

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

2.2.1 Pengkajian Data

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 *allo-anamnesa* (anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien atau melalui catatan rekam medik pasien) (Sulistyawati, 2015).

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).

b) Umur

Umur penting untuk menentukan prognosis kehamilan. Kalau umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih

beresiko. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. (Romauli, 2011)

c) Suku atau Bangsa

Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu dapat mempengaruhi perilaku kesehatan ibu seperti tarak makan. (Romauli, 2011).

d) Agama

Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya (Hatini, 2018).

e) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Hatini, 2018).

f) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan semakin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010).

g) Penghasilan

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan, yang dapat dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil (Hatini, 2018).

h) Alamat

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan memantau kesehatan ibu melalui kunjungan rumah (Hatini, 2018).

2) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Sulistyawati, 2012). Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi

lateral rekumben karena uterus tidak lagi tertekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak napas

Uterus telah mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi-relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada syaraf, sementara syaraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin besar.

3) Riwayat Pernikahan

Ditanyakan menikah atau tidak, berapa kali menikah, usia pertama menikah dan berapa lama menikah. Apabila ibu maupun bapak menikah lebih dari satu kali ditanyakan alasan kenapa dengan pernikahan yang terdahulu sampai berpisah (Romauli, 2011).

4) Riwayat Menstruasi

Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga dapat mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tafsiran tanggal persalinannya (Hatini,2018).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011).

6) Riwayat Kesehatan

Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi/hipotensi dan hepatitis (Romauli, 2011). Riwayat medis menguraikan kondisi medis atau bedah yang dapat mempengaruhi perjalanan kehamilan atau dipengaruhi kehamilan, bila tidak diatasi dapat berakibat serius bagi ibu. Misalnya, wanita hamil yang menderita diabetes atau epilepsi membutuhkan perawatan spesifik. Karena kebanyakan pasien merasa cemas selama wawancara pertama, membantu pasien menjelaskan alergi, penyakit kronis, atau obat-obatan yang dipakai (misalnya kortison, insulin, atau anti kejang). Apabila ibu hamil mengonsumsi obat, ibu diminta menyebutkan obat apa yang digunakan dan menjelaskan penggunaannya. Asma, epilepsy, infeksi memerlukan pengobatan dan dapat menimbulkan efek samping pada janin.

Komplikasi medis utama seperti DM, jantung memerlukan keterlibatan dan dukungan spesialis medis (Hani, 2010).

7) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan terdahulu

Pengkajian mengenai masalah/gangguan saat kehamilan seperti hyperemesis, perdarahan pervaginam, pusing hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (Romauli, 2011).

b) Riwayat persalinan terdahulu

Cara kelahiran spontan atau bantuan, aterm atau premature, perdarahan atau tidak dan ditolong oleh siapa. Jika wanita pada kelahiran terdahulu melahirkan secara bedah sesar, untuk kehamilan saat ini mungkin melahirkan pervaginam. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi uterus, jika insisi uterus berada dibagian bawah melintang, bukan vertical maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervagianam.

c) Riwayat nifas dahulu

Adakah panas, perdarahan, kejang-kejang, dan laktasi. Kesehatan fisik dan emosi ibu harus diperhatikan (Romauli, 2011).

8) Riwayat Kehamilan Sekarang

- a) Trimester I : berisi tentang bagaimana awal mula terjadinya kehamilan, ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.
- b) Trimester II : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan Gerakan janin (Gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.
- c) Trimester III : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat (Romauli, 2011).

9) Riwayat Imunisasi TT

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi tubuh dari zat asing (infeksi). Satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaan selama hamil, yaitu imunisasi tetanus. Pemberian

imunisasi Tetanus Toksoid bertujuan untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Pemberian diberikan sekurang-kurangnya 2x dengan interval empat minggu (Yanti, 2017).

Tabel 2.1

Imunisasi TT pada Ibu Hamil

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	Perlindungan (%)
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup	99

Sumber: (Saifuddin, 2014).

10) Riwayat Psikososial

Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikis. Perubahan yang terjadi pada trimester III yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan

kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar, data sosiaa yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini.

11) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a) Nutrisi

Ibu yang sedang dengan proses pertumbuhan, yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan berbagai organ ibu, pendukung proses kehamilan seperti adneksa, mammae dan lain-lain. Makanan yang diperlukan antara lain untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, payudara dan kenaikan metabolisme, membutuhkan : 400 gram protein, 20 gram lemak, 80 gram karbohidrat, 40 gram mineral. Uterus dan plasenta masing-masing membutuhkan 500 gram dan 50 gram protein. Kebutuhan total protein 950 gram, Fe 0,8 gram dan asam folik 300 ug perhari (Yanti,2017)

b) Pola eliminasi

Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi buang air kecil dan konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dan keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Hatini,2018)

c) Istirahat

Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari sekitar 8-9 jam (Hatini,2018)

d) Personal Hygiene

Personal hygiene berkaitan dengan perubahan sistem pada tubuh ibu hamil, hal ini disebabkan : selama kehamilan PH vagina menjadi asam berubah dari 4-3 menjadi 5-6,5 akibat vagina mudah terkena infeksi: stimulus oestrogen menyebabkan adanya fluor albus (keputihan): peningkatan vaskularisasi di perifer mengakibatkan keinginan wanita hamil untuk sering berkemih, mandi teratur mencegah iritasi vagina, teknik pencucian perianal dari depan ke belakang. Pada triwulan pertama ibu hamil mengalami enek dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya (Rukiah dkk,2009)

e) Aktifitas Seksual

Hal yang ditanyakan berkaitan dengan aktifitas seksual seperti frekuensi, intensitas, posisi berhubungan dalam seminggu dan gangguan atau keluhan yang dirasakan.

12) Riwayat KB

Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini (Hatini,2018)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Baik, 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, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. (Sulistyawati, 2009).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada.

c) Tanda-tanda Vital

(1) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$. Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

(2) Pernapasan

Menurut Saifuddin (2009) normalnya 16 – 24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan.

(3) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi $>100\text{x/menit}$ (Marmi, 2011).

(4) Tekanan Darah

Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmhg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmhg atau lebih, dan/atau diastolik 15 mmhg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi preeklamsi dan eklamsi jika tidak ditangani dengan cepat (Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat Badan (BB)

Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5 kg sampai 16,5 kg (Romauli, 2011).

Tabel 2.2

Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (Kg)
Rendah	<19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26,1 – 29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemelli		16 – 20

Sumber : (Astuti, 2017)

(2) Tinggi Badan (TB)

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011). Tinggi badan ibu hamil < 145 cm menunjukkan ukuran panggul yang kecil sehingga ibu beresiko melahirkan melalui operasi caesar (Kamariyah dkk, 2014).

(3) Lingkar Lengan Atas

Pada ibu hamil pengukuran LILA merupakan deteksi dini Kurang Energi Kronik (KEK). LILA <23,5 cm menunjukkan status nutrisi ibu hamil kurang dan harus mendapatkan penanganan agar tidak terjadi komplikasi pada janin (Kamariyah dkk, 2014). Menurut Romauli (2011), LILA diukur pada lengan atas yang kurang dominan, LILA <23,5cm merupakan indikator yang kuat untuk status gizi yang kurang atau buruk sehingga risiko untuk melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011).

c) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak.

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

f) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

g) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal. Nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur (Marmi, 2011). Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011).

h) Payudara

Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011). Payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengekuarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.

i) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011). Seiring kemajuan kehamilan, semakin sulit meraba organ lain selain uterus. Perhatian khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus dan presentasi janin (Marmi, 2014).

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010).

Tabel 2.3

Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22 – 27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29 – 35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2014)

(2) Menentukan Usia Kehamilan

- (a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu (Mochtar, 2012).

(b) Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

(3) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012) menurut rumusnya Johnson Toshack adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala belum melewati pintu atas panggul maka n=13. Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11.

(4) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I

Tujuan dari Leopold I adalah untuk menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri (Muslihatun, 2009).

(b) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II adalah menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta

menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri uterus (Muslihatun, 2009).

(c) Leopold III

Tujuan pemeriksaan palpasi Leopold III adalah menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP (Muslihatun, 2009).

(d) Leopold IV

Tujuan pemeriksaan palpasi Leopold IV adalah menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP.

Tabel 2.4

Penurunan Kepala Janin

Periksa Luar	Keterangan
5/5	Jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symfisis.
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 symfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
1/5	Jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

Sumber : Kemenkes RI, 2014

(5) Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Bunyi jantung janin baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan

bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 160x/menit (Romauli, 2011).

j) Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Hatini, 2018). Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

k) Anus

Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. Menurut Saifuddin (2010) derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1 : Benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB

Derajat 2 : Benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

Derajat 3 : Benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri apabila dimasukkan keluar lagi

Derajat 4 : Benjolan besar, disertai darah

l) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema pada ekstremitas dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014). Meliputi edema tangan dan kaki, varises, dan reflek patela (Muslihatun, 2009).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Hemoglobin

Menurut Manuaba (2010) pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli, hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digongkan pada tablet berikut:

Tabel 2.5

Hasil Kadar Pemeriksaan Hemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak Anemia
9-10 gr%	Anemia Ringan
7-8 gr%	Anemia Sedang
<7 gr%	Anemia Berat

Sumber : Manuaba, 2010

b) Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011). Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Urine

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal ini yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

(1) Reduksi Urin

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya yaitu hijau jernih atau jernih (-), hijau keruh (+), hijau keruh kekuningan (++) , jingga atau kuning keruh (+++), Merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++).

(2) Protein Urin

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya lagi kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) .

Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011).

(3) *Ultrasonografi (USG)*

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan uasi kehamilan, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensia serviks, terduga plasenta previa terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan konginetal, terduga adanya tumor pelvik atau kelainan uterus, kordosentesis, atau amnion influsi (Romauli, 2011).

(4) *Kartu Skor Poedji Rochjati*

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati. Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan , Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter.

2.2.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

- Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _ Uk ... minggu, Tunggal, Hidup, Intrauterine, letak ... dengan keadaan ibu dan janin baik.
- Subjektif : Ini merupakan kehamilan ke ... Ibu pernah/tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir ... Ibu merasakan gerakan janin aktif/tidak.
- Objektif : Keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg
- Nadi : 60 – 100x/menit
- Pernapasan : 16 – 24x/menit
- Suhu : 36,5 – 37,5 °C
- LILA : >23,5 cm
- BB : ... kg
- TP : ...
- UK : ...
- Palpasi abdomen : Leopold I : Menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri.
- Leopold II : Menentukan letak janin, apakah memanjang atau

melintang, serta menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri uterus.

Leopold III : Menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP.

Leopold IV : Menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP.

Auskultasi : DJJ : 120 – 160x/menit.

Masalah :

- a. Hemoroid
- b. Sering buang air kecil
- c. Kram dan nyeri pada kaki.
- d. Gangguan pernapasan
- e. Edema
- f. Sakit punggung atas dan bawah.

2.2.3 Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Menurut Bobak (2010), berikut adalah beberapa diagnosis potensial yang mungkin ditemukan pada pasien selama kehamilan trimester III:

- a. Perdarahan pervaginam.
- b. Intra Uterine Fetal Death (IUFD).
- c. Preklamsia/eklampsia.
- d. Ketuban pecah dini.
- e. Persalinan prematur.

