Sedapat mungkin mengupayakan meminimalkan tingkat kebisingan diluar maupun didalam ruangan

R/ mengurangi rangsangan dari luar yang mengganggu

- (b) Mengatur tidur siang tanpa gangguan saat bayi tidur, mendiskusikan teknik yang pernah dipakainya untuk meningkatkan istirahat,

misalnya minum-minuman hangat, membaca, mendengarkan musik sebelum tidur

R/ meningkatkan kontrol dan relaksasi

2) Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan maka pengetahuan ibu bertambah

KH : ibu paham tentang perubahan fisiologis, kebutuhan individu dan hasil yang diharapkan

Intervensi :

(a) Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar, bantu klien dan pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan

R/ menentukan hal-hal yang akan diajarkan pada klien

(b) Demonstrasikan teknik-teknik perawatan yang baik (perawatan tali pusat dan menyusui yang benar)

R/ dengan melihat, ibu dengan mudah dapat memahami

3) Konstipasi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, konstipasi tidak terjadi

KH : ibu defeksasi biasa atau optimal sehari sekali, keluhan saat BAB tidak ada

(a) Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal

- R/ diet tinggi serat dan asupan cairan yang cukup serta pola pengosongan yang normal dapat memperlancar defekasi
- (b) Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi
- R/ ambulasi sebagai latihan otot panggul sehingga dapat memperlancar BAB
- (c) Kaji episiotomi, perhatikan adanya laserasi
- R/ adanya laserasi dapat menyebabkan rasa nyeri sehingga keinginan ibu untuk defeksi menurun

4) Kurangnya nutrisi pada ibu nifas

Tujuan : nutrisi ibu terpenuhi

KH : keadaan ibu segera pulih, ASI lancar dan nutrisi ibu dan bayi terpenuhi

Intervensi :

- (a) Anjurkan ibu untuk makan makanan yang mengandung protein, vitamin dan mineral
- R/ protein berfungsi untuk membangun sel-sel tubuh yang rusak sehingga proses penyembuhan lebih cepat, selain itu juga bagus untuk memproduksi ASI
- (b) Anjurkan ibu minum minimal 3 liter air sehari atau segelas setiap menyusui
- R/ air merupakan cairan yang dibutuhkan oleh tubuh
- (c) Anjurkan ibu untuk minum tablet Fe/zat besi selama 40 hari
- R/ tablet Fe dapat mencegah anemia

(d) Anjurkan ibu untuk minum vitamin A 200.000 unit

R/ vitamin A yang diberikan kepada ibu dapat memenuhi kebutuhan vitamin A pada bayinya melalui ASI

5) Bendungan ASI

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan nyeri dapat berkurang

KH : Ibu mengungkapkan pengurangan rasa nyeri dan ASI keluar dengan lancar.

Intervensi :

(a) Inspeksi payudara dan jaringan puting, kaji adanya pembesaran dan/atau puting pecah-pecah

R/ ada 24 jam pasca partum, payudara harus lunak dan tidak perih dan puting harus bebas dari pecah-pecah dan kemerahan. Pembesaran payudara, nyeri tekan puting atau adanya pecah-pecah puting dapat terjadi hari ke-2 sampai ke-3 *pascapartum*.

(b) Anjurkan menggunakan bra penyokong

R/ mengangkat payudara ke dalam dan ke depan, sehingga posisi lebih nyaman.

(c) Anjurkan klien memulai menyusui pada puting yang tidak nyeri bila hanya satu puting yang sakit atau luka.

R/ dengan mulai memberi ASI pada payudara yang tidak sakit kurang menimbulkan nyeri dan dapat meningkatkan penyembuhan.

(d) Anjurkan klien untuk meningkatkan frekuensi menyusui, memberikan kompres panas sebelum menyusui dan mengeluarkan asi secara manual.

R/ tindakan ini dapat merangsang pengeluaran air susu dan menghilangkan bendungan.

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas Ke-3 (2 minggu setelah persalinan)

Tempat pengkajian :

Tanggal :

Pengkaji :

a. Subjektif

Menurut Anggrani (2010), menanyakan apakah terjadi perdarahan pada ibu, apakah kondisi ibu baik atau tidak, menanyakan pola nutrisi dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi

b. Objektif

Menurut KIA (2016), adapun data objektif yang diperhatikan adalah :

- 1) Keadaan umum ibu
- 2) Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- 3) Jumlah perdarahan
- 4) Kondisi perineum (apakah terdapat jahitan episiotomi atau tidak)
- 5) Tanda infeksi
- 6) Kontraksi uterus baik
- 7) TFU diatas simfisis

8) Lochea serosa (kuning kecoklatan)

c. Analisa

P....Ab.... *Postpartum* hari ke 14

d. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Mengajarkan senam nifas lanjutan
- 4) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyakit
- 6) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas Ke-4 (6 minggu setelah persalinan)

Tempat pengkajian :

Tanggal :

Pengkaji :

a. Subjektif

Menurut Anggrani (2010), menanyakan pada ibu penyulit yang dialami selama masa nifas

b. Objektif

Menurut KIA (2016), adapun data objektif yang diperhatikan adalah :

- 1) Keadaan umum ibu
- 2) Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- 3) Jumlah perdarahan
- 4) Kondisi perineum (apakah terdapat jahitan episiotomi atau tidak)
- 5) Tanda infeksi
- 6) TFU tidak teraba
- 7) Lochea alba (putih)

c. Analisa

P....Ab.... *Postpartum* minggu ke 6

d. Penatalaksanaan

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit baik yang dialami ibu maupun bayi
- 2) Memberikan konseling untuk menggunakan KB

2.4 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Neonatus

2.4.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Keluhan utama

Keluhan utama ditujukan untuk menggali tanda atau gejala yang berkaitan dengan kondisi bayi baru lahir

2) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan minum/makan bayi adalah dengan pemberian ASI eksklusif. Jumlah rata-rata susu yang dibutuhkan seorang bayi cukup bulan selama 2 minggu pertama sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam (Wahyuni, 2011)

b) Eliminasi

Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12 sampai 24 jam pertama kelahirannya. Defekasi pertama harus keluar dalam 48jam pertama berwarna hijau kehitaman yang disebut mekonium (Nurasiah, 2014).

c) Istirahat

Bayi yang baru lahir mempergunakan sebagian besar dari waktunya tidur. Pola tidur bayi dalam 1 minggu pertama yaitu sekitar 16,5 jam

d) Aktivitas

Pertama kali bayi dimandikan harus ditunda minimal 6 jam dan disarankan setelah 24 jam pertama untuk mencegah terjadinya hipotermi

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Gerak aktif, menangis kuat

b) Suhu

Temperature tubuh internal bayi adalah $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Sondakh, 2013). Jika suhu kurang dari 35°C bayi mengalami hipotermia berat, yang beresiko tinggi mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$, bayi mengalami hipertermi (Saifudin, 2010).

c) Pernapasan

Pernapasan bayi baru lahir adalah 40-60 kali/menit (Sondakh, 2013)

d) Denyut Jantung

Denyut nadi normal pada bayi baru lahir adalah 120-160 kali/menit (Sondakh, 2013).

2) Pemeriksaan Antropometri

a) Berat badan

Berat badan bayi normal yaitu 2500-4000 gram (Sondakh, 2013).

b) Panjang badan

Panjang badan lahir normal yaitu 48-52 cm (Sondakh, 2013).

c) Lingkar kepala

Lingkar kepala bayi normal yaitu 33-38 cm (Sondakh, 2013)

d) Lingkar dada

Lingkar dada normalnya 30 – 38 cm

e) Lingkar lengan atas

Normal lingkar lengan atas bayi baru lahir adalah 10-11 cm (Sondakh, 2013).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Adakah caput succedaneum, cephal haematoma, keadaan ubun-ubun tertutup (Sondakh, 2013).

b) Wajah

Warna kulit merah (Sondakh, 2013) Tampak simetris dan tidak ada kelainan wajah yang khas seperti sindrom down (Marmi dan Kukuh R, 2015).

c) Mata

Sklera putih, tidak ada perdarahan subconjunctiva (Sondakh, 2013)

d) Hidung

Lubang simetris, bersih, tidak ada secret (Sondakh, 2013). Jika satu lubang hidung tersumbat, sumbatan di lubang hidung lainnya mengakibatkan sianosis disertai kegagalan usaha bernafas melalui mulut (Myles, 2011).

e) Mulut

Reflex menghisap baik, tidak ada palatoskizis (Sondakh, 2013). Labio/palatoskizis, trush, sianosis, mukosa kering/basah (Muslihatun, 2010).

f) Telinga

Simetris, tidak ada serumen (Sondakh, 2013). Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala (Muslihatun, 2010).

g) Leher

Pembengkakan dan benjolan (Muslihatun, 2010). Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis (Sondakh, 2013). Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher (Marmi dan Kukuh R, 2015).

h) Dada

Adakah retraksi dinding dada, bronchi dan wheezing, simetris.

Bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernapasan (Muslihatun dkk, 2013). Periksa bentuk dan kekainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi ke dalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan. Pemeriksaan inspeksi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah papilla mammae normal, simetris, atau ada edema. Pemeriksaan palpasi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengeluaran susu (witch's milk) pada bayi usia 0-1 minggu. Pembesaran dada dapat terjadi pada bayi laki-laki dan perempuan dalam tiga hari pertama setelah lahir. Hal ini disebut newborn breast swelling yang berhubungan dengan hormone ibu dan akan menghilang dalam beberapa beberapa hari sampai beberapa minggu (Tando, 2016).

i) Tali Pusat

Bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa (Sondakh, 2013). Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah

pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya (Tando, 2016).

j) Abdomen

Simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi (Sondakh, 2013).

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi dan Kukuh R, 2015).

k) Genetalia

Kelamin laki-laki: Testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis. Kelamin perempuan: vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora (Muslihatun dkk, 2013).

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra, prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi dan Kukuh R, 2015).

l) Anus

Tidak terdapat atresia ani.

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Meconium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug

syndrome, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi dan Kukuh R, 2015).

Berlubang/tidak, fungsi sfingter ani (Muslihatun dkk, 2013).

m) Ekstremitas

Tidak ada polydaktili dan syndaktili (Sondakh, 2013).Gerakan bentuk dan jumlah jari (Muslihatun, 2010).Ekstremitas atas, bahu dan lengan : periksa gerakan, bentuk, dan kesimetrisan ekstremitas atas. Sentuh telapak tangan bayi dan hitung jumlah jari tangan bayi.Periksa dengan teliti jumlah jari tangan bayi, apakah polidaktili (jari yang lebih), sindaktili (jari yang kurang), atau normal. Ekstremitas bawah, tungkai dan kaki : periksa apakah kedua kaki bayi sejajar dan normal. Periksa jumlah jari kaki bayi, apakah terdapat polidaktili, sindaktili, atau normal. Refleks plantar grasp dapat diperiksa dengan cara menggosokkan sesuatu di telapak kaki bayi dan jari-jari kaki bayi akan melekuk secara erat. Refleks Babinski di tunjukkan pada saat bagian samping telapak kaki bayi digosok dan jari-jari kaki bayi akan menyebar dan jempol kaki ekstensi (Tando, 2016).

n) Punggung

Tulang belakang lurus. Suatu kantong yang menonjol besar disepanjang tulang belakang tetapi paling biasa di area sacrum mengindikasikan beberapa tipe Spina Bifida (Maryunani dan Nurhayati, 2008). Pada saat bayi tengkurap, lihat dan raba kurvatura kolumna vertebralis untuk mengetahui adanya scoliosis, pembengkakan, spina bifida, meningokel, dan kelainan lainnya (Tando, 2016).

