

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Kehamilan Trimester III

2.1.1 Pengkajian

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

Pengkajian data meliputi No.Registrasi, kapan, dimana, dan oleh siapa pengkajian dilakukan. Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subyektif dan obyektif yang akan dijelaskan sebagai berikut :

a. Data Subyektif

1. Biodata

Nama suami/istri : Memudahkan mengenali ibu dan suami serta mencegah kekeliruan.

Umur : Untuk menentukan prognosis kehamilan. Jika umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak resikonya. Usia aman

untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun.

Suku dan bangsa : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan. (Romauli, 2011)

Agama : Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya dengan agama Islam memanggil ustad dan sebagainya. (Romauli, 2011).

Pendidikan : Mengetahui tingkat pengetahuan untuk memberi konseling sesuai pendidikannya. Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya dan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan.

Pekerjaan : Mengetahui kegiatan ibu selama hamil. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang

bekerja mempunyai tingkat pengetahuan lebih baik daripada ibu yang tidak bekerja. (Sulistyawati, 2009).

Penghasilan : Mengetahui keadaan ekonomi ibu, berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu

Alamat : Mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Alamat diperlukan bila mengadakan kunjungan rumah. (Romaui, 2011).

2. Alasan Datang

untuk mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan (Sutanto, 2018).

3. Keluhan Utama

Keluhan utama menjadi hal utama yang perlu mendapat penanganan saat pemberian asuhan (Wiknjastro, 2010). Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III adalah Peningkatan frekuensi berkemih, sakit punggung atas dan bawah, hiperventilasi dan sesak nafas, edema dependen, kram tungkai, konstipasi, kesemutan dan baal pada jari, insomnia.

4. Riwayat Kesehatan

Data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu ditanyakan yaitu terkait penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi/hipotensi, hepatitis B, HIV/AIDS, asma dan TBC atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien serta dari anggota keluarga ada riwayat mempunyai anak kembar. (Sulistyawati, 2015).

5. Riwayat Menstruasi

HPHT diperlukan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran persalinan (Saleha, 2009).

6. Riwayat Pernikahan

Ditanya 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).

7. Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan yang lalu, tahun bersalin, jumlah persalinan, jenis persalinan, ada tidaknya penyulit, tempat, penolong, berat badan lahir bayi, panjang badan, kondisi anak saat ini dan riwayat nifas ditanyakan untuk mengetahui ada tidaknya permasalahan kesehatan yang pernah dialami klien saat kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Riwayat obstetri yang buruk sebelumnya

merupakan faktor risiko terhadap kehamilan sekarang misalnya prosedur medis atau bedah sebelumnya (Wiknjastro, 2010).

8. Riwayat Kontrasepsi yang Digunakan

Mengkaji KB apa yang pernah digunakan ibu sebelum kehamilan ini, berapa lama, dan apakah ada keluhan

9. Riwayat imunisasi TT

Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan / imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke tiga (interval minimal dari dosis ke 2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 suntikan dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 4).

Terdapat beberapa cara penapisan (*skrining*) untuk mengetahui status TT pada WUS awal yaitu, apabila data imunisasi saat bayi tercatat pada kartu imunisasi atau buku KIA maka riwayat TT pada bayi dapat diperhitungkan, bila hanya berdasarkan ingatan maka penapisan dapat dimulai dengan pertanyaan imunisasi saat BIAS untuk WUS yang lahir pada dan setelah tahun 1977 untuk yang lahir sebelum tahun 1977 langsung dimulai dengan pertanyaan imunisasi saat catin dan hamil, dan misalnya WUS baru mendapat imunisasi TT

pada saat menjadi calon pengantin sebanyak 2 kali dengan interval minimal 1 bulan maka status WUS disebut T2 (perhatikan interval minimum yang dianjurkan).

10. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Ini penting untuk diketahui untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Dengan menggali dari pasien tentang makanan yang disukai dan yang tidak disukai, seberapa banyak ia mengkonsumsinya. Sehingga jika diperoleh data yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan, maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil.