2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai manajemen cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan. Dengan data tersebut dapat menentukan perlu tidaknya konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau pemeriksaan diagnosis (laboratorium). Bidan harus mampu menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut (Muslihatun, 2009)

2.2.5 Intervensi

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan masalah/kebutuhan khusus, adalah sama seperti rencana asuhan yang menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal dengan sedikit penambahan. Rencana asuhan ditambah dengan konseling khusus sesuai dengan masalah/kebutuhan khusus yang ibu hamil hadapi saat ini (Muslihatun, 2009).

Diagnosa : G _ P _ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, letak ... dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan dan persalinan berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria Hasil : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg

Nadi : 60 – 100x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 oC

Pernapasan : 16 – 24 x/menit

TFU : Sesuai usia kehamilan

DJJ : 120 – 160x/menit

Tidak ada masalah kehamilan

Intervensi :

a. Berikan informasi tentang hasil pemeriksaan kepada ibu.

Rasional : 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, 2014).

b. Berikan informasi kepada ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan trimester III.

Rasional : 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 tahu bagaimana cara mengatasinya (Sulistyawati, 2014).

c. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil trimester

III.

Rasional : Kebutuhan metabolisme janin dan ibu membutuhkan perubahan besar terhadap kebutuhan konsumsi nutrisi selama kehamilan dan memerlukan pemantauan ketat (Sulistyawati,2014).

d. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada trimester III.

Rasional : Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini (Sulistyawati, 2014).

e. Diskusikan kebutuhan untuk melakukan tes laboratorium dan atau tes penunjang lain untuk menginformasikan dan membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

Rasional : Antisipasi masalah potensial terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga profesional (Sulistyawati, 2009).

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.

Rasional : Informasi sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan (Sulistyawati, 2009).

g. Diskusikan dengan ibu dalam menentukan jadwal kunjungan selanjutnya.

Rasional : Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ini sudah trimester III (Sulistyawati, 2009).

Masalah :

a. Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

Kriteria Hasil : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lembek.

Intervensi:

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

Rasional : Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- 2) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong).

Rasional : Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB.

- 3) Anjurkan ibu meningkatkan makanan serat dalam diet.

Rasional : Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras (Romauli, 2011).

b. Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak bertambah parah.

Kriteria Hasil : Ibu dapat buang air besar dengan lancar, tidak berdarah dan tidak nyeri.

Intervensi:

- 1) Anjurkan ibu untuk makan-makanan yang berserat, makan buah dan sayur.

Rasional : Serat dapat mempertahankan kadar air saat proses pencernaan, sehingga saat mengalami absorpsi di dalam usus, tidak kekurangan air dan konsistensi tinja akan lunak (Dewi, 2012).

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

Rasional : Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih

cepat.

- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

Rasional : Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

Rasional : Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

c. Sering Buang Air Kecil

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (sering BAK).

Kriteria Hasil : Infeksi saluran kencing tidak terjadi.

Ibu BAK 7 – 8x/hari terutama siang hari.

Intervensi:

- 1) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester ketiga.

Rasional : Membantu klien memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia. Pembesaran uterus trimester ketiga menurunkan kapasitas kandung kemih, mengakibatkan sering berkemih. Perubahan posisi mempengaruhi fungsi ginjal sehingga posisi terlentang

dan tegak, menurunkan aliran darah ginjal sampai 50%, dan posisi berbaring miring kiri meningkatkan aliran darah ginjal.

- 2) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

Rasional : Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

Rasional : Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- 4) Anjurkan banyak minum pada siang hari.

Rasional : Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

d. Kram dan nyeri pada kaki.

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria Hasil : Nyeri dan kram berkurang.

Intervensi:

- 1) Jelaskan penyebab kram pada kaki selama kehamilan.

Rasional : Pengetahuan ibu bertambah dan ibu lebih kooperatif serta ibu tidak cemas.

- 2) Lakukan masase dan kompres hangat pada otot yang kram.

Rasional : Terapi untuk mengururangi rasa kram pada kaki dan

sirkulasi ke jaringan lancar.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama.

Rasional : Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

- 4) Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup dan menghindari aktivitas berat.

Rasional : Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 5) Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung kalsium dan fosfor.

Rasional : Memenuhi kebutuhan kalsium dan fosfor untuk tulang.

- 6) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

Rasional : Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

e. Gangguan pernapasan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya perubahan fisiologis (gangguan pernapasan).

Kriteria Hasil : Pernafasan normal (16 – 24 x/menit), aktifitas ibu sehari-hari tidak terganggu, sesak napas berkurang.

Intervensi:

- 1) Menjelaskan dasar fisiologis penyebab terjadinya sesak nafas.

Rasional : Diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm

selama kehamilan. Tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas.

- 2) Ajarkan wanita cara meredakan sesak nafas dengan pertahankan postur tubuh setengah duduk.

Rasional : Menyediakan ruangan yang lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru.

- 3) Anjurkan ibu untuk mempertahankan postur tubuh yang baik saat tidur dengan menambahkan bantal serta menghindari makan terlalu kenyang.

Rasional : Ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar.

f. Edema dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria Hasil : Ibu tidak mengeluh adanya oedema pada kaki dan nyeri oedema berkurang.

Intervensi:

- 1) Jelaskan pada ibu perubahan fisiologis yang menyebabkan oedema.

Rasional : Membantu klien memahami alasan fisiologis dari oedema yaitu terjadi karena gangguan sirkulasi vena

dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang.

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

Rasional : Pakaian yang ketat akan menghambat aliran darah balik dari tungkai ke tubuh bagian atas.

- 3) Anjurkan ibu untuk istirahat dengan kaki lebih tinggi dari badan (elevasi tungkai teratur setiap hari).

Rasional : Meningkatkan aliran balik vena sehingga kaki tidak oedema.

- 4) Anjurkan ibu untuk tidak memakai penopang perut (penyokong atau korset abdomen maternal).

Rasional : Penggunaan penopang perut dapat mengurangi tekanan pada ekstremitas bawah (melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul) sehingga aliran darah balik menjadi lancar.

- 5) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

Rasional : Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- 6) Anjurkan pada ibu untuk mengikuti senam ibu hamil.

Rasional : Senam pada ibu hamil terdapat banyak manfaat salah

satunya melancarkan sirkulasi peredaran darah terutama pada ekstremitas bawah (Marmi, 2014).

g. Sakit punggung atas dan bawah.

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan rasa nyeri.

Kriteria Hasil : Nyeri pinggang ibu berkurang.

Intervensi:

- 1) Kompres hangat jangan terlalu panas pada punggung. Seperti gunakan bantal pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat.

Rasional : Membantu meredakan sakit akibat ketegangan otot.

- 2) Ajarkan ibu dengan latihan fisik.

Rasional : Posisi jongkok membantu meredakan sakit punggung.

Berjongkoklah, turunkan bokong ke bawah ke arah lantai. Tahan berat badan merata pada kedua tumit dan jari kaki untuk mendapatkan kestabilan dan kelengkungan yang lebih besar dari bagian bawah punggung atau berjongkok dengan berpegangan pasangan atau benda lain.

- 3) Jelaskan pada ibu tentang body mekanik. Tekuk kaki ketimbang membungkuk untuk mengangkat apapun, saat bangkit dari setengah jongkok lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit ke depan.

Rasional : Untuk menghindari ketegangan otot sehingga rasa nyeri berkurang.

2.2.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.2.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Muslihatun,2009)

Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

2.2.8 Catatan Perkembangan Kehamilan

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

a) Data Subjektif

Keluhan Utama

Keluhan ibu adalah sebagai data awal untuk menegakkan diagnosis kebidanan (Manurung, 2011). Selain itu keluhan menggambarkan masalah utama yang ibu alami dan perlu dilakukan penanganan segera untuk menghindari terjadinya komplikasi dalam kehamilan. Keluhan yang terjadi pada setiap ibu hamil berbeda-beda dalam setiap kunjungan dan trimesternya. Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III adalah sesak napas, insomnia, sering kencing, kontraksi braxton hicks, kram kaki, oedema, varises, hemorhoid (Yanti,2017)

b) Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan(Muslihatun,2009).

b) Kesadaran

Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu(Hatini,2018)

c) Tanda-Tanda Vital

Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/80 mmHg- 140/90 mmHg, tetapi bervariasi

tergantung usia dan variabel lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut permenit dengan rentang normal 60-100 denyut permenit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut permenit. Nilai normal suhu per aksila pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3 °C. Sedangkan pernafasan orang dewasa normal antara 16-20/menit (Hatini,2018).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Abdomen

Meliputi adanya bekas luka, hiperpigmentasi(linea nigra, striae gravidarum) Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 28 minggu) dan penurunan kepala janin (usia kehamilan dari 36 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu(Muslihatun,2009)

Leopold I

Tujuan dari Leopold I adalah untuk menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri (Muslihatun, 2009).

Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II adalah menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri uterus (Muslihatun, 2009).

Leopold III

Tujuan pemeriksaan palpasi Leopold III adalah menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP (Muslihatun, 2009).

Leopold IV

Tujuan pemeriksaan palpasi Leopold IV adalah menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP.

b) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Frekuensi normalnya, normalnya 120-160x/menit. Janin mengalami bradycardia apabila DjJ kurang dari 120x/menit

selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia apabila Djj lebih dari 160x/menit selama 10 menit(Muslihatun,2009)

c) Analisa

G _ P _ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, letak ... dengan keadaan ibu dan janin baik.

d) Penatalaksanaan

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan normal, namun tetap untuk dilakukan pemeriksaan secara berkala.
2. Lakukan evaluasi terhadap kondisi ibu, jika pada kunjungan sebelumnya ibu mengalami masalah.
3. Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan nutrisi, cairan dan istirahat selama kehamilan, terutama pada kehamilan Trimester III.
4. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada Trimester III dan cara mengatasinya.
5. Diskusikan dengan ibu untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk mengetahui komplikasi yang mungkin timbul.
6. Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, edema, sesak napas,

keluar cairan pervaginam demam tinggi, pergerakan janin kurang, bengkak pada kaki atau tangan serta anjurkan kepada ibu agar segera datang ke fasilitas kesehatan jika mengalami tanda bahaya tersebut.

7. Jelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan seperti rasa nyeri yang semakin kuat dan teratur, keluar lendir darah, dan keluar cairan ketuban serta anjurkan kepada ibu agar segera datang ke fasilitas kesehatan jika mengalami tanda-tanda persalinan.
8. Diskusikan pada ibu untuk mempersiapkan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi.
9. Diskusikan ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya, yaitu satu minggu lagi atau sewaktu-waktu ada keluhan.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

2.3.1 Asuhan Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Keluhan Utama

Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kenceng-kenceng diperut,

bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah ada pengeluaran lendir disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sondakh, 2013).

b) Pola Kebiasaan Sehari-hari

(1) Pola Makan

Digunakan untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi kebutuhan gizinya selama hamil sampai awal persalinan. Data fokusnya dikaji kapan atau jam berapa terakhir makan, makanan yang dimakan, jumlah yang dimakan.

(2) Pola Minum

Digunakan untuk mengetahui intake cairan yang akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya kapan terakhir kali minum, jumlah yang diminum, dan apa yang diminum.

(3) Pola Istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama.

(4) Pola Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan (Marmi, 2011).

(5) Pola Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar, 2012).

(6) Personal Hygiene

Untuk mengetahui kebersihan diri pada ibu bersalin. Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011).