2.4.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan untuk mengidentifikasi diagnosi atau masalah potensial kemungkinan sehingga akan ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial pada bayi baru lahir serta antisipasi terhadap masalah yang timbul.

Menurut Sondakh (2013) identifikasi diagnosis dan masalah yaitu :

Diagnosis : Bayi Ny.”...” usia 6 - 48 Jam Neonatus cukup bulan, sesuai masa kehamilan

Data Subjektif : bayi lahir tanggal ... jam... dengan normal

Data Objektif berdasarkan kriteria neonatus normal menurut Marmi dan Kukuh R (2015), yaitu :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit

- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia ; labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), testis sudah turun, skrotum sudah ada (laki-laki)
- k. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan

2.4.3 Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi (Muslihatun,2010).

Menurut Rochmah dkk (2012), mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah teridentifikasi. Misalnya untuk diagnose potensial yaitu hipotermi potensial menyebabkan gangguan pernapasan, hipoksia potensial menyebabkan asidosis atau hipoglikemia potensial menyebabkan hipotermi

2.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi (Muslihatun, 2010).

2.4.5 Intervensi

Menurut Sondakh (2013), intervensi terdiri dari :

Diagnosis : bayi baru lahir normal, umur..... jam

Tujuan :

- 1) Bayi dalam keadaan baik dan normal
- 2) Bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kriteria Hasil : TTV dalam batas normal

- 1) Bayi dalam keadaan sehat
- 2) TTV dalam batas normal :
 - a) HR = 120-160 kali/menit
 - b) RR = 40-60 kali/menit
 - c) S = 36,5-37,5°C
- 3) Tidak ada tanda-tanda infeksi : kejang, letargis, napas cepat/lambat, ada tarikan dinding dada ke dalam, ada pustule di kulit, mata bengkak dan bernanah, pusar kemerahan meluas sampai ke dinding perut lebih dari 1 cm atau bernanah

Intervensi

- 1) Lakukan Informed Consent

R/ Informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang. Infeksi yang terjadi sesudah kelahiran terjadi akibat infeksi

nosocomial dari lingkungan di luar Rahim ataupun dari petugas kesehatan. Aktivitas cuci tangan adalah satu-satunya perlindungan yang paling kuat terhadap infeksi yang dimiliki bayi baru lahir.

- 3) Mandikan bayi dengan air hangat
R/ Personal Hygiene dan air hangat untuk mencegah hipotermi
- 4) Bungkus bayi dengan kain kering yang lembut, pakaikan penutup kepala dan selimut hangat, tempatkan bayi pada lingkungan hangat.
R/ Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembapan bayi dari aliran udara atau pendingin udara, dan membatasi stress akibat perpindahan lingkungan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin
- 5) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kasa
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi. Perawatan tali pusat yang tepat dapat meningkatkan pengeringan dan pemulihan, meningkatkan nekrosis dan pengelupasan normal, dan menghilangkan media lembab untuk pertumbuhan bakteri
- 6) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam
R/ Deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi, perubahan tanda-tanda vital yang signifikan akan mempengaruhi proses regulasi ataupun metabolisme dalam tubuh serta deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.
- 7) Perhatikan usia bayi bedakan tipe fisiologis akibat ASI atau patologis bila ada ikterus pada bayi

R/ Ikterik fisiologis biasanya tampak pada hari pertama dan kedua dari kehidupan. Namun ikterik yang disebabkan ASI biasanya muncul pada hari ke empat dan keenam kehidupan

- 8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK

R/ Segera mengganti popok setiap basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

- 9) Ajarkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak

R/ Dengan posisi menyusui yang benar maka bayi akan merasa nyaman, posisi yang tepat dan perlekatan yang tepat bagi bayi akan membuat bayi mendapatkan sumber isapan yang tepat dan tidak membuat puting lecet.

- 10) Berikan ibu KIE tentang pemberian ASI eksklusif, perawatan tali pusat, serta menjaga kehangatan bayi dan tanda bahaya umum bayi baru lahir

R/ Meningkatkan pemahaman tentang prinsip-prinsip dan teknik perawatan bayi baru lahir, membantu mengembangkan keterampilan orang tua sebagai pemberi perawatan

2.4.6 Implementasi

Implementasi adalah mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman (Muslihatun, 2010).

Menurut Sondakh (2013), implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi

Tanggal:.... Jam:.....WIB

2.4.7 Evaluasi

Tanggal: Jam:.....WIB

S : data yang diperoleh dari ibu atau keluarga

O : berisi hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan penunjang serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subjektif dan objektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Neonatus Usia 3-7 Hari

Tempat pengkajian :

Tanggal :

Pengkaji :

a. Subjektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan apa yang terjadi pada bayinya

2) Pola Kebutuhan Sehari-hari

b) Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan minum/makan bayi adalah dengan pemberian ASI eksklusif. Jumlah rata-rata susu yang dibutuhkan seorang bayi cukup bulan selama 2 minggu pertama sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam. (Wahyuni, 2011).

c) Eliminasi

Bayi miksi sebanyak minimal 6 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Bayi yang diberi ASI dapat BAB 8-10 kali sehari atau paling sedikit 2-3 kali sehari dengan bentuk feses lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi. (Nurasiah, 2014).

d) Tidur

Pada umumnya, waktu tidur dan istirahat bayi berlangsung paralel dengan pola menyusu/makannya. Pola tidur bayi dalam 1 minggu pertama yaitu sekitar 16,5 jam

e) Kebersihan

Memandikan bayi jangan terlalu sering karena akan berdampak pada kulit yang belum sempurna. Kecuali pada bagian wajah, lipatan kulit dan bagian dalam popok dapat dilakukan 1-2 kali/ hari untuk mencegah lecet/tertumpuknya kotoran di daerah tersebut.