Beberapa hal yang perlu kita tanyakan pada pasien berkaitan dengan pola makan adalah apa saja yang dimakan setiap hari, frekuensi makan ibu, pantangan makanan, alergi makanan. Kita juga harus dapat memperoleh data tentang kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

Energi 2300 kkal, protein 65 gram, kalsium 1,5 gram/hari (trimester akhir membutuhkan 30-40 gram), zat besi rata-rata 3,5 mg/hari, fosfor 2 gr/hari dan vitamin A 50 gram. Dapat diperoleh dari 3x makan dengan komposisi 1 centong nasi, 1 potong

daging/telur/tahu/tempe, 1 mangkuk sayuran dan satu gelas susu dan buah (Sulistyawati, 2009).

b) Eliminasi

Pola eliminasi yaitu BAK dan BAB perlu ditanyakan pada klien untuk menyesuaikan dengan pola pemenuhan nutrisinya, apakah intake sudah sesuai dengan output dan untuk mengetahui apakah ada keluhan terkait BAB dan BAK selama kehamilan. BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau khas. BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning. (Wiknjosastro, 2010).

c) Pola aktivitas

Pola aktivitas perlu ditanyakan karena mungkin berkaitan dengan keluhan klien saat kehamilan ini (Wiknjosastro, 2010).

d) Istirahat

Ibu hamil membutuhkan istirahat yang cukup baik siang maupun malam untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan bayinya, kebutuhan istirahat ibu hamil : malam \pm 8-10 jam/hari, siang \pm 1-2 jam/hari (Sulistyawati, 2009).

e) Personal hygiene

Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri diantaranya adalah mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam serta kebersihan kuku.

f) Pola hubungan seksual

Pada trimester III tidak boleh terlalu sering dan hati-hati karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan premature (Sulistyawati, 2009).

11. Keadaan Psiko, Sosial, Spiritual dan Budaya

a) Respon ibu terhadap kehamilan ini

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu / penantian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Pada 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut ibu semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya

b) Pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan

Data ini dapat diperoleh dari beberapa pertanyaan yang diajukan kepada pasien mengenai perawatan kehamilan. Hal ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana pasien mengetahui tentang perawatan kehamilan dan perawatan bayinya kelak.

c) Respon keluarga terhadap kehamilannya ini

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan ibu akan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan psikologis ibu.

d) Budaya dan tradisi setempat

Untuk mendapatkan data ini, bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien terutama orangtua. Hal ini biasanya berkaitan dengan masa hamil seperti pantangan makanan. Banyak warga masyarakat dari berbagai kebudayaan percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk atau sifatnya, dengan akibat buruk yang ditimbulkannya. Hal ini mendorong timbulnya kepercayaan untuk memantang jenis-jenis makanan yang dianggap dapat membahayakan kondisi ibu atau bayi dalam kandungannya.

Sebagian masyarakat Jawa sering menitik beratkan aspek krisis kehidupan dari peristiwa kehamilan, sehingga didalam adat istiadat mereka terdapat berbagai upacara yang cukup rinci. Biasanya upacara dimulai sejak usia ketujuh bulan (*mitoni*).

b. Data Objektif

Setelah data subyektif didapatkan, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

1. Pemeriksaan Umum

K/U : Baik/tidak, cemas/tidak, untuk mengetahui keadaan umum pasien secara keseluruhan.

(Sulistyawati, 2009).

Kesadaran : Composmentis/apatis/letargis/somnolen.

(Sulistyawati, 2009).

TD : Tekanan Darah ibu harus diperiksa setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan diastolik merupakan indikator untuk prognosis pada penanganan hipertensi dalam kehamilan. 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 pre-eklamsi dan eklamsi jika tidak ditangani dengan cepat. (Romauli, 2011).

Nadi : Dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk (Romauli, 2011).

Suhu : Mengukur suhu tubuh bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien apakah suhu

tubuhnya normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tidak. Pasien dikatakan mengalami hipotermi apabila suhu badan $<36^{\circ}\text{C}$ dan febris/panas bila suhu badan $>37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai apabila suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$ (Romauli, 2011).