(7) Aktivitas Seksual

Data yang diperlukan adalah: keluhan, frekuensi dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual (Sulistiyawati, 2013).

c) Riwayat Psikososial dan Budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Serta untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, salah satunya adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi. Selain itu, adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun. Alasannya adalah karena kebudayaan yang bersangkutan memandang kelahiran sebagai masalah pribadi dan dari segi sopan santun perlu dijaga dari keterbukaan bagi orang lain.

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

Data ini dapat mengamati keadaan pasien secara keseluruhan (Sulistyawati, 2013).

(1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2013).

(2) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2013).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati 2010).

c) Tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien (Sulistyawati, 2013).

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari.

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani dkk, 2013).

(3) Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani dkk, 2013).

(4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani dkk, 2013).

d) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Untuk menilai tentang nutrisi, hygiene dan kelainan pada organ-organ pasien yang dapat menghambat atau mempersulit proses persalinan (Sulistiyawati, 2013).

(2) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi pucat pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadi anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sklera normalnya berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang

bengkak kemungkinan adanya preeklamsia, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, 2013).

(3) Hidung

Dikaji tentang kebersihan, adanya polip dan adanya pernapasan cuping hidung (Sulistyawati, 2013).

(4) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada keputihan pada bibir (apabila terjadi keputihan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani, 2013).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada keputihan pada lidah (apabila terjadi keputihan pada lidah maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), kebersihannya (Rohani, 2013).

(c) Gigi

Dikaji tentang kebersihan, adanya karies gigi (Sulistyawati, 2013).

(d) Gangguan pada mulut (bau mulut) (Sulistyawati, 2013).

(5) Telinga

Dikaji tentang kebersihan dan adanya gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2013).

(5) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening, kelenjar tyroid, dan bendungan vena jugularis serta adanya parotitis (Sulistyawati, 2013).

(6) Dada

Untuk menilai adanya kelainan atau penyakit yang berhubungan dengan sistem respirasi dan kardiovaskuler serta digunakan untuk menilai apakah kolostrum sudah keluar (Sulistyawati, 2013).

(a) Bentuk

Dikaji tentang bentuknya apakah simetris atau tidak serta apakah ada retraksi intercosta (apabila ada retraksi intercosta menandakan adanya masalah pada sistem respirasi).

(b) Payudara

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, apakah kolostrum sudah keluar, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan.

(c) Gangguan Pernafasan

Dikaji adanya bunyi tambahan pada paru-paru (wheezing, ronchi).

(7) Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistiyawati, 2013).

(a) Bentuk

(b) Bekas Operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani dkk, 2013).

(c) Striae

(d) Linea

(e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil dari perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan ibu dalam menentukan tanggal HPHT, kecil massa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani dkk, 2013).

(f) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin. Pemeriksaan digunakan untuk memastikan letak (misal melintang), presentasi (misalnya bokong) (Rohani dkk, 2013).

Leopold I : Menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri (Muslihatun, 2009).

Leopold II : Menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri uterus (Muslihatun, 2009).

Leopold III : Menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP (Muslihatun, 2009).

Leopold IV : Menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP (Muslihatun, 2009).

(g) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani dkk, 2013).

(h) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012) menurut rumusnya Johnson Toshack adalah $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat badan (g)}$. Bila kepala belum melewati pintu

atas panggul maka $n=13$. Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$.

(i) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit (Rohani dkk, 2013).

(j) Palpasi Kandung Kemih

(8) Genital

Digunakan untuk mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina (Sulistyawati, 2013).

(a) Memeriksa genetalia eksternal, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut perineum.

(b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.

(c) Adanya luka parut divagina mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada kelahiran bayi.

- (d) Menilai pembukaan (1 – 10 cm) dan penipisan serviks (25% – 100%).
- (e) Memastikan tali pusat atau bagian –bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.
- (f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

Menurut Sulistyawati (2010), bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan.

Bidang Hodge tersebut antara lain :

Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium.

Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis.

Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika.

Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis.

(g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai. Molase :
0/+1/+2/+3/+4

(9) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

(10) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

(11) Data Penunjang

Digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

(a) Urine

Urine negatif untuk protein dan glukosa. (Muslihatun, 2009).

(b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu dan kadar hemoglobin (Romauli, 2011).

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_P_ _ _ _Ab_ _ _UK_ _ minggu janin T/H/I presentasi ... kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

Data Subjektif : Ibu mengatakan kenceng-kenceng sejak jam ...

Data Objektif : Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Nadi : 90/60 – 140/90 mmHg
 Pernapasan : 16 – 24 kali/menit
 Suhu : 36,5 – 37,5°C
 Tafsiran persalinan : ...
 Palpasi Abdomen
 Leopold I : Menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan

menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri (Muslihatun, 2009).

Leopold II : Menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri uterus (Muslihatun, 2009).

Leopold III : Menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP (Muslihatun, 2009).

Leopold IV : Menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP (Muslihatun, 2009).

Genetalia :

1) Memeriksa genetalia eksternal, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau

luka parut perineum.

- 2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.
- 3) Adanya luka parut divagina mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada kelahiran bayi.
- 4) Menilai pembukaan (1 – 10 cm) dan penipisan serviks (25% – 100%).
- 5) Memastikan tali pusat atau bagian – bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.
- 6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.
- 7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai. Molase : 0/+1/+2/+3/+4

Auskultasi : DJJ : 120 – 160x/menit

Masalah :

- 1) Cemas menghadapi proses persalinan.
- 2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

c. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada (Sulistyawati, 2013).

Berikut adalah diagnosis potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin:

- 1) Kala I :
 - a) Fase laten memanjang
 - b) Fase aktif memanjang
 - c) Inersia uteri
- 2) Kala II
 - a) Kala II lama
 - b) Infeksi intrapartum
- 3) Kala III
 - a) Retensio plasenta
- 4) Kala IV
 - a) Atonia uteri

b) Robekan perineum

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai manajemen cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan. Dengan data tersebut dapat menentukan perlu tidaknya konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau pemeriksaan diagnosis (laboratorium). Bidan harus mampu menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut (Muslihatun, 2009).

e. Intervensi

Diagnosa : G_P_ _ _ Ab_ _ UK_ _minggu janin T/H/I presentasi ... kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

Kriteria Hasil : Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Tekanan darah : 90/60 – 140/90 mmHg
 Nadi : 60 – 100 kali/menit
 Pernapasan : 16 – 24 kali/menit
 Suhu : 36,5 – 37,5°C

His minimal 2 kali dalam 10 menit dan berlangsung

sedikitnya 40 detik

DJJ : 120 – 160 kali/menit (regular)

Kala I :

- 1) Pada primigravida kala I berlangsung \pm 13 jam dan pada multigravida \pm 7 jam.
- 2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, pembukaan dan penipisan bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage).

Kala II :

- 1) Lama kala II pada primigravida $<$ 2 jam sedangkan multigravida $<$ 1 jam.
- 2) Ibu meneran dengan efektif.
- 3) Bayi lahir spontan mennagis kuat dan gerak aktif serta kulit kemerahan.

Kala III :

- 1) Plasenta lahir $<$ 30 menit.
- 2) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 3) Perdarahan $<$ 500 cc.

Kala IV :

- 1) TTV ibu dalam batas normal.
- 2) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.

- 3) Uterus berkontraksi dengan baik.
- 4) Kandung kemih dalam keadaan kosong.
- 5) Perdarahan <500 cc.

Intervensi :

- 1) Berikan konseling, informasi dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

Rasional : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya (Rohani, 2013).

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

Rasional : Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi.

- 3) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut.

Rasional : Stres, rasa takut dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama persalinan karena ketidakseimbangan epinefrin dan norepinefrin dapat meningkatkan disfungsi pola persalinan.

- 4) Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1 – 2 jam

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat mesningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

- 5) Pemberian cairan dan nutrisi pada klien.

Rasional : Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi jadi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).

- 6) Dukungan klien selama kontraksi dengan teknik pernapasan dan relaksasi.

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral.

- 7) Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin.

Rasional : Apabila ditemukan presentasi bokong, maka memerlukan kelahiran secara sectio caesaria. Abnormalitas lain seperti presentasi wajah, dagu dan posterior juga dapat memerlukan intervensi khusus untuk mencegah persalinan yang lama.

- 8) Lakukan penilaian kemajuan persalinan yang meliputi pemeriksaan DJJ, his, nadi tiap 30 menit, suhu tiap 2 jam sekali, tekanan darah tiap 4 jam sekali, dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu apabila ada indikasi.

Rasional : Menilai apakah nilainya normal atau abnormal selama persalinan kala I sehingga dapat memberikan asuhan yang tepat sesuai dengan kebutuhan ibu bersalin (Rohani, 2013).

- 9) Posisikan klien miring ke kiri.

Rasional : Meningkatkan perfusi plasental, mencegah sindrom hipotensif telentang.

- 10) Catat Kemajuan Persalinan

Rasional : Persalinan lama/disfungsional dengan perpanjangan fase laten dapat menimbulkan masalah kelelahan ibu, stres berat, infeksi dan hemoragi karena atonia/rupture uterus, menempatkan janin pada risiko lebih tinggi terhadap hipoksia dan cedera.

Intervensi Masalah :

- 1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria Hasil : Ibu tampak tenang.

Intervensi :

- a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

Rasional : Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

- b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

Rasional : Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan.

Rasional : Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

Kriteria Hasil : Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas, ibu merasa tenang.

Intervensi :

a) Hadirkan orang terdekat ibu.

Rasional : Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu menghadapi proses persalinan.

b) Berikan sentuhan fisik misalnya tungkai, kepala, dan lengan.

Rasional : Sentuan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

c) Berikan usapan punggung.

Rasional : Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

d) Pengipasan atau penggunaan handul sebagai kipas.

Rasional : Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung.

Rasional : Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3) Partus lama

a) Fase laten memanjang :

(1) Kaji pembukaan dan penipisan pada serviks.

Rasional : Jika tidak ada perubahan pada pendataran dan pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, kemungkinan pasien belum inpartu.

(2) Kaji karakteristik persalinan.

Rasional : Untuk mengetahui apakah terjadi persalinan semu ataukah terjadi persalinan sesungguhnya, sehingga dapat mendiagnosa kondisi pasien sudah masuk pada fase inpartu atau belum.

(3) Nilai psikologis ibu.

Rasional : Ketakutan, kecemasan, stress ataupun kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan timbulnya katekolamin dan menimbulkan lambatnya persalinan.

b) Fase aktif memanjang

(1) Nilai sifat dan intensitas kontraksi.

Rasional : Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inersia uteri. Kontraksi tidak teratur (intensitas dan lamanya bervariasi dan tidak dapat diperkirakan), kontraksi berpasangan (dua atau tiga kali berdekatan, diikuti dengan interval yang relatif aman), kontraksi jarang atau melambat dalam fase aktif.

(2) Periksa posisi janin.

Rasional : Malposisi seperti oksiput posterior, posisi oksiput transversal menetap, atau asinklitisme menetap. Jika janin berada di posisi oksiput posterior, maka janin harus berputar lebih jauh untuk dapat mencapai posisi anterior. Pelebaran dan penurunan tidak berlangsung efisien jika janin dalam posisi ini.

(3) Cek kandung kemih.

Rasional : Kandung kemih yang penuh dapat mengakibatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama proses persalinan.

(4) Nilai psikologis ibu.

Rasional : Ketakutan, kecemasan, stress ataupun kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan timbulnya katekolamin dan menimbulkan lambatnya persalinan.

4) Inersia uteri

a) Nilai sifat dan intensitas kontraksi.