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Bayi tenang dan lebih banyak tidur

2) Pemeriksaan antropometri

Berat badan : Berat badan bayi bisa mengalami penurunan atau kenaikan bahkan bisa tetap.

Pada usia 3 sampai 7 hari bayi mengalami penurunan berat badan, hal ini masih normal jika penurunan berat badan tidak lebih dari 10%. (Aziz, 2008)

3) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Suhu : normal (36,5-37,5°C)

Pernapasan : normal (40-60 x/menit)

Denyut jantung : normal (120-160 x/menit)

4) Pemeriksaan fisik

Kepala : simetris, tidak terdapat benjolan

Wajah : terkadang terjadi ikterus fisiologis

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : reflek menghisap +

Telinga : tidak ada serumen

Dada : gerakan dada saat bernapas simetris, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris

Auskultasi : Jantung berbunyi lup dup, terdengar suara napas yang menyerupai bunyi lembut teredam.

Abdomen : tali pusat kering puput pada hari ke 5 sampai 7, tidak ada tanda – tanda infeksi.

Genetalia : tidak ada iritasi

Ekstremitas atas dan bawah : tonus otot baik dan bergerak aktif

c. Analisa

Neonatus Ny.”...” Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 3 - 7 hari

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada Ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat
- 2) Menjelaskan mengenai pemberian ASI eksklusif
- 3) Mengajarkan cara meneteki dengan benar
- 4) Mengajarkan Ibu cara perawatan tali pusat
- 5) Menjelaskan tanda bahaya dan masalah yang terjadi pada bayi usia 3-7 hari, meliputi :

a) Ikterus

Penatalaksanaan :

- (1) Menyusui bayinya lebih sering

(2) Dijemur pada sinar matahari pagi selama 30 menit

(3) Menganjurkan Ibu untuk memeriksakan bayinya

b) Masalah pemberian ASI

Penatalaksanaan :

(1) Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI dengan benar

(2) Jika ada celah bibir/langit – langit, nasihati tentang alternatif pemberian minum

(3) Konseling bagi ibu dan keluarga mengenai ASI

(4) Jika bayi tidak mendapat ASI, rujuk untuk konseling laktasi dan kemungkinan bayi menyusui lagi

(5) Kunjungan ulang 2 hari untuk gangguan pemberian ASI dan thrush

c) Diare

Penatalaksanaan :

(1) Berikan dukungan pada Ibu untuk menyusui

(2) Hentikan pemberian makanan/ minuman selain ASI

(3) Berikan larutan rehidrasi oral setiap diare

(4) Ibu dianjurkan untuk menyusui sesering mungkin.

d) Gumoh

Penatalaksanaan :

(1) Menjaga kebersihan

(2) Memperbaiki teknik menyusui

(3) Setelah menyusui bayi disendawakan.

- (4) Upayakan tidur miring ke kanan selama 15 menit
- (5) Jika terjadi terus-menerus, banyak, dan disertai gejala lain,
segera bawa bayi ke fasilitas kesehatan.
- 6) Memberitahukan kepada Ibu waktu kunjungan ulang

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Neonatus Usia 8 - 28 Hari

Tempat pengkajian :

Tanggal :

Pengkaji :

a. Subjektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayinya sehat dan dapat menetek dengan kuat, dan Ibu juga mengatakan tali pusatnya sudah lepas

2) Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan minum/makan bayi adalah dengan pemberian ASI eksklusif.

b) Eliminasi

Bayi miksi sebanyak minimal 6 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Bayi yang diberi ASI dapat BAB 8-10 kali sehari atau paling sedikit 2-3 kali sehari dengan bentuk feses lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi. (Nurasiah, 2014).

c) Tidur

Pada umumnya, waktu tidur dan istirahat bayi berlangsung paralel dengan pola menyusu/makannya pada 1 tahun pertama sekitar 14 jam.

d) Kebersihan

Memandikan bayi jangan terlalu sering karena akan berdampak pada kulit yang belum sempurna. Kecuali pada bagian wajah, lipatan kulit dan bagian dalam popok dapat dilakukan 1-2 kali/ hari untuk mencegah lecet/tertumpuknya kotoran di daerah tersebut.

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Kedadaan Umum : Bayi tenang dan lebih banyak tidur

2) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan bisa kembali naik pada usia 2 minggu 20-30 gr/hari

3) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Nadi : 120 -160 kali/ menit

Suhu : normal (36,5-37,5°C)

Pernapasan : normal (40-60 x/menit)

4) Pemeriksaan fisik

Kepala : simetris, tidak terdapat benjolan

Wajah : berubah warna dari merah muda

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Dada : tidak ada retraksi otot dada

Perut : bulat, supel, tidak kembung

Genetalia : Bersih, tidak ada iritasi

c. Analisa

Neonatus Ny.”...” Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 8 - 28 hari