- RR : Untuk mengetahui fungsi system pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit. (Romauli, 2011).
- BB : Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 Kg. (Romauli, 2011).
- TB : Tinggi badan merupakan ukuran antropometrik ke dua yang penting. Tinggi badan hanya menyusut pada usia lanjut, oleh karena itu tinggi badan dipakai sebagai dasar perbandingan terhadap perubahan-perubahan relative seperti nilai berat dan lingkar lengan atas. Mengukur tinggi badan bertujuan untuk mengetahui tinggi badan ibu dan membantu menegakkan diagnosis. (Kusmiyati, Yuni,

2011:37). Mengukur tinggi badan dapat berfungsi juga untuk mengetahui indeks masa tubuh dari ibu hamil. Tinggi badan <145 cm (resiko meragukan, berhubungan dengan kesempitan panggul). (Romauli, 2011).

LILA : >23,5 cm. LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR. (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki. Pemeriksaan dilakukan pada penderita yang baru pertama kali datang periksa, ini dilakukan dengan lengkap, pada pemeriksaan ulang dilakukan yang perlu saja jadi tidak semuanya. Macam-macam cara pemeriksaan yaitu dengan inspeksi (pemeriksaan pandang/observasi), palpasi (pemeriksa raba), auskultasi (periksa dengar), dan perkusi (periksa ketuk).

a) Inspeksi

Muka : Muka bengkak/oedema tanda eklampsi, terdapat cloasma gravidarum atau tidak. Muka pucat tanda

anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis. (Romauli, 2011).

Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan, sklera ikterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis. (Romauli, 2011).

Hidung : Adakah sekret, polip, ada kelainan lain. (Romauli, 2011). Kaji kebersihan jalan nafas.

Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda ibu kurang vitamin C. (Romauli, 2011).

Gigi : Karies gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum. (Romauli, 2011).

Telinga : Tidak ada serumen yang berlebih, dan tidak berbau, serta bentuk simetris. (Romauli, 2011)

Leher : Adanya pembesaran kelenjar tyroid menandakan

ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak. (Romaui, 2011).

- Payudara : Mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara. Memeriksa bentuk, ukuran, simetris atau tidak. Putting susu pada payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam serta memeriksa kebersihan putting susu.
- Abdomen : Bekas luka operasi, terdapat linea nigra, stria livida dan terdapat pembesaran abdomen. (Romaui, 2011).
- Genetalia : Bersih/tidak, varises/tidak, ada condiloma/tidak, keputihan atau tidak. (Romaui, 2011).
- Anus : Tidak ada benjolan abnormal/pengeluaran darah dari anus. (Romaui, 2011)
- Ekstremitas : Adanya varises sering terjadi karna kehamilan berulang dan bersifat herediter, edem tungkai sebagai tanda kemungkinan terjadinya preeklamsi, bendungan kepala sudah masuk PAP

dan tekanan pada kava inferior. (Manuaba, 2007)

b) Palpasi

Leher : Tidak teraba bendungan vena jugularis. Jika ada ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung.

Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensial terjadi kelahiran premature, lahir mati, kretinisme dan keguguran.

Tidak tampak pembesaran limfe, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit missal TBC, radang akut dikepala. (Romauli, 2011).

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

Abdomen :

Tujuan : a) Untuk mengetahui umur kehamilan.
b) Untuk mengetahui bagian-bagian janin.

- c) Untuk mengetahui letak janin.
- d) Janin tunggal atau tidak.
- e) Sampai dimana bagian terdepan janin masuk kedalam rongga panggul.
- f) Adakah keseimbangan antara ukuran kepala dan janin.
- g) Untuk mengetahui kelainan abnormal ditubuh.

Pemeriksaan abdomen pada ibu hamil meliputi :

1) Leopold I

Tujuan : menentukan tinggi fundus uteri dan menentukan bagian yang terdapat di fundus uteri (Saminem, 2009)

Tabel 2.1

Perkiraan TFU terhadap Usia Kehamilan

| TFU | Usia Kehamilan |
|------------|----------------|
| 26,7 cm | 28 minggu |
| 29 – 30 cm | 32 minggu |
| 32 cm | 36 minggu |
| 37,7 cm | 40 minggu |

Sumber : Munthe, dkk, 2019

Tanda kepala : keras, bundar, melenting.

Tanda bokong : lunak, kurang bundar, kurang melenting.

2) Leopold II

Normal : Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin.

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

3) Leopold III

Normal : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin).

Tujuan : Mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di symphysis. (Romauli, 2011).

Mengetahui bagian terendah janin apakah sudah masuk PAP.