Rasional : Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inersia uteri.

b) Nilai asupan nutrisi ibu.

Rasional : Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).

c) Hindari penggunaan obat penenang.

Rasional : Obat penenang dapat memperlambat kinerja otot uterus.

5) Infeksi intrapartum

a) Nilai keadaan ketuban saat pecah.

Rasional : Air ketuban berwarna hijau keruh dan berbau seperti mengindikasikan terjadinya infeksi.

b) Hindari melakukan pemeriksaan berulang (>3 kali).

Rasional : Pemeriksaan yang berulang dapat menyalurkan infeksi dari luar.

c) Nilai kenaikan suhu.

Rasional : Suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ mengindikasikan terjadinya infeksi.

6) Retensio plasenta

a) Pasang infus oksitosin 20 IU dalam 500 ml NS/RL.

Rasional : Penggunaan oxytocin diharapkan akan membantu separasi plasenta, meningkatkan kontraksi uterus, dan menurunkan perdarahan (Rukiyah, 2010).

b) Lakukan Eksplorasi.

Rasional : Eksplorasi dilakukan bila serviks membuka dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evaluasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase (dilakukan oleh dokter obgyn) (Rukiyah, 2010).

7) Atonia uteri

a) Lakukan masase dan kompresi bimanual.

Rasional : Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan (Rukiyah, 2010).

b) Berikan obat uterotonika.

Rasional : Oksitosin merupakan hormon sintetik yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkatkan umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin.

c) Kompresi bimanual.

Rasional : Kompresi bimanual dapat ditangani tanpa kesulitan dalam waktu 10-15 menit. Biasanya sangat baik mengontrol bahaya sementara dan sering menghentikan perdarahan secara sempurna.

8) Robekan perineum

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

Rasional : Tingkat perlukaan perineum menurut Marmi (2016) dapat dibagi dalam :

Derajat I : Laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.

Derajat II : Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, dan jaringan perineum (perlu dijahit).

Derajat III : Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani.

Derajat IV : Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani yang luas hingga ke rektum.

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat II lakukan penjahitan.

c) Jika laserasi derajat III atau derajat IV atau robekan serviks :

(1) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetrik.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

f. Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan yang berpedoman pada panduan persalinan normal 58 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

g. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Muslihatun, 2009).

Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

2.3.2 Asuhan Kebidanan Kala II

a. Subjektif

- 1) Ibu mengatakan perutnya semakin lama semakin mulas dan kenceng-kenceng semakin sering.
- 2) Ibu mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

b. Objektif

- 1) Ada dorongan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Terlihat tekanan pada anus.
- 3) Vulva membuka.
- 4) Perineum menonjol.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Widiastini, 2018).

6) Pemeriksaan dalam :

- a) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah
- b) Pembukaan : 10 cm
- c) Penipisan : 100%
- d) Ketuban : sudah pecah/utuh
- e) Bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK jam ...
- f) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar kepala bayi
- g) Moulage 0
- h) Hodge IV

c. Analisa

Ny. X G_P _ _ _ Ab _ _ UK _ _ minggu presentasi ... kala II persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan perlengkapan persalinan, peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi → tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.

- a) Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 2) Memakai celemek plastik yang bersih.
 - 3) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.
 - 4) Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril untuk pemeriksaan dalam.
 - 5) Masukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - 6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati (jari-jari tangan tidak boleh menyentuh vulva dan perineum) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi dengan air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang sudah digunakan dalam wadah yang tersedia.

- 7) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka melakukan amniotomi.
- 8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 9) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir atau uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal yaitu 120 – 160kali/menit.
 - a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil pemeriksaan serta asuhan lainnya ke dalam partograf.
- 10) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman dan dokumentasikan semua temuan yang ada).

- b) Jelaskan pada keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran dengan benar.
- 11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu dalam posisi setengah duduk atau posisi yang lain yang diinginkan dan pastikan dia merasa nyaman).
- 12) Melaksanakan bimbingan meneran pada ibu saat ibu merasa ada dorongan untuk meneran :
- a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk istirahat diseka kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan makanan dan cairan per oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

- h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- 13) Menganjurkan ibu untuk berjalan jongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 14) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian bawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan yang akan digunakan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Setelah kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, makaindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Letakkan tangan yang lain di kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat $\frac{1}{3}$ bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.

- 19) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di 2 tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
- 20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal, menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakan kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 22) Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).

- 24) Melakukan penilaian (selintas) :
- a) Menilai tangis kuat bayi dan atau bernapas tanpa kesulitan.
 - b) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidka bernapas atau megap-megap melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 25) Mengeringkan bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 26) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

2.3.3 Asuhan Kebidanan Kala III

a. Subjektif

Ibu mengatakan bahwa bagian bawah perut masih terasa mulas.

b. Objektif

Menurut Sondakh (2013) :

- 1) Perubahan bentuk dan fundus uteri.
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat.

c. Analisa

Ny. X P____Ab____ kala III persalinan dengan keadaan ibu baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat.
- 2) Menyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin), dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir.
- 3) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 4) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a) Menggunakan sarung tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan penggantungan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

- 5) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu, agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu.
- 6) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- 7) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 sampai 10 cm dari vulva.
- 8) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
- 9) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang sampai atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30 – 40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 10) Melakukan perngangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat

dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dusuk kranial).

a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 sampai 10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

(1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Melakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.

(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

11) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

12) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase

dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

- 13) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

2.3.4 Asuhan Kebidanan Kala IV

a. Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

b. Objektif

- 1) Pemantauan keadaan umum ibu (Sondakh, 2013).
- 2) TFU dua jari di bawah pusat.
- 3) Kontraksi uterus baik.
- 4) Kandung kemih kosong/penuh.
- 5) Perdarahan kurang dari 500 ml.

c. Analisa

Ny. X P_____ Ab____ kala IV persalinan dengan keadaan ibu baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (Bila

- ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera melakukan penjahitan).
- 2) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 - 3) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu minimal 1 jam.
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10 – 15 menit, bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - b) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
 - 4) Setelah satu jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotic profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral.
 - 5) Setelah satu jam pemberian vitamin K1, memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 - a) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

- b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 6) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
- a) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan tatalaksana atonia uteri.
- 7) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 8) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
- 9) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan tidak normal.

- 10) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kal/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 11) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 12) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 13) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 14) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 15) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 16) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 17) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

18) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

19) Mengingatkan ibu untuk masase fundus, menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB atau BAK dan selalu menjaga kebersihan genetaliannya, dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi bertahap.

2.3.5 Pengkajian Bayi Baru Lahir

a. Subjektif

Bayi lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul . . . dengan jenis kelamin laki-laki/perempuan.

b. Objektif

Keadaan umum	: baik/lemah
Nadi	: 100 – 160x/menit
Pernapasan	: 40 – 60x/menit
Suhu	: 36,5 – 37,5°C
Berat badan	: 2500 – 4000 gram
Panjang badan	: 48 – 52 cm
Lingkar kepala	: 32 – 37 cm
Lingkar dada	: 32 – 35 cm

LILA : 9 – 11 cm

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik menurut Sondakh (2013) meliputi :

- Kepala : Untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma, dan caput succedaneum.
- Telinga : Mengetahui ada atau tidaknya infeksi.
- Mata : Mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda.
- Hidung : Mengetahui adanya pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis.
- Leher : Mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan.
- Dada : Mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada.
- Perut : Mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat.
- Genetalia : Laki-laki : testis sudah berada dalam skrotum baik yang kiri maupun yang kanan.
Perempuan : vagina terlabat lubang, keadaan labia mayora menutupi labia minora.
- Anus : Apakah atresia ani atau tidak.

Kulit	: Verniks, warna kulit, tanda lahir.
Ekstremitas	: Gerak aktif, apakah polidaktili atau sindaktili
Pemeriksaan neurologis	: 1) Refleks Moro/Terkejut 2) Refleks Menggenggam 3) Refleks Rooting/Mencari 4) Refleks Mengisap 5) Glabella Refleks 6) Gland Refleks 7) Tonick Neck Refleks

c. Analisa

Bayi baru lahir cukup/kurang bulan dengan kondisi normal.

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi dalam keadaan normal.
- 2) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
- 3) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebihan, gumpo/muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.
- 4) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata melakukan penyuntikan vitamin K1 1 mg pada paha kiri secara IM

dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan Imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.

- 5) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulangnya.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

2.4.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

- 1) Alasan Datang

Ditanyakan apakah alasan datang ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan keadaannya. Dengan begitu bidan tahu apa tujuan pasien datang ke klinik (Romauli, 2011).

- 2) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010). Keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- a) Nyeri setelah lahir (*After pain*)

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi

penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebantar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pasca salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dan episiotomi.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumaatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu bidan ketahui yaitu apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi / hipotensi atau hepatitis, TBC (Sulistyawati,2009).

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

(1) Kehamilan

Untuk mengetahui apakah selama kehamilan pernah ada penyulit atau gangguan serta masalah – masalah yang mempengaruhi masa nifas.

(2) Persalinan

Data ini perlu ditanyakan karena riwayat persalinan dapat mempengaruhi masa nifas ibu, misalnya saat persalinan terjadi retensio plasenta, perdarahan, preeklampsia atau eklampsia. Selain itu yang perlu ditanyakan adalah tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PBL, BBL, penolong persalinan untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(3) Nifas

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak usia berapa bulan/tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelima belas warna putih kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi

uteri, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012).

5) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Pada masa nifas, masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan ASI. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, mengandung tinggi protein, banyak mengandung cairan serta buah-buahan dan sayuran. Kebutuhan energi ibu nifas atau menyusui dengan mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan, minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Anik Maryunani, 2017). Ditanyakan frekuensi makan, hal ini memberi petunjuk pada bidan tentang seberapa banyak asupan makanan yang dimakan, banyaknya yang dimakan, dan pantang makanan (Sulistyawati, 2009).

b) Eliminasi

BAK : Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (Maryunani, 2017).

BAB : Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari ke-2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga buang air besar, maka perlu diberikan obat pencahar peroral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah), karena kalau tidak, feses dapat tertimbun di rectum dan menimbulkan demam (Maryunani, 2017).

c) Istirahat

Menganjurkan ibu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan. Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Ibu mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam hari 7 – 8 jam. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI, memperlambat involusi uteri, memperbanyak

perdarahan dan mengakibatkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Maryunani, 2017).

d) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia karena pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Mandi minimal 2x/hari, gosok gigi minimal 2x/hari, ganti pembalut setiap kali penuh atau sudah lembab (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Maryunani, 2017). Pakaian agak longgar terutama terutama daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Kassa pembalut sebaiknya dibuang saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba dkk, 2012).

e) Aktivitas

Menurut Saifuddin (2014) diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung.

6) Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita banyak mengalami perubahan emosi atau psikososial selama masa nifas, sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan yang disebut dengan post partum blues. Post partum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya (Ambarwati, 2010).

7) Riwayat Sosial Budaya

Untuk mengetahui klien dan keluarga menganut adat istiadat yang menguntungkan atau merugikan klien, khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantang makanan mengakibatkan proses penyembuhan luka terhambat (Sulistyawati, 2009)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2009) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

(1) Baik

Pasien di pasukan dalam kreteria baik jika memperhilatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kreteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan darah

Setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari bidan bertanggungjawab mengkaji resiko preeklamsi pasca partum, komplikasi yang relatif jarang, tetapi serius, jika peningkatan tekanan darah signifikan (Nugroho dkk, 2017).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal selama beberapa jam pertama pasca partum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pasca partum lambat (Nugroho dkk, 2017).