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada Ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat
- 2) Menganjurkan Ibu untuk terus memberikan ASI kepada bayinya selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun
- 3) Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung Ibu dalam pemberian ASI untuk bayinya,
- 4) Mengajarkan Ibu cara perawatan bayi sehari-hari
- 5) Menganjurkan ibu untuk memberikan stimulasi kepada bayi :
 - a) Ketika bayi rewel, cari penyebab dan peluk bayi dengan kasih sayang.
 - b) Gunting benda-benda yang berbunyi dan berwarna cerah diatas tempat tidur bayi agar bayi dapat melihat benda tersebut bergerak-gerak dan berusaha menendang /meraih benda tersebut.
 - c) Latih bayi mengangkat kepala dengan cara meletakkannya pada posisi telungkup.
 - d) Ajak bayi tersenyum, terutama ketika ia tersenyum kepada anda.
- 6) Menganjurkan Ibu untuk mempelajari buku KIA, jika ada yang tidak dimengerti bisa bertanya ke tenaga kesehatan
- 7) Menjelaskan tentang imunisasi dasar yang harus diberikan kepada bayinya

- 8) Menjelaskan kepada Ibu pentingnya pemantauan pertumbuhan setiap bulan dan perkembangan sesuai usia bayinya
- 9) Menganjurkan Ibu untuk datang ke posyandu setiap bulan untuk memeriksakan pertumbuhan dan perkembangan anaknya serta untuk imunisasi

2.5 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Masa Interval

2.5.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan mengapa klien datang ke tempat bidan/petugas kesehatan. Ditulis sesuai dengan apa yang diungkapkan klien serta tanyakan sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh klien.

- a) Ingin menunda, mengatur, mengakhiri kehamilan
- b) Karena biaya hidup yang makin lama makin tinggi
- c) Karena alasan kesehatan klien
- d) Karena repot mengurus banyak anak
- e) Karena pengalaman keluarga, tetangga, teman bahwa keluarga kecil lebih enak
- f) Karena motivasi dari petugas kesehatan

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2014) adalah usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi. Pada beberapa kontrasepsi banyak wanita terganggu oleh perdarahan tidak teratur (Walsh, 2012).

2) Riwayat Menstrusi

- 1) Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui keadaan dasar dari organ reproduksi klien. Ada beberapa data yang

harus diperoleh dari riwayat menstruasi antara lain menarche, siklus, volume, keluhan (Sulistiyawati, 2013).

- 2) Siklus haid beberapa alat kontrasepsi dapat membuat haid menjadi lebih lama dan banyak diantaranya implan.
 - 3) Keluhan disminore dalam penggunaan alat kontrasepsi IUD juga dapat menambah rasa nyeri saat haid. Karena semakin banyak darah haid yang keluar, membutuhkan kontraksi yang kuat dan memicu keluarnya prostaglandin (Hartanto, 2014).
 - 4) Penggunaan alat kontrasepsi hormonal diperbolehkan pada ibu dengan haid teratur dan tidak ada perdarahan abnormal dari uterus.
 - 5) Penggunaan alat kontrasepsi hormonal mempunyai efek pada pola haid tetapi tergantung pada lama pemakaian. Ibu dengan riwayat *dismenorrhea* berat, jumlah darah haid yang banyak, haid yang ireguler atau perdarahan bercak (spotting) tidak dianjurkan menggunakan IUD (Hartanto, 2010).
 - 6) Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2012).
- 3) Riwayat Kesehatan Sekarang
- 1) Riwayat kesehatan sekarang dikaji penyakit yang berhubungan dengan keluhan atau masalah utama.

- 2) Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan dan untuk mengetahui penyakit yang diderita dahulu. Riwayat kesehatan yang lalu untuk mengetahui apakah ibu pernah menderita penyakit akut seperti jantung, DM, hipertensi, dan asma (Ambarwati dan Wulandari, 2010)
- 3) Riwayat kesehatan keluarga dikaji penyakit yang menurun dan menular yang dapat mempengaruhi kesehatan akseptor KB. Sehingga dapat diketahui penyakit keturunan baik dari pihak istri maupun pihak suami (Ambarwati dan Wulandari, 2010).
- 4) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2013).
- 5) Hipertensi sebagai kontraindikasi KB implan, suntik 3 dan minipil bulan karena hormon progesteron mempengaruhi tekanan darah (Hartanto, 2014).
- 6) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada klien yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Saifuddin, 2010).

- 7) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).
- 8) Klien dengan gangguan fungsi dinyatakan sebagai kontraindikasi penggunaan minipil, karena progesteron menyebabkan aliran empedu menjadi lambat apabila berlangsung lama saluran empedu menjadi tersumbat, sehingga cairan empedu di dalam darah meningkat, hal ini akan menyebabkan warna kuning pada kulit, kuku dan mata yang menandakan terdapat gangguan fungsi hati (Sulistyawati, 2013)
- 9) Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami. Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. (Saifuddin, 2014).
- 10) Klien dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak

diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013).

- 11) Kanker payudara. Diduga KB hormonal meningkatkan resiko kanker payudara (Hartanto, 2014)
- 12) Penyakit radang panggul termasuk infeksi rahim, tuba fallopi dan jaringan-jaringan lain di adneksa dan semua kasus tersebut jangan memakai alat kontrasepsi IUD karena ini menjadikan infeksi lebih parah (Hartanto, 2014).
- 13) Klien yang mempunyai riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes, hepatitis virus aktif, tumor hati, trombosis vena dalam/emboli paru tidak dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi yang bersifat hormonal (Affandi, 2013).
- 14) Suami/pasangan berisiko tinggi terpapar Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk AIDS harus memakai kondom ketika MAL (Saifuddin, 2014).
- 15) AKDR tidak dapat digunakan pada klien yang sedang hamil, perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, penderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), 3 bulan terakhir atau sedang menderita penyakit radang panggul, abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker payudara, kanker alat genital, mioma uteri dan ukuran rongga rahim kurang dari 5cm (Saifuddin, 2014).

16) Menurut Saifuddin (2014) kontrasepsi implan tidak dapat digunakan oleh klien dengan gangguan toleransi glukosa, hipertensi, mioma uteri dan kanker payudara.

4) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas

Hormonal : wanita yang abortus atau keguguran dapat menggunakan alat kontrasepsi hormonal ataupun setelah melahirkan dan menyusui. Tetapi jika diketahui hamil atau perdarahan yang belum jelas dianjurkan tidak memakai alat kontrasepsi hormonal.

Non-hormonal:

Kehamilan : IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ekstopik. Pada ibu yang mengalami abortus, IUD segera dapat diinersikan segera atau dalam waktu 7 hari apabila tidak ada gejala infeksi (Saifuddin,2010)

Persalinan : Paritas tinggi meningkatkan kejadian ekspulsi. IUD dapat diinersikan segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalihan dan 6 bulan setelah KB MAL (Saifuddin, 2010)

Nifas : IUD dapat diinersikan pada ibu nifas 8 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan dan pada ibu menyusui (Saifuddin,2010).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Pengkajian mengenai pola nutrisi klien dapat menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan, nafsu makan. Dengan mengamati adakah penurunan berat badan atau tidak pada pasien.

Pemakaian progestin dikaitkan dengan peningkatan nafsu makan (Walsh, 2012). Alat kontrasepsi hormonal (implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya (Hartanto, 2010).

2) Pola Eliminasi

Pengkajian mengenai pola eliminasi klien menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, dan jumlah. Dikaji apakah ada gangguan atau tidak dan bagaimana cara mengatasinya.

3) Pola Istirahat

Pola istirahat dikaji sebagai gambaran pola istirahat dan tidur klien, berapa lama klien tidur, kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur, dan adakah gangguan dalam istirahat.

Gangguan tidur yang dialami klien akseptor alat kontrasepsi suntik sering disebabkan karena efek samping dari alat kontrasepsi suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Affandi, 2013).

Gangguan tidur yang dialami klien karena harus menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan), sering menyusui selama 24 jam termasuk di malam hari (Affandi, 2013).

4) Pola Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah klien selalu menjaga kebersihan tubuh terutama daerah genitalia. Pola kebersihan biasanya meliputi mandi berapa kali sehari, gosok gigi berapa kali sehari, ganti baju berapa kali sehari, ganti pakaian dalam berapa kali, cara cebok.

5) Pola Seksual

Pengkajian mengenai pola seksual dilakukan agar mengetahui pola hubungan seksual karena penggunaan KB hormonal dapat mengakibatkan atropisme endometrium sehingga mengakibatkan sakit ketika berhubungan seksual.

Biasanya juga ditanyakan frekuensi hubungan seksual dalam seminggu.

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Affandi, 2013). Pada pengguna IUD, tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual (Manuaba, 2012).

Klien yang menggunakan kontrasepsi suntikan progestin yang mendapat suntikan pertama saat tidak haid, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Affandi, 2013).

Klien yang menggunakan kontrasepsi pil progestin pertama kali jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja (Affandi, 2013)

6) Pola Aktivitas Sehari-hari

Hal ini dikaji untuk mengetahui pengaruh aktivitas klien terhadap kesehatan.

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktifitas karena mudah atau sering pusing (Wiknjosastro, 2014).

Klien yang menggunakan obat TBC (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh

menggunakan pil progestin dan dapat mengurangi efektivitas minipil (Affandi, 2013).

Menurut Hartanto (2010) merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya *miokard infark*, *stroke*, dan keadaan tromboembolik.

6) Riwayat Psikososial dan Latar Belakang Budaya

Bagi wanita usia subur (WUS) merasa khawatir dan takut terhadap efek samping dan kegagalan yang terjadi pada alat kontrasepsi yang digunakan. Selain itu, sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda sehingga emosi tidak stabil yaitu mudah tersinggung dan tegang sehingga diperlukan alat kontrasepsi yang sesuai (Saifuddin, 2014).

Menurut (Affandi, 2013), selain bermanfaat sebagai KB, MAL dapat meningkatkan hubungan psikologis klien dan bayi, karena dengan memberikan ASI secara eksklusif / *on demand* maka interaksi antar keduanya akan terjalin sehingga semakin dekat hubungan antar keduanya.

Kontrasepsi suntik dipandang dari sudut agama baik itu Islam, Kristen, Katolik, Budha, dan Hindu diperbolehkan asal bertujuan untuk mengatur kehamilan bukan untuk mengakhiri kehamilan (Hartanto, 2010). Setiap pasangan suami-istri memiliki kebutuhan kontrasepsi yang berbeda, tergantung dari: usia,

jumlah anak yang dimiliki, jumlah anak yang diinginkan, keadaan ekonomi, riwayat kesehatan, gaya hidup, agama, dan kepercayaan yang diyakini, riwayat haid istri, serta frekuensi hubungan seksual.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan tanda vital

Tekanan darah : mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan normal sistol ≤ 120 mmHg dan diastol ≤ 80 mmHg. Hipertensi sebagai kontraindikasi KB implan, suntik 3 bulan dan minipil bulan karena hormon progesteron mempengaruhi tekanan darah.

Suhu : Suhu normal pemeriksaan axila yaitu 36,5-37,5°C

Nadi : Normalnya 60-100 kali per menit

Pernafasan : Pernafasan normal orang dewasa sehat adalah 16-20 kali/menit

2) Berat badan

Mengetahui berat badan pasien karena merupakan salah satu efek samping dari penggunaan KB.

Naiknya berat badan dialami oleh akseptor KB suntik 3 bulanan, minipil dan implan karena progesteron mempermudah

karbohidrat menjadi lemak sehingga menyebabkan nafsu makan bertambah (Sulistyawati, 2013).

Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan (Affandi, 2013).

Untuk pemakaian alat kontrasepsi hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2014).