4) Leopold IV

Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen).

Tujuan : Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP. (Romauli, 2011).

c) Pengukuran Tafsiran Berat Janin

Untuk menetapkan berat janin dalam uterus dapat dipergunakan rumus menurut teori Johnson-Tausack sebagai berikut.

$$\text{Berat janin} = (\text{Tinggi fundus uteri} - 12) \times 155$$

Jika kepala janin telah masuk ke PAP, pengurangannya / rumusnya menjadi :

$$\text{Berat janin} = (\text{Tinggi fundus uteri} - 11) \times 155$$

d) Auskultasi

Normalnya terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (dibagian kiri atau bagian kanan). Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-160x / menit.

e) Perkusi

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

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium rutin meliputi pemeriksaan golongan darah ibu, kadar hemoglobin, tes HIV, tes hepatitis B, rapid test (untuk ibu yang tinggal atau memiliki riwayat ke daerah endemik malaria) (Kemenkes, 2013).

1) Pemeriksaan Hb

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

mendefinisikan anemia sebagai kadar hemoglobin yang lebih rendah dari 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5gr/dl pada trimester kedua (Leveno, 2009).

Klasifikasi Haemoglobin dapat di golongan sebagai berikut

:

| | |
|-------------------|------------------|
| Hb \geq 11 gr % | : normal. |
| Hb 9-10 gr % | : anemia ringan. |
| Hb 7-8 gr % | : anemia sedang. |
| Hb $<$ 7 gr % | : anemia berat. |

2) Pemeriksaan albumin

Dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan pada kunjungan trimester III UK 36 minggu. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam urin dan berapa kadarnya.

3) Pemeriksaan reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada waktu kunjungan pertama kehamilan

4. Penilaian Faktor Resiko pada Kehamilan

Skor Poedji adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya baik bagi ibu maupun janinnya. Kelompok risiko menurut poedji rochjati dibagi menjadi tiga yaitu, Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) jumlah skor 6 – 10, dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) jumlah skor >12.

Table 2.2 Skor Poedji Rohjati

| I KEL.F.R | II NO | III MASALAH/ FAKTOR RESIKO skor awal ibu hamil | SKOR | IV triwulan | | | |
|--------------|---------------------------|---|--|----------------|----|-------|-------|
| | | | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | | 2 | 2 | | | |
| I | 1 | terlalu muda hamil I \leq 16 tahun | 4 | | | | |
| | 2 | terlalu tua hamil I \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | | terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 tahun | 4 | | | | |
| | 3 | terlalu lama hamil lagi \geq 10 tahun | 4 | | | | |
| | 4 | terlalu cepat hamil lagi \leq 2 tahun | 4 | | | | |
| | 5 | terlalu banyak anak, 4 atau lebih | 4 | | | | |
| | 6 | terlalu tua umur \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | |
| | 8 | pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | | pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/vakum | 4 | | | |
| | | b. Uri dirogoh | 4 | | | | |
| | | c. Diberi infus atau tranfuse | 4 | | | | |
| 10 | pernah operasi caesar | 8 | | | | | |
| II | 11 | penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria | 4 | | | | |
| | | c.TBC paru d. Payah jantung | 4 | | | | |
| | | e. Kencing manis(diabetes) | 4 | | | | |
| | | f. Penyakit menular seksual | 4 | | | | |
| | 12 | bengkak pada muka , tungkai, dan tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | hamil kembar | 4 | | | | |
| 14 | hydramnion | 4 | | | | | |
| 15 | bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | | |
| 16 | kehamilan lebih bulan | 4 | | | | | |
| 17 | letak sungsang | 8 | | | | | |
| 18 | letak lintang | 8 | | | | | |
| III | 19 | perdarahan dalam kehamilan ini | 8 | | | | |
| | 20 | preeklamsia/kejang-kejang | 8 | | | | |
| | | JUMLAH SKOR | | | | | |

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN

RUJUKAN TERENCANA

| JMLH. SKOR | KEHAMILAN | | | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | | | |
|---------------|----------------|-----------|-----------------|--------------------------|----------|---------|-----|-----|
| | KEL. RISIKO | PERAWATAN | RUJUKAN | TEMPAT | PENOLONG | RUJUKAN | | |
| | | | | | | RDB | RDR | RTW |
| 2 | KRR | BIDAN | TINDAK RUJUK | RUMAH POLINDES | BIDAN | | | |
| 6 – 10 | KRT | BIDAN | BIDAN | POLINDES | BIDAN | | | |

LILA : ... cm.