(3) Suhu

Suhu maternal kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Perhatikan adanya kenaikan suhu sampai 38 derajat pada hari kedua sampai hari ke sepuluh yang menunjukkan adanya morbiditas puerperalis (Nugroho dkk, 2017).

(4) Pernapasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama post partum. Nafas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, seperti eksaserbasi asma dan emboli paru (Nugroho dkk, 2017).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

Konjungtiva normal warna merah muda, sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009).

b) Hidung

Periksa kebersihan hidung, adanya polip (Sulistyawati, 2015).

c) Mulut

Periksa warna bibir, lembab, kering atau pecah-pecah, kebersihan mulut (Sulistyawati, 2015).

d) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

e) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/ rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014) Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui.

f) Abdomen

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan infeksi kandung kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat, lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penemuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak. Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014).

Tabel 2.6
Perubahan Uterus Masa Nifas

No.	Waktu Involusi	TFU
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat
2.	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis
4.	Dua minggu	Tidak teraba diatas simfisis
5.	Enam minggu	Bertambah kecil

Sumber : Kumalasari (2015)

(3) Diastasis Rectus Abdominalis

Diastasis adalah derajat pemisahan otot rectus abdomen. Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari. Diastasis rectus abdominalis normalnya jika tidak lebih lebar dari 2 jari.

g) Genetalia

Pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2011).

h) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas atau betis adanya tanda homan, refleks. Tanda homan didapatkan dengan meletakkan satu tangan pada lutut ibu dan lakukan tekanan ringan untuk menjaga tungkai tetap lurus.

Dorsofleksi kaki tersebut jika terdapat nyeri pada betis maka tanda homan positif (Nugroho dkk, 2017).

3) Riwayat Psikologis

Menurut Marmi (2015), membagi beberapa fase yaitu :

a) Fase *Taking In*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering terulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *Taking Hold*

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c) Fase *Leting Go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat

menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

2.4.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi terhadap diagnosa, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan intepretasi 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 (Nugroho dkk, 2017). Selama pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas, biasanya bidan akan menemukan suatu kondisi dari pasien melalui proses pengkajian yang membutuhkan suatu pelaksanaan tertentu.

Diagnosa : P_ _ _ _ Ab_ _ _ _ ... jam post partum normal dengan keadaan ibu baik.

Subjektif : Ibu melahirkan anaknya yang ke ... dengan persalinan normal, tanggal ... pada jam...

Objektif : Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg
 Nadi : 60 – 100x/menit
 Pernapasan : 16 – 24x/menit
 Suhu : 36,5 – 37,5 °C
 Palpasi : TFU : Bayi lahir : setinggi pusat

abdomen	Plasenta lahir : 2 jari di bawah pusat
	Satu minggu : pertengahan pusat sampai simfisis
	Dua minggu : tidak teraba di atas simfisis
	Enam minggu : bertambah kecil
	Kontraksi : Keras/lunak
	Kandung kemih : Kosong/penuh
Genetalia	: Pengeluaran : 1 – 3 hari : Rubra
	lokhea 4 – 7 hari : Sanguinolenta
	8 – 14 hari :Serosa
	>14 hari : Alba

Jumlah darah yang keluar

Pengeluaran ASI lancar/tidak

Masalah :

- Nyeri perut (*after pain*) sehubungan dengan proses involusi uteri
- Nyeri pada luka jahitan perineum
- Keragu- raguan untuk berinteraksi dengan bayi
- Kurangnya pengetahuan mengenai cara menyusui
- Payudara nyeri dan bengkak
- Kurangnya nutrisi ibu

- g. Konstipasi
- h. Gangguan pola tidur
- i. Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi

2.4.3 Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnosis yang sudah diidentifikasi (Dewi dan Sunarsih, 2012).

- a. Mastitis
- b. Hemoragic Post Partum
- c. Infeksi postpartum
- d. Sub involusio uteri
- e. *Baby blues*

2.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/ dokter dan/ untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan segera yang bersifat kolaborasi:

- a. Ibu kejang, lakukan tindakan segera untuk mengatasi kejang dan berkolaborasi merujuk ibu untuk perawatan selanjutnya.

b. Ibu tiba-tiba mengalami perdarahan, lakukan tindakan segera sesuai dengan keadaan pasien, misalnya bila kontraksi uterus kurang baik segera berikan uterotonika. Bila teridentifikasi adanya tanda sisa plasenta, segera berkolaborasi dengan dokter umum untuk tindakan kuretase (Muslihatun, 2009).

2.4.5 Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan oleh pasien. Dalam menyusun perencanaan, sebaiknya pasien dilibatkan karena pada akhirnya pengambil keputusan dilaksanakannya suatu rencana asuhan ditentukan oleh pasien sendiri. Berikut ada beberapa perencanaan yang dapat ditentukan dengan kondisi pasien.

Diagnosa : P_ _ _ _ Ab_ _ _ ... jam post partum normal dengan keadaan ibu baik.

Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria Hasil : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg

Nadi : 60 – 100x/menit

	Pernapasan	: 16 – 24x/menit
	Suhu	: 36,5 – 37,5 °C
Palpasi abdomen	: TFU	: Involusi uterus baik
		Setelah bayi lahir: Setinggi pusat
		Plasenta lahir : 2 jari di bawah pusat
		Satu minggu : pertengahan pusat sampai simfisis
		Dua minggu : tidak teraba di atas simfisis
		Enam minggu : bertambah kecil
	Kontraksi	: Keras
	Kandung kemih	: Kosong
Genetalia	: Pengeluaran	: Normal sesuai masa nifas
	lokhea	1 – 3 hari : Rubra
		4 – 7 hari : Sanguinolenta
		8 – 14 hari :Serosa
		>14 hari : Alba

Jumlah darah yang keluar normal

Pengeluaran ASI lancar dan tidak terjadi bendungan ASI

Intervensi :

- a. Ucapakan selamat pada ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya.

Rasional : Meningkatkan rasa puas, harga diri dan kesejahteraan emosional.

b. Jelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan.

Rasional : Informasi harus diberitahukan kepada klien dan keluarga, karena berkaitan dengan psikologis klien dan keluarga dalam menanggapi kesehatan klien sehingga dengan adanya informasi yang baik maka klien dan keluarga merasa lega dan kooperatif dalam setiap tindakan.

c. Ajarkan kepada ibu cara untuk mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi pada masa nifas.

Rasional : Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa puerperium, meskipun dianggap normal tetapi ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distres fisik yang bermakna.

d. Ajarkan pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus.

Rasional : Masase fundus merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan. Tekanan kebawah meningkatkan pengeluaran bekuan, dapat mengganggu kontraktilitas uterus.

e. Jelaskan pada ibu tanda bahaya masa nifas.

Rasional : Dengan mengetahui yang normal dan yang abnormal ibu dapat segera mencari pertolongan yang tepat dari bahaya sehingga dapat segera diatasi.

f. Ingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB.

Rasional : Kandung kemih yang penuh membuat rahim terdorong ke atas, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan menyebabkan perdarahan.

g. Bantu ibu memilih makanan untuk memenuhi gizi ibu selama nifas.

Rasional : Kebutuhan nutrisi ditingkatkan untuk meberikan produksi ASI adekuat dan bergizi. Protein sangat diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan jaringan, pemulihan dan regenerasi serta untuk mengimbangi proses katabolik.

h. Jelaskan kepada ibu pentingnya menjaga kebersihan diri dan genetaliannya.

Rasional : Cara penting mencegah infeksi adalah dengan mempertahankan lingkungan atau keadaan yang bersih.

i. Ajarkan ibu cara menyusui yang benar dan pentingnya menyusui.

Rasional : Membantu menjamin suplai ASI adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan dan membuat peran ibu menyusui.

j. Anjurkan kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayi.

Rasional : Menjaga kehangatan bayi akan sangat diperlukan karena hal ini mencegah terjadinya hipotermia pada bayi.

k. Jelaskan kepada suami dan keluarga tentang pentingnya memberikan dukungan dan bantuan pada ibu nifas.

Rasional : Memfasilitasi ikatan/ kedekatan antara ayah, ibu, bayi dan keluarga agar memulai proses adaptasi positif pada peran baru dan masuknya anggota baru dalam struktur keluarga (Dewi dan Sunarsih, 2012).

l. Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan, diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya.

Rasional : Melanjutkan kontak dengan profesional asuhan kesehatan untuk dukungan personal dan perawatan bayi (Medforth dkk, 2012).

Masalah :

a. Nyeri perut (*afterpain*) sehubungan dengan proses involusi uteri.

Tujuan : Nyeri perut berkurang

Kriteria : Menunjukkan postur dan ekspresi wajah yang rileks,

Hasil dapat mengungkapkan berkurangnya ketidaknyamanan.

Intervensi

1) Jelaskan penyebab nyeri kepada pasien.

Rasional : Rasa mules setelah melahirkan merupakan efek dari

oksitosin yang menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Dewi, 2012). Selama 12 jam pertama pascapartum, kontraksi uterus kuat dan regular, dan ini berlanjut selama 2 – 3 hari selanjutnya.

- 2) Bantu ibu mengerti untuk tidak menahan BAK.

Rasional : kandung kemih yang penuh membuat uterus naik ke atas, sehingga menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus yang lebih nyeri.

- 3) Bantu ibu melakukan relaksasi dan napas dalam.

Rasional : Relaksasi mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman.

- 4) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut.

Rasional : Posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri.

b. Nyeri pada luka jahitan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas.

Hasil

Intervensi :

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

Rasional : Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi.

- 2) Ajarkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar.

Rasional : Ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 3) Ingatkan ibu minum obat analgesik yang diberikan bidan.

Rasional : Analgesik bekerja pada pusat otak untuk menurunkan persepsi nyeri.

c. Keragu – raguan untuk berinteraksi dengan bayi.

Tujuan : Ibu dapat berinteraksi secara baik terhadap bayinya

Kriteria : Menggendong bayi, saat kondisi ibu dan bayi

Hasil memungkinkan, mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat.

Intervensi :

- 1) Menganjurkan ibu untuk menggendong, menyentuh, dan memeriksa bayi, lebih disukai bersentuhan kulit dengan kulit.

Rasional : Khayalan yang disebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalahpahaman dapat meningkatkan tingkat kecemasan ibu.

- 2) Membiarkan ibu kontak dengan pasangan atau orang terdekat serta bayinya sesegera mungkin.

Rasional : Jam-jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan unik untuk terjadinya ikatan keluarga, karena ibu dan bayi secara emosional saling menerima isyarat, yang menimbulkan kedekatan dan penerimaan.

- 3) Observasi dan catat interaksi bayi – keluarga, perhatikan perilaku untuk menunjukkan ikatan dan kedekatan dalam budaya khusus.

Rasional : Kontak mata dengan mata, penggunaan posisi menghadap wajah, berbicara dengan suara tinggi, dan menggendong bayi dihubungkan dengan kedekatan pada budaya Amerika.

- d. Kurangya pengetahuan mengenai cara menyusui yang benar.

Tujuan : Ibu dapat menyusui bayi dengan lancar.

Kriteria : Ibu mengetahui dan menerapkan tentang cara menyusui

Hasil yang benar sehingga tidak ada masalah saat menyusui bayinya.

Intervensi :

- 1) Kaji pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya.