Pada ibu yang menggunakan suntikan progestin dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain (Affandi, 2013).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Pada penggunaan alat kontrasepsi hormonal yang lama akan timbul flek-flek, jerawat pada pipi dan dahi, muka tidak sembab (Saifuddin, 2014). Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada pengguna kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Affandi, 2013). Pucat kontraindikasi IUD karena perdarahan yang lebih banyak (Hartanto, 2010)

b) Mata

Pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2013). Konjungtiva pucat kontraindikasi IUD karena perdarahan yang lebih banyak (Hartanto, 2010). Perdarahan yang banyak pada waktu haid dapat menyebabkan kemungkinan terjadinya anemia (Affandi, 2013).

c) Bibir

Bibir tampak pucat kontraindikasi IUD perdarahan yang lebih banyak (Hartanto, 2010).

d) Leher

Pembesaran vena jugularis menunjukkan ada permasalahan pada jantung merupakan kontraindikasi suntik 3 bulan (BKKBN, 2009).

e) Payudara

Pengguna KB MAL pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar, saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong (Saifuddin, 2014).

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, malah

progesteron termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2010).

Pengguna alat kontrasepsi hormonal dianjurkan tidak ada tanda-tanda kanker payudara. Bila terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara, klien tidak boleh menggunakan kontrasepsi implan maupun progestin (Affandi, 2013).

Riwayat kanker payudara dan penderita kanker payudara termasuk kontraindikasi KB suntik 3 bulan, minipil, implan (Hartanto, 2010).

f) Abdomen

Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Dengan adanya penyakit radang panggul (*Pelvic Inflammatory Disease*) (PID) atau penyebab lain yang dapat menimbulkan kekejangan, segera lepaskan AKDR (Affandi, 2013). Bila terjadi pembesaran uterus maka tidak boleh dilakukan pemasangan alat kontrasepsi.

Pembesaran abdomen diduga hamil merupakan kontraindikasi penggunaa KB (Hartanto, 2010).

Nyeri tekan serta pada perut bagian bawah merupakan kontraindikasi penggunaan KB IUD (Hartanto, 2014).

g) Genetalia

Bila ditemukan tanda kebiruan (*chadwick*) sebagai tanda adanya kehamilan maka kontrasepsi tidak boleh dilakukan. DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan dan perdarahan bercak (Hartanto, 2010).

Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan AKDR di antaranya perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain yang dapat terjadi adalah perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2013).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2013).

h) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) (Affandi, 2013).

Lengan yang dapat dipasang alat kontrasepsi implan yaitu lengan yang jarang digunakan untuk beraktivitas. Perlu dikaji pula adanya lesi, bengkak, dan adanya luka pada lengan bagian dalam yang akan dipasang alat kontrasepsi implan.

Pasca pemasangan kontrasepsi implant mungkin akan terdapat memar, bengkak atau sakit di daerah insisi selama beberapa hari (Affandi, 2013).

2.5.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

P.....Ab.... calon akseptor (baru)

2.5.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnose potensial benar-benar terjadi.

- a. Suntikan Progestin : Amenorea, perdarahan/perdarahan bercak (spotting), meningkatnya / menurunnya berat badan.
- b. Pil progestin : Amenorea, perdarahan tidak teratur/spotting
- c. Pil kombinasi : Amenorea, mual, pusing, atau muntah, pendarahan pervaginam/ spotting
- d. Suntik kombinasi : Amenorea, Mual atau pusing atau muntah, perdarahan/perdarahan bercak (spotting).
- e. Implant : Amenorea, spotting, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, meningkatnya/menurunnya berat badan.
- f. AKDR : Amenorea, kejang, perdarahan per vagina yang hebat dan tidak teratur.
- g. Tubektomi : Infeksi luka, demam pascaoperasi, luka pada kandung kemih (jarang terjadi), hematoma, emboli gas, rasa sakit pada lokasi pembedahan, perdarahan superfisial (tepi-tepi kulit/subkutan).

- h. Vasektomi : hematoma skrotalis, infeksi pada testis, atrofi testis dan peradangan kronik granuloma di tempat insisi.

2.5.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Selain itu juga mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

2.5.5 Intervensi

Diagnosa : P.....Ab.... calon akseptor (baru)

Tujuan :

- a. Setelah dilakukan asuhan kebidanan akseptor menjadi lebih baik dan kooperatif.
- b. Pengetahuan ibu tentang macam – macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c. Ibu merencanakan KB pascasalin (Affandi, 2013).

Kriteria :

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b. Ibu memilih salah satu metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya dan mendapat pelayanan KB sesuai pilihan (Affandi, 2013).
- c. Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Affandi (2013) :

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).

R/ Mengetahui indikasi dan adanya kontraindikasi dalam pemakaian alat kontrasepsi dan mengetahui rencana klien untuk memiliki anak lagi dengan menjarangkan kelahiran 2 sampai 4 tahun lebih sehat bagi bayinya (ABPK, 2018)

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi pascasalin, meliputi jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontraindikasi menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB

R/ Membantu klien dalam memilih jenis kontrasepsi yang cocok.

(a) MAL

Sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. ASI eksklusif baik bagi bayi

(b) AKDR

Alat kecil yang dipasang didalam rahim. Sangat efektif tidak tergantung pada daya ingat. Cara kerja utama mencegah sel sperma bertemu sel telur. Klien bisa kembali hamil setelah AKDR dilepas, Coppert T 380 bekerja hingga 10 tahun. Tidak melindungi dari HIV/IMS. Efek samping : haid lebih lama dan

banyak, bercak diantara siklus haid, kram atau rasa nyeri selama haid. Yang tidak bisa memakai AKDR adalah sedang hamil, baru saja melahirkan (2-28 hari pasca persalinan) AKDR boleh dipasang sebelum 48 jam dan setelah 4 minggu pasca persalinan, memiliki risiko IMS (termasuk HIV), menstruasi yang tidak biasa, infeksi atau masalah pada organ perempuan (radang panggul, kanker rahim, endometrium, penyakit tropoblas dan TBC panggul). Langkah – langkah pemasangan AKDR yaitu : pemeriksaan panggul, membersihkan vagina dan mulut rahim, memasang AKDR dalam rahim.