Pemeriksaan Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.

Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP. (konvergen/sejajar/divergen).

Auskultasi : DJJ 120-160 x/menit.

Masalah :

- a) Peningkatan frekuensi berkemih

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

Obyektif : Kandung kemih teraba penuh.
Ibu sering ijin ke kamar mandi.

b) Sakit punggung atas dan bawah

Subyektif : Ibu mengatakan punggung atas bawah terasa nyeri.

Obyektif : Ketika berdiri terlihat postur tubuh ibu condong kebelakang (lordosis).

c) Hiperventilasi dan sesak nafas

Subyektif : Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur.

Obyektif : *Respiration Rate* (Pernafasan) meningkat, nafas ibu tampak cepat, pendek dan dalam.

Pada pemeriksaan tampak ibu menggunakan *Breast Heading* (BH) yang terlalu ketat atau terdapat kawat.

Frekuensi pernapasan ibu $> 24x/menit$ atau $< 16x/menit$.

d) Konstipasi

Subyektif : Ibu mengatakan sulit BAB.

Obyektif : Pada palpasi teraba massa tinja (skibala).

e) Hemoroid

Subyektif : Ibu mengatakan memiliki ambeien.

Obyektif : Nampak/tidak Nampak adanya benjolan pada anus.

f) Keputihan

Subyektif : Ibu mengatakan mengeluarkan keputihan.

Ibu dengan keputihan abnormal akan mengeluh keputihannya berwarna kuning kehijauan, kental atau berbusa, berbau, dan disertai rasa gatal.

Obyektif : Nampak/tidak nampak keputihan dari jalan lahir.

Keputihan normal berwarna bening atau sedikit keruh (mirip susu), encer atau sedikit kental, cairan keputihan tidak berbau dan tidak gatal. Karakteristik keputihan abnormal akan mengeluh keputihannya berwarna kuning kehijauan, kental atau berbusa, berbau, dan disertai rasa gatal.

g) Kram

Subyektif : Ibu mengatakan sering mengalami kram pada kaki

Obyektif : Nampak/tidak nampak ibu kesakitan karena kram.

2.1.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Berikut juga merupakan diagnosa dan masalah potensial yang mungkin ditemukan pada pasien kehamilan :

- a. Perdarahan pervaginam
- b. IUFD
- c. Ketuban Pecah Dini
- d. Persalinan premature.

2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Antisipasi tindakan segera, dalam pelaksanaannya bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, atau mungkin memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain (Sulistyawati, 2009)

2.1.5 Intervensi

Diagnosa : G_P___ Ab___ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri 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.

| | | | |
|---|-----------|---|-------------------------------|
| I | Kesadaran | : | Composmentis. |
| n | Nadi | : | 60-80 x/menit. |
| t | TD | : | 90/60 – 120/80 mmHg. |
| e | Suhu | : | 36,5-37,5°C |
| r | RR | : | 16-24 x/menit. |
| v | DJJ | : | Normal (120-160 x/menit), |
| e | | | regular. |
| n | TFU | : | Sesuai dengan usia kehamilan. |
| s | BB | : | Pertambahan tidak melebihi |
| i | | | standar. |

a. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin.

R/ Hak dari ibu untuk mengetahui informasi keadaan ibu dan janin.

Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2012).

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

R/ Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan-perubahan yang

terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tau cara mengatasinya (Sulistyawati, 2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Masalah :

1) Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak napas

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

Intervensi :

a) Jelaskan penyebab terjadinya sesak nafas

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

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

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

c) Anjurkan ibu untuk tidur dengan bantal yang tinggi.

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

d) Anjurkan ibu untuk makan sedikit namun sering.

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

e) Anjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar.

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

2) Sering Miksi

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih.

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

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing.

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

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

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

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan kencing

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

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

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

3) Kram pada tungkai

Tujuan : Ibu dapat memahami penyebab dari kram pada tungkai

Kriteria hasil : ibu mengerti apa yang telah dijelaskan dan mampu beradaptasi

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab kram tungkai

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

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi penekanan yang lama pada kaki.