Rasional : Pengalaman dalam menyusui yang benar dapat mendukung bayi mendapatkan ASI secara maksimal.

- 2) Memberikan informasi mengenai keuntungan menyusui.

Rasional : Pemberian informasi merupakan hal yang penting dan

merupakan faktor predisposisi yang berpengaruh positif terhadap keberhasilan menyusui.

- 3) Memberikan informasi mengenai cara menyusui yang benar.

Rasional : Cara menyusui yang benar membuat ibu menjadi rileks, payudara tidak lecet dan dapat mengoptimalkan produksi ASI.

e. Payudara nyeri dan bengkak.

Tujuan : Setelah diberi asuhan masalah nyeri dan bengkak pada payudara teratasi.

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat,

Hasil tidak merah, dan payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi :

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2 – 3 jam sekali.

Rasional : Sering menyusui dapat mengurangi nyeri dan bengkak pada payudara.

- 2) Anjurkan kepada ibu untuk menyusui dikedua payudaranya secara bergantian.

Rasional : Produksi ASI akan terus terjadi karena adanya refleks prolaktin, produksi ASI terjadi pada payudara kanan dan kiri apabila ASI disusukan hanya pada salah satu

payudara akan mengakibatkan nyeri dan bengkak akibat bendungan ASI.

3) Lakukan perawatan payudara.

Rasional : Perawatan payudara menggunakan air hangat dan air dingin secara bergantian bisa merangsang produksi ASI, air hangat dan pijatan pada payudara bisa memperlancar peredaran darah, sumbatan ASI juga akan keluar, sehingga nyeri akan berkurang dan tidak terjadi pembengkakan.

4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

Rasional : Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

f. Kurangnya nutrisi ibu.

Tujuan : Nutrisi ibu terpenuhi.

Kriteria : Keadaan ibu segera pulih, ASI lancar dan nutrisi bayi

Hasil terpenuhi.

Intervensi :

1) Anjurkan ibu untuk banyak makan – makanan tinggi protein, vitamin dan mineral.

Rasional : Protein berfungsi untuk membangun sel – sel tubuh

yang rusak sehingga proses penyembuhan lebih cepat,
selain itu juga bagus untuk produksi ASI.

- 2) Anjurkan ibu minum sedikitnya 8 gelas air sehari atau segelas setiap menyusui.

Rasional : Air merupakan cairan yang dibutuhkan oleh tubuh agar intake dan out take seimbang.

g. Konstipasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Hasil

Intervensi :

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

Rasional : Diet tinggi serat dan supan cairan yang cukup serta pola pengosongan yang normal dapat memperlancar defekasi.

- 2) Anjurkan ibu untuk minum sedikitnya 8 gelas perhari atau 2 liter air putih serta makan buah dan sayur.

Rasional : Air putih berfungsi sebagai memperlancar eliminasi dan kinerja sistem urinaria.

- 3) Yakinkan ibu bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada jahitan.

Rasional : Menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- 4) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAB maupun BAK.

Rasional : Menahan BAK dapat memperparah retensi urine dan menahan BAB dapat menjadikan konstipasi.

h. Gangguan pola tidur.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan, ibu dapat beristirahat dengan cukup.

Kriteria : Ibu dapat beristirahat 6 -8 jam perhari.

Hasil

Intervensi :

- 1) Sedapat mungkin mengupayakan meminimalkan tingkat kebisingan diluar dan di dalam ruangan.

Rasional : Mengurangi rangsangan dari luar yang mengganggu.

- 2) Mengatur tidur siang tanpa gangguan saat bayi tidur, mendiskusikan teknik yang pernah dipakainya untuk meningkatkan istirahat, misalnya minum – minuman hangat, membaca, menonton tv sebelum tidur.

Rasional : Meningkatkan kontrol, meningkatkan relaksasi.

i. Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan maka pengetahuan ibu semakin bertambah.

Kriteria : Ibu paham tentang perubahan fisiologis, kebutuhan

Hasil individu, hasil yang diharapkan.

Intervensi :

1) Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar, bantu klien dan pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan – kebutuhan.

Rasional : Menentukan hal – hal yang akan diajarkan pada klien.

2) Demonstrasikan teknik – teknik perawatan bayi yang baik.

Rasional : Dengan melihat, ibu dapat lebih mudah memahami dan mudah mengingat teknikperawatan yang baik.

2.4.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.4.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Muslihatun, 2009). Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

2.4.8 Catatan Perkembangan Nifas

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

a. Data Subjektif

Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati & Wulandari, 2010).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Hasil kriteria pemeriksaan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta fisik tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Hasil pemeriksaan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik dan pasien tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2014).

b) Kesadaran

Tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien dalam keadaan tidak sadar) (Sulistyawati, 2014).

c) Tekanan Darah

Mengetahui faktor resiko hipotensi dan hipertensi. Batas normal tekanan darah antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg. Tekanan darah yang rendah menandakan ibu terkena anemia, sedangkan tekanan darah tinggi bisa menandakan ibu terkena preeklamsia postpartum (Prawirohardjo, 2009).

d) Suhu

Mengetahui adanya peningkatan atau tidak. Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 °C dari keadaan normal tetapi tidak melebihi 38 °C (Anik Maryunani, 2017). Peningkatan suhu badan pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh

dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali normal. Suhu pada 24 jam pertama setelah melahirkan 36,5-37,5°C. Pada hari kedua atau ketiga dapat terjadi kenaikan suhu, karena adanya pembentukan ASI, namun tidak lebih dari 24 jam. Jika terjadi peningkatan suhu 38 °C yang menetap dalam 2 hari dalam 24 jam melahirkan maka kemungkinan adanya infeksi, seperti sepsis puerperalis (infeksi selama post partum), infeksi traktus urinarius (infeksi saluran urine), endometritis (peradangan endometrium) serta pembengkakan payudara (Anik Maryunani, 2017).

e) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Nadi berkisar antara 60-80 x/menit setelah partus, denyut nadi dapat mengalami bradiardi 50-70 x/menit pada 6-8 jam post partum akibat perubahan cardiac output (nadi normal 80-100 x/menit) (Anik Maryunani, 2017). Denyut nadi di atas 100 x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan (Anggraini, 2010).

f) Pernapasan

Pernafasan normal yaitu 16-24 x/menit. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Dalam hal ini, fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama post partum (Anik Maryunani, 2017). Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat postpartum (> 30x/menit) mungkin karena adanya tanda-tanda syok (Bahiyatun, 2013).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Wajah

Menilai apakah pucat atau tidak, terjadi oedem atau tidak pada ibu nifas. Apabila terjadi oedem bisa menandakan adanya preeklamsia postpartum. Sedangkan pucat bisa menandakan ibu terkena anemia (Bahiyatun, 2013).

b) Mata

Konjungtiva merah muda atau tidak menandakan ibu anemia atau tidak, sklera kuning atau tidak menandakan adanya penyakit hepatitis pada ibu, gangguan penglihatan menandakan ibu myopia atau tidak, kelainan, kebersihan pada mata (Sulistyawati, 2014).

c) Leher

Adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak, adanya bendungan vena ugularis atau tidak. mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran limfe, dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis

d) Payudara

Menilai apakah payudara simetris, bersih atau tidak, apakah ASI sudah keluar, dan apakah tampak benjolan yang abnormal. Hal ini berhubungan dengan kondisi payudara, payudara bengkak yang tidak disusukan secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Puting susu lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak, jika tidak disusui dengan adekuat, bisa terjadi mastitis (Bahiyatun, 2013). Untuk mengetahui ada atau tidaknya benjolan abnormal, Colostrum sudah keluar atau belum.

e) Abdomen

Menilai apakah ada bekas luka operasi atau tidak, tampak striae albican dan livide atau tidak. Menentukan TFU, memantau kontraksi uterus. Pengkajian diastesis rekta. Segera setelah bayi lahir, TFU terletak setinggi pusat. Saat plasenta

lahir 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah lahir TFU terletak pertengahan pusat dan simpisis, 14 hari setelah lahir tak teraba di atas simpisis, 42 hari (6 minggu) bertambah kecil dan setelah 58 hari (8 minggu) TFU kembali normal (Anik Maryunani, 2017).

f) Genetalia

Mengetahui apakah tampak varises pada vagina dan adakah pengeluaran pervaginam yaitu lochea serta adakah robekan jalan lahir.

(1) Lokia rubra/merah

Lokia muncul pada hari pertama sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah. Terdiri dari sel desidus, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah.

(2) Lokia Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kekuningan dan berlendir. Berlangsung hari ke-3 sampai hari ke 7 postpartum.

(3) Lokia Serosa

Lokia ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan laserasi plasenta. Munculnya pada hari ke-7 sampai hari ke-14 post partum.

(4) Lokia Alba

Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokia alba berwarna putih dan berlangsung selama 2 minggu-6 minggu postpartum.

g) Luka Jahitan Episiotomi

Pada bekas luka sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak ada / tidak, tepi luka menjadi merah dan bengkak ada / tidak, jahitan mudah terlepas / tidak, ada luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus / tidak.

h) Ekstremitas

Ada tidaknya oedema, tanda-tanda tromboplebitis, ada tidaknya varises, dan kemerahan pada daerah tersebut (Rukiyah,dkk, 2010).Oedema ada / tidak, varises ada / tidak, tanda homan ada / tidak (adanya tanda human sebagai gejala

adanya tromboflebitis), nyeri tungkai dengan melakukan pemeriksaan raba betis ibu, ada tidaknya nyeri tekan

c. Analisa

Ny P Ab..... post partum hari ke.... Dengan keadaan baik

d. Penatalaksanaan

1) Kunjungan Nifas-I (6-48 Jam)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal
- b) Menilai tanda- tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- c) Berikan informasi pada ibu dan keluarga agar ibu tidak terek makan dan mengonsumsi makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin
- d) Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2) Kunjungan Nifas-II

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal
- b) Menilai tanda- tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal

- c) Berikan informasi pada ibu dan keluarga agar ibu tidak takut makan dan mengonsumsi makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas-III

- a) Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu dan bayi alami.
- b) Berikan Konseling KB secara dini.
- c) Membantu ibu memilih metode alat kontrasepsi yang tepat.

2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Neonatus

2.5.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

- 1) Keluhan utama

Masalah atau keluhan yang lazim dialami bayi baru lahir antara lain: bercak mongol, hemangioma, ikterus, muntah dan gumoh, *oral*

trush, diaper rash, seborrhea, bisulan, miliariasis, diare, obstipasi, dan infeksi (Marmi, 2015).

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

a) Riwayat Prenatal

Anak beberapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetus mellitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi, TBC, frekuensi antenatal care (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, HPHT dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil (Sondakh, 2013).

b) Riwayat Natal

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, panjang badan bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan (Sondakh, 2013).

c) Riwayat Post Natal

Observasi tanda-tanda vital (TTV), keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K1, minum air susu ibu (ASI)/PASI, berapa cc setiap berapa jam (Sondakh, 2013).

3) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapatkan susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012). Setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/kgBB untuk hari berikutnya (Sondakh, 2013).

b) Pola Eliminasi

Proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistennya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga normalnya berwarna kuning (Sondakh, 2013).

c) Pola Istirahat

Pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14 – 18 jam/hari (Sondakh, 2013).

d) Pola Aktivitas

Pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu (Sondakh, 2013). Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki, dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada

waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2014).

e) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4 – 6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2 – 3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabu dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga puting tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014).

b. Data Objektif

1) Keadaan Umum

Composmentis (kesadaran penuh dan respon cukup terhadap stimulasi yang diberikan), Apatis (acuh tak acuh terhadap sekitar), somnolen (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon terhadap rangsangan yang kuat), sopor (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), koma

(anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun), delirium (tingkat kesadaran paling bawah) (Musliatun, 2010). Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif tonus otot baik, menangis keras, minum baik. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009).

2) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh normal $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$ (Sondakh, 2013).

b) Pernapasan

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30 – 60 kali per menit (Saifuddin, 2014).

c) Denyut Jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100 – 160 kali per menit (Muslihatun, 2010). Bila >160 kali per menit (takikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (bradikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O_2 (Kumalasari, 2015).

3) Antropometri

a) Berat Badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik. Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014).

b) Panjang Badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja periksa diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Adakah caput succedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup (Sondakh, 2013). Kedua fontale dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak merenggang, adanya caput succedaneum sebagai temuan umum adanya sefalohematoma. Ubun ubun besar, ubun ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010). Bayi yang mengalami seborea

akan mendapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe di kepala (Marmi, 2012).

b) Kulit

Warna kulit merah (Sondakh, 2013).

c) Mata

Sklera putih, tidak ada perdarahan subkonjungtiva (Sondakh, 2013).

d) Hidung

Pemeriksaan adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012). Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret (Sondakh, 2013).

e) Telinga

Simetris, tidak ada serumen (Sondakh, 2013). Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkung yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (Piere-Robin) (Kumalasari, 2015). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009).

f) Mulut

Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda, refleks menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraser dkk, 2009). Tidak ada sumbing (Skizis), reflek menghisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan *vistula* atau atreksia trakeosofagus. Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012). Reflek menghisap baik, tidak ada palatoskisis dan labioskisis (Sondakh, 2013).

g) Leher

Pemeriksaan adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012). Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis (Sondakh, 2013).

h) Dada

Simetris, tidak ada retraksi dada (Sondakh, 2013). Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan simetris (Marmi, 2012).

i) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012)

j) Tali pusat

Bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kassa (Sondakh, 2013).

k) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014).

l) Genetalia

(1) Laki-laki

Testis sudah turun, periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Pemeriksaan adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012).

(2) Perempuan

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora.

Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

m) Anus

Anus berlubang, periksa adanya kelainan atresia ani (Marmi, 2012).

n) Ekstremitas

Periksa adanya polidaktili dan sindaktili (Sondakh, 2013).

5) Pemeriksaan Neurologis

Menurut Sondakh (2013) :

a) Reflek Moro (Terkejut)

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

b) Reflek Menggenggam

Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.

c) Reflek Rooting (Mencari)

Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.

d) Reflek Sucking (Menghisap)

Apabila bayi diberi dot/putting, maka bayi berusaha menghisap.

e) Glabella Reflek

Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan mata.

f) Gland Reflek

Apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.

g) Tonick Neck Refleks

Apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

2.5.2 Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Menurut Sondakh (2013), identifikasi diagnosa dan masalah antara lain:

Diagnosa : Neonatus cukup/kurang bulan umur ... jam/hari normal

Data : Bayi baru lahir tanggal jam ... dengan normal

Subjektif

Data Objektif : Berat badan : ... gram

: Panjang badan : ... cm

: Denyut nadi normal : 100 – 160 kali/menit

: Pernapasan normal : 30 – 60 kali/menit

: Suhu normal : 36,5°C – 37,5°C

: Tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik.

: Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk.

: Rambut kepala tumbuh baik, rambut lanugo hilang.

Masalah :

- a. Hipotermi
- b. Hipoglikemi
- c. *Oral Thrush*
- d. *Diaper Rash* (Ruam popok)
- e. Seborrhea
- f. Miliariasis
- g. Diare
- h. Obstipasi/konstipasi
- i. Muntah dan gumoh
- j. Infeksi

2.5.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan untuk mengidentifikasi diagnosis 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), masalah potensial pada bayi baru lahir antara lain:

- a. Hipotermi
- b. Infeksi

c. Asfiksia

d. Ikterus

2.5.4 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, contoh: bayi tidak segera bernafas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi (Muslihatun, 2010), mempertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam dan membungkus bayi dengan kain kering, bersih dan hangat agar tidak infeksi dan hipotermi, menganjurkan ibu untuk segera memberi ASI. Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi dan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tim kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien.

2.5.5 Intervensi

Diagnosa : Neonatus cukup/kurang bulan umur ... jam/hari normal

Tujuan : Bayi tetap dalam keadaan sehat dan normal.

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari interuterin ke ektrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : Bayi dalam keadaan sehat.

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda Vital dalam batas normal.

Denyut nadi normal : 100 – 160 kali/menit

Pernapasan normal : 30 – 60 kali/menit

Suhu normal : 36,5°C – 37,5°C

Terjadi penambahan berat badan dan panjang badan.

Tidak ada tanda-tanda infeksi: kejang, letargis, napas cepat/lambat, ada tarikan dinding dada ke dalam, ada pustul di kulit, mata bengkak dan bernanah, pusar kemerahan meluas sampai ke dinding perut lebih dari 1 cm atau bernanah.

Bayi menyusu kuat.

Intervensi :

a. Lakukan *informed consent*.

Rasional : Informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut (Sondakh, 2013).

b. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

Rasional : Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang (Sondakh, 2013).

c. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat dengan mengeringkan kepala dan tubuh bayi baru lahir, pakaikan penutup kepala dan bungkus dalam selimut hangat, tempatkan bayi baru lahir dalam lingkungan hangat atau pada lengan orangtua, dan perhatikan suhu lingkungan.

Rasional : Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembapan bayi dari aliran udara atau pendingin udara. Mencegah kehilangan panas melalui konduksi, dimana panas dipindahkan dari bayi baru lahir ke objek atau permukaan yang lebih dingin daripada bayi. Digendong erat dekat tubuh orangtua dan kontak kulit dengan kulit menurunkan kehilangan panas bayi baru lahir. Kehilangan panas secara konveksi terjadi bila bayi kehilangan panas ke aliran udara yang lebih dingin. Kehilangan melalui radiasi terjadi bila panas dipindahkan bayi baru lahir ke objek atau permukaan yang tidak berhubungan langsung dengan bayi baru lahir.

d. Segera kontak dengan ibu kemudian dorong untuk melakukan pemberian ASI.

Rasional : Jam pertama dari kehidupan bayi adalah masa yang paling khusus bermakna untuk interaksi keluarga di mana ini dapat meningkatkan awal kedekatan antara orangtua dan bayi serta penerimaan bayi baru lahir sebagai anggota keluarga baru. ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari (Sondakh, 2013).

e. Pastikan pemberian vitamin K1 1 mg secara intramuskular sudah dilakukan.

Rasional : Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan. Maka untuk mencegah hal tersebut, diberikan suntikan vitamin K1 sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri. Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B (Kemenkes RI, 2010).

f. Lakukan perawatan tali pusat.

Rasional : Perawatan tali pusat yang tepat dapat meningkatkan pengeringan dan pemulihan, meningkatkan nekrosis dan pengelupasan normal, dan menghilangkan media lembab untuk pertumbuhan bakteri.

g. Pastikan pemberian imunisasi HB 0 sudah dilakukan.

Rasional : Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 1 mg secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi

vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.

- h. Berikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, dan tanda bahaya umum.

Rasional : Meningkatkan pemahaman tentang prinsip-prinsip dan teknik perawatan bayi baru lahir, membantu mengembangkan ketrampilan orangtua sebagai pemberi perawatan. Konseling tanda bahaya umum dapat meningkatkan pemahaman orangtua terhadap tanda bahaya yang muncul pada bayi baru lahir, sehingga orangtua dapat segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Masalah :

a. Hipotermi

Tujuan : Tidak terjadi hipotermi.

Kriteria : Keadaan Umum : Baik

Hasil

Suhu : $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$

Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2014).

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

Rasional : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

- 2) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

Rasional : Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

- 3) Kaji tanda-tanda hipotermi.

Rasional : Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- 4) Mandikan bayi dengan cepat untuk menjaga supaya bayi tidak kedinginan, hanya membuka bagian tubuh tertentu dan mengeringkannya segera.

Rasional : Mengurangi kemungkinan kehilangan panas melalui evaporasi dan konveksi.

- 5) Perhatikan tanda – tanda stres dingin (misalnya peka rangsang, pucat, distress pernapasan, tremor, letargi, jitterness, dan kulit dingin).

Rasional : Hipotermi yang meningkatkan laju penggunaan oksigen dan glukosa, sering disertai dengan hipoglikemia dan distress pernapasan. Pendinginan juga mengakibatkan vasokonstriksi perifer, dengan penurunan suhu kulit yang terlihat menjadi pucat atau belang.

b. Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : Kadar glukosa dalam darah > 45 mg/dL

Hasil Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi (Marmi, 2012).

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko.

Rasional : Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- 2) Kaji tanda-tanda hipoglikemi.

Rasional : Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Berikan ASI lebih awal.

Rasional : Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- 4) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

Rasional : Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

c. Ikterus

Tujuan : Tidak terjadi ikterus

Kriteria : Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-

Hasil kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012)

Tidak terjadi peningkatan kadar hiperbilirubin, atau kadar bilirubin maksimum 12 mg/dl.

Intervensi menurut Marmi (2012):

- 1) Jemur bayi di matahari pagi jam 7 – 9 selama 10 menit.

Rasional : Menjemur bayi di matahari pagi jam 7 – 9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

- 2) Kaji faktor-faktor risiko.

Rasional : Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh,

inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- 3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2 – 4 jam.

Rasional : Sebagian bahan yang terkandung dalam ASI (*beta glucoronidase*) akan memecah bilirubin menjadi bentuk yang larut dalam lemak, sehingga bilirubin indirek akan meningkat, dan kemudian akan diresorpsi oleh usus. Pengobatan ikterus akibat ASI bukan dengan menghentikan pemberian ASI, melainkan dengan meningkatkan frekuensinya (Marmi, 2015).

- 4) Kaji tanda dan gejala klinis ikterus.

Rasional : Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

d. Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak menimbulkan ruam tebal berkeropeng berwarna

Hasil kuning dikulit kepala dan kulit kepala bersih.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2 – 3 kali seminggu. Kulit belum bekerja secara sempurna.

Rasional : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas

- 2) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan dipijat kulit kepala dengan shampo secara perlahan.

Rasional : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

e. Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan

Hasil diseluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- 1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

Rasional : Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- 2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

Rasional : Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran

kelenjar keringat.

- 3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

Rasional : Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- 4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

Rasional : Bahan katun dapat menyerap keringat.

f. Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Hasil

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- 1) Hentikan menyusui bila bayi mulai menangis atau rewel.

Rasional : Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

- 2) Sendawakan bayi setelah menyusui.

Rasional : Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

g. Infeksi

Tujuan : Infeksi teratasi.

Kriteria Hasil : Suhu : $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$

Pernapasan : Frekuensi 40-60 kali permenit

Tidak ada tanda kemerahan, tidak ada nyeri, tidak ada bengkak, tidak ada penurunan fungsi pada bagian tubuh

Intervensi :

- 1) Beritahu pada ibu mengenai kondisi bayinya.

Rasional : Bayi dengan infeksi memerlukan perawatan khusus.

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.

Rasional : Membunuh kuman penyebab penyakit.

- 3) Observasi suhu badan bayi.

Rasional : Suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$ tanda gejala infeksi.