(c) Pil

Jika klien menyusui tidak boleh menggunakan metode pil. Bagi klien yang tidak menyusui bisa menggunakan metode pil 3 minggu setelah persalinan. Sangat efektif jika diminum setiap hari tetapi jika ibu lupa minum pil, ibu bisa hamil. bekerja dengan cara menghentikan ovulasi. Membantu mengurangi perdarahan menstruasi dan kram. Tidak melindungi dari HIV/IMS. Yang tidak bisa memakai pil yaitu : merokok dan berusia lebih dari 35 tahun, memiliki penyakit jantung dan gangguan pembuluh darah (hipertensi, tromboembolivena), mungkin hamil dan kanker payudara. Efek samping : mual-mual

, flek atau bercak diantara masa haid, sakit kepala ringan, nyeri payudara dan berat badan naik/turun.

(d) Suntik progestin

Suntik diberikan setiap 3 bulan. Sangat efektif selama klien kembali tepat waktu untuk disuntik. Setelah berhenti perlu waktu sekitar 4 bulan untuk bisa hamil. Bekerja dengan menghentikan ovulasi. Tidak melindungi dari HIV/IMS. Yang tidak bisa memakai yaitu memiliki tekanan darah tinggi, menyusui kurang dari 6 minggu, sedang hamil. Efek samping : perubahan haid bulanan seperti haid tidak teratur dan amenorea, rata-rata berat badan naik 1-2 kg tiap tahun, sakit kepala ringan, nyeri payudara, suasana hati berubah, mual-mual, rambut rontok, gairah seksual menurun dan jerawat.

(e) Implan

Kontrasepsi bawah kulit (kapsul lunak) dengan cara kerja menghambat kemampuan sperma masuk ke tuba fallopi. Sangat efektif selama 3-5 tahun. Mudah untuk berhenti dan bisa kembali subur setelah dilepas. Tidak diperbolehkan bagi ibu menyusui kurang dari 6 minggu, hamil, kanker payudara, sakit kuning, ibu yang minum obat untuk TB, infeksi jamur atau obat anti kejang. Efek samping : bercak atau haid ringan, haid tidak teratur, sakit kepala, pusing, nyeri payudara, gelisah dan mual-mual.

(f) Kondom

Mencegah kehamilan dan IMS termasuk HIV. Sangat efektif bila digunakan setiap kali bersenggama. Mudah didapat dan digunakan.

4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya (Affandi, 2013).

5) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

R/ MAL sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Kondom dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Suntikan progestin dapat digunakan setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil. Implan adalah kontrasepsi bawah kulit dengan cara kerja menghambat kemampuan sperma masuk ke tuba fallopi. AKDR adalah kontrasepsi yang dipasang ke dalam rahim (Affandi, 2013).

6) Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Dengan kunjungan ulang, klien mendapatkan pelayanan KB selanjutnya dan untuk memantau alat kontrasepsi yang digunakan.

a) MAL

Melakukan kunjungan ke bidan apabila bayi sudah berusia 6 bulan, atau ibu sudah mendapat haid untuk memulai suatu metode kontrasepsi (Affandi, 2013).

b) Kondom

Saat klien datang pada kunjungan ulang harus ditanyakan kalau ada masalah dalam penggunaan kondom dan kepuasan klien dalam menggunakannya. Apabila masalah timbul karena kurang tahu dalam cara penggunaan sebaiknya informasi diulangi kembali kepada klien dan pasangannya. Apabila masalah menyangkut ketidaknyamanan dan kejemuhan dalam menggunakan kondom sebaiknya dianjurkan untuk memilih metode kontrasepsi lainnya (Affandi, 2013).

c) Pil progestin

Kunjungan ulang apabila kemasan habis dalam waktu 35 hari untuk kemasan yang mengandung 350mcg levonorgestrel atau 28 hari untuk kemasan yang mengandung 75mcg desogestrel (Affandi, 2013).

d) Implan

Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali implan tersebut.

e) IUD

Kunjungan ulang pada akseptor alat kontrasepsi IUD adalah 1 minggu, 1 bulan, 6 bulan setelah pemasangan dan selanjutnya satu kali dalam 1 tahun (Hartanto, 2010).

f) Tubektomi

Jadwalkan sebuah kunjungan pemeriksaan secara rutin antara 7-14 hari setelah pembedahan. Meminta ibu kembali setiap waktu apabila ibu menghendakikan ada tanda yang tidak biasa (Affandi, 2013).

7) Dampingi klien dalam proses penggunaan alat kontrasepsi.

R/ Klien mendapatkan pelayanan KB yang sesuai dengan keadaannya.

Kemungkinan Masalah :

a. Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria Hasil : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi :

1) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea

R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Pusing

Tujuan : Pusing dapat teratasi

Kriteria Hasil : Mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c. Perdarahan Bercak/Spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan ibu mampu, beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria Hasil : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi :

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah.

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

2.5.6 Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan dari asuhan yang telah direncanakan secara efisien dan aman. Pada kasus dimana bidan harus berkolaborasi dengan dokter, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan pasien adalah tetap bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan bersama yang menyeluruh. Implementasi mengacu pada intervensi.

2.5.7 Evaluasi

Tanggal :..... Jam :

Mengacu pada kriteria hasil dan menggunakan SOAP

S : data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

O : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan pendukung lain

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dan tindakan evaluative