- 4) Berikan kompres hangat apabila suhu tubuh bayi tinggi.

Rasional : Terjadi perpindahan panas secara konduksi. Kompres hangat yang memiliki suhu lebih rendah dari suhu badan bayi akan menyerap panas dari suhu badan bayi yang tinggi.

- 5) Rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai untuk diberikan terapi.

Rasional : Keadaan infeksi memerlukan terapi yang sesuai untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi menjadi semakin berat.

h. Asfiksia

Tujuan : Neonatus dapat bernafas dengan lancar dan tidak mengalami tanda distress pernafasan.

Kriteria Hasil : Pernapasan : Frekuensi 40-60 kali permenit

Intervensi :

1) Lihat apa bayi menangis kuat, bergerak aktif dan warna kulit kemerahan atau tidak.

Rasional : Membantu menentukan kebutuhan terhadap intervensi segera, misalnya penghisapan pemberian oksigen.

2) Hangatkan tubuh bayi.

Rasional : Menurunkan efek stress dingin (kebutuhan oksigen yang meningkat) dan berhubungan dengan hipoksia.

3) Tempatkan bayi dengan posisi Trendelenburg.

Rasional : Memudahkan drainase mucus dari nasofaring dan trakea dengan gravitasi.

4) Bersihkan jalan nafas menggunakan spuit balon atau kateter penghisap DeLee.

Rasional : Membantu menghilangkan akumulasi cairan, memudahkan upaya pernafasan dan membantu mencegah aspirasi.

2.5.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.5.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Muslihatun, 2009). Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

2.5.8 Catatan Perkembangan Neonatus

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

a. Data Subjektif

Keluhan Utama

Masalah yang berkaitan dengan bayi baru lahir seperti gumoh, hipotemi, hipoglikemi, ikterus, asfiksia

b. Data Objektif

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Composmentis(Sondakh,2013)
Suhu	: Normalnya 36,5-37,5°C (Sondakh,2013)
Respirasi	: Frekuensi untuk bayi baru lahir normal adalah 30-60x/menit (Sembiring,2019)
Heart Rate (HR)	: Untuk BBL normal adalah 120— 160x/menitt (Sembiring, 2019)

2) Antropometri

a) Berat Badan

Untuk bayi normal 2500-4000 gram (Sembiring, 2019).

b) Panjang badan

Panjang bayi normal adalah 45-50 cm (Sembiring, 2019).

c) Lingkar kepala

Untuk bayi normal 32-36cm (Sembiring, 2019).

d) Lingkar dada

Untuk bayi normal 30-33 cm (Sembiring, 2019).

e) Lingkar lengan

Untuk BBL normal adalah 10-11 cm (Sembiring, 2019).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala : caputsuccadeneum() ,cephal hematoma ()

b) Wajah : simetris, sindrom down

c) Mata : sclera icterus () , perdarahan ()

d) Telinga : bersih, daun telinga terbentuk

e) Hidung : simetris, lubang hidung () , secret ()

f) Mulut : bersih, labioskiziz () , labiopalatoskiziz ()

g) Leher : pembengkakan kelenjar tiroid dan vena jugularis()

h) Dada : simetris

i) Abdomen : tali pusat kemerahan () , nanah ()

j) Kulit : kemerahan

c. Analisa

By Ny, usia jam/hari dengan keadaan baik

d. Penatalaksanaan

1) Kunjungan Neonatal-II

Memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

- a) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayi yaitu dengan memandikan bayi, mengganti pakaian bayi (dengan menggunakan pakaian yang dapat menyerap keringat bayi sehingga dapat mencegah terjadinya iritasi) dan popok bayi (ketika sudah penuh dan sesudah BAB sehingga dapat mencegah terjadinya ruam)
- b) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan bergantian antara payudara kanan dan payudara kiri serta menyendawakan bayi setelah menyusui agar bayi tidak muntah.
- c) Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti pemberian ASI sulit, suhu badan panas, tali pusat merah dan bernanah, mata bengkak.

2) Kunjungan Neonatal-III

- a) Memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

- b) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayi yaitu dengan memandikan bayi, mengganti pakaian bayi (dengan menggunakan pakaian yang dapat menyerap keringat bayi sehingga dapat mencegah terjadinya iritasi) dan popok bayi (ketika sudah penuh dan sesudah BAB sehingga dapat mencegah terjadinya ruam)
- c) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan bergantian antara payudara kanan dan payudara kiri serta menyendawakan bayi setelah menyusui agar bayi tidak muntah
- d) Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti pemberian ASI sulit, suhu badan panas, tali pusat merah dan bernanah, mata bengkak.
- e) Menganjurkan pada ibu untuk segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan jika bayi mengalami keluhan atau tanda bahahaya.
- f) Mengingatkan ibu untuk rutin melakukan imunisasi pada bayinya sesuai dengan buku KIA, termasuk imunisasi BCG pada tanggal _____ yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit tuberculosis.

2.6 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Interval

2.6.1 Pengkajian

a. Data Subyektif

6. Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan.

b) Umur

Usia reproduksi, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 Tahun sampai menopause (Saifuddin, 2009). Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2010).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk mengarahkan atau membimbing pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan

KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba, 2012).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010).

7. Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010) :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

8. Riwayat Kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

- b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- c) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi, 2012).

9. Riwayat Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010). Meskipun beberapa KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010).

Pengkajian meliputi HPHT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhea, perdarahan pervaginam dan fluor albus (Muslihatun, 2013).

10. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi, 2012).

Pengkajian meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi kurang 2500 gram atau lebih dari 4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu (Muslihatun, 2013).

11. Riwayat KB

Ibu perlu menggunakan kontrasepsi lain jika ibu sudah mendapatkan haid lagi, tidak menyusui bayinya secara eksklusif, bayi sudah berumur 6 bulan. Suami atau pasangan beresiko terpapar infeksi menular seksual (IMS) termasuk AIDS harus memakai kondom

ketika MAL (Saifuddin, 2010). Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2013). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

Pengkajian meliputi: jenis metode yang dipakai, tenaga dan tempat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti (Muslihatun, 2013).

12. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

c) Aktivitas Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

d) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

e) Pola Kebiasaan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2009) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

(1) Baik

Pasien di pasukan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Ibu yang memiliki tekanan di atas kisaran normal (tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg) harus ditindak lanjuti. Tekanan darah $> 140/90$ mmHg dengan salah satu gejala pre eklampsia. Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan $>140/90$ mmHg (Saifuddin, 2010).

(2) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80 x/menit. Denyut nadi di atas 100 x/menit pada masa nifas mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses

persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.

(3) Suhu

Mengukur suhu bertujuan untuk mengetahui keadaan klien. Suhu dikatakan normal berkisar antara 36,5 °C - 37,5 °C. Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani, 2013). Suhu tubuh yang tinggi dengan menandakan infeksi pada panggul atau saluran kemih tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD.

(4) Pernapasan

Pernafasan normalnya yaitu 16-24 x/menit. Ibu dengan frekuensi pernapasan >24x/menit kemungkinan dengan penyakit asma sehingga pada dasarnya penderita asma bisa menggunakan semua jenis alat kontrasepsi (Saifuddin, 2009).

2) Pemeriksaan Antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

b) Mata

Normalnya bentuk mata adalah simetris, konjungtiva merah muda, bila pucat maka menandakan anemia. Ibu dengan anemia tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD. Sklera normal berwarna putih, bila berwarna kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis. Sehingga ibu dengan riwayat hepatitis tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi alamiah (KBA) (Saifuddin, 2009). Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi. Sehingga ibu dengan preeklamsi/eklamsi tidak cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi suntikan kombinasi dan pil kombinasi, tetapi cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi mini pil (Hartanto, 2013).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada penggunaan

KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012).

d) Abdomen

Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2009).

e) Genetalia

Ibu yang mengalami haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, edema yang mengarah penyakit infeksi pada daerah genetalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2009).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012).

4) Pemeriksaan Ginekologi

a) Inspekulo

Meliputi : keadaan serviks (cairan,darah, luka/peradangan/tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan/darah, luka) (Muslihatun, 2013).

b) Pemeriksaan bimanual

Untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa atau pembesaran. Apakah teraba masa di adneksa dan adanya ulkus genetalia (Muslihatun, 2009).

5) Pemeriksaan Penunjang

Pada kondisi tertentu calon/akseptor KB harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan menegakkan adanya kehamilan. Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada calon/akseptor KB adalah pemeriksaan tes kehamilan dan USG serta untuk memastikan kadar hemoglobin, kadar gula darah dan lain-lain (Muslihatun, 2013).

2.6.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : P_ _ _ Ab_ _ _ usia _ _ tahun, dengan peserta kontrasepsi (oral/MAL/kondom/suntik/IUD/implant), tidak ada kontraindikasi terhadap alat kontrasepsi,

dengan keadaan baik.

Data Subjektif : Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010) :

- a. Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b. Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

Data Objektif : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : <140/90 mmHg

Nadi : 60 – 100 kali/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Pernapasan : 16 – 24 kali/menit

Berat Badan : ... kg

Genetalia : ...

- a. Inspeksi : Tidak ada fluor albus berlebihan/perdarahan pervaginam, tidak terdapat condiloma acuminata/matalata, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini dan skene. Tidak ada tanda erosi, lesi, tumor, tidak ada tanda kehamilan
- b. Bimanual : Tidak ada nyeri goyang serviks dan nyeri goyang adneksa, posisi uterus dan tanda-tanda kemungkinan hamil.

Masalah :

Menurut Saifuddin, 2010) antara lain :

- a. Mual
- b. Sakit kepala
- c. Amenorhea
- d. Perdarahan/bercak
- e. Nyeri perut bagian bawah
- f. Perdarahan pervaginam

2.6.3 Identifikasi Diagnosa dan 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 terjadi (Muslihatun, 2013).

2.6.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan berkesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera kepentingan keselamatan jiwa calon/akseptor KB (Muslihatun, 2013).

2.6.5 Intervensi

Diagnosa : P_ _ _ Ab_ _ _ usia _ _ tahun, dengan peserta KB (oral/MAL/kondom/suntik/IUD/implant), tidak ada kontraindikasi terhadap alat kontrasepsi, dengan keadaan baik.

Tujuan : Setelah diadakan tindakan kebidanan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

Pengetahuan ibu mengenai macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria Hasil : Tekanan darah : <140/90 mmHg

Nadi : 60 – 80 kali/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Pernapasan : 16 – 24 kali/menit

Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan petugas.

Ibu memilih salah satu jenis KB.

Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Affandi (2012) :

- a. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional : Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- b. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

Rasional : Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

- c. Bantulah klien menentukan pilihannya.

Rasional : Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- d. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional : Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- e. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

Rasional : Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- f. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

Rasional : Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah :

a. Ammenore

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

Kriteria Hasil : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang ammenore.

Rasional : Mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

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

Rasional : Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan dan kondisinya.

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

Rasional : Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaan.

Kriteria Hasil : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien.

Rasional : Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya.

- 2) Lakukan konseling dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Rasional : Akseptor akan mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

Rasional : Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif 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 menurut Affandi (2012) :

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

Rasional : Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Rasional : Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

d. Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB.

Kriteria Hasil : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012) :

- 1) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

Rasional : Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

- 2) Berikan terapi ibuprofen untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet tambah darah.

Rasional : Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

e. Kenaikan berat badan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badanya.

Kriteria Hasil : Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB.

Rasional : Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari 8 penggunaan KB.

2.6.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.6.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Muslihatun, 2009). Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.