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

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

R/ pijatan dapat meregangkan otot dan memperlancar aliran darah.

d) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

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

4) Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri punggung yang dialaminya.

Kriteria Hasil : Nyeri punggung berkurang, Aktifitas ibu tidak terganggu.

Intervensi :

a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab nyeri.

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

b) Anjurkan ibu menghindari pekerjaan berat.

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

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

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

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

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

e) Ajari keluarga untuk memijat bagian yang terasa nyeri.

R/ pijatan dapat meningkatkan relaksasi sehingga nyeri berkurang.

f) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R/ senam akan menguatkan otot dan memperlancar aliran darah.

5) Keputihan

Tujuan : ibu mengetahui keputihan fisiologis dan patologis

Kriteria hasil : ibu dapat membedakan keputihan normal dan abnormal

Intervensi :

a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab keputihan

R/ keputihan terjadi karena peningkatan pembentukan sel-sel, peningkatan produksi lender akibat stimulasi hormonal pada leher Rahim. Karakteristik keputihan normal yaitu, berwarna

bening atau sedikit keruh (mirip air susu), encer atau sedikit kental, cairan keputihan tidak berbau dan tidak gatal.

- b) Anjurkan ibu untuk menggunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat dan terbuat dari bahan katun, melakukan cara cebok yang benar, dan tidak menggunakan sabun pembersih vagina dan mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari.

R/ dengan mengetahui perawatan yang benar diharapkan terjadi keputihan yang fisiologis yaitu tanpa ada bau, tidak berwarna kuning maupun hijau, dan tidak disertai rasa gatal.

6) Konstipasi

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

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

Intervensi :

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

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

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

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

- c) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB secara teratur.

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

d) Anjurkan ibu untuk rutin melakukan senam hamil.

R/ senam hamil memiliki banyak manfaat diantaranya memperlancar BAB.

7) Hemoroid

Tujuan : Nyeri akibat hemoroid berkurang dan tidak menimbulkan komplikasi

Kriteria Hasil : Hemoroid berkurang dan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat.

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

b) Anjurkan ibu untuk banyak minum air.

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

c) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

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

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

2.1.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi.

2.1.7 Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subjektif, objektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan tindakan atau terapi atas kajian yang telah dilakukan. Kesimpulannya catatan perkembangan berisi data yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

S : data subjektif pasien setelah menerima asuhan

O: data objektif pasien setelah menerima asuhan

A: kesimpulan dari keadaan pasien saat ini

P : rencana yang dilakukan sesuai keadaan pasien

2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1. Keluhan Utama

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

2. Riwayat Menstruasi

Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), keluhan disaat mengalami menstruasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013). Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan/prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan, dimana dihitung dari HPHT (Rohani, Saswita R., & Marisah, 2013).

3. Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Mengkaji adanya kemungkinan komplikasi atau masalah yang ada mempengaruhi kehamilan yang sekarang.

b) Riwayat Persalinan yang Lalu

Mengkaji kesadaran ibu untuk bersalin di tenaga kesehatan, mengkaji jarak persalinan dan kemungkinan risiko, mengkaji komplikasi yang mungkin terjadi pada persalinan sekarang.

c) Riwayat Nifas yang Lalu

Mengkaji kesadaran ibu tentang ASI eksklusif dan mengkaji komplikasi pada masa nifas yang lalu.

4. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), pola kebiasaan sehari-hari, meliputi:

a) Pola Makan

Mengetahui gambaran gizinya, data fokusnya adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan.

b) Pola Minum

Mengetahui *intake* cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman.

c) Pola Istirahat

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

d) Personal *hygiene*

Berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Data fokusnya adalah kapan terakhir mandi, ganti baju dan pakaian dalam.

e) Pola eliminasi

Data fokusnya yaitu kapan terakhir buang air besar (BAB) dan terakhir buang air kecil (BAK) (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013).

e. Respon keluarga terhadap persalinan

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

f. Adat Istiadat setempat yang berkaitan dengan Persalinan

Mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Dikategorikan baik jika pasien menunjukkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang sekitar, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Keadaan dikatakan lemah jika pasien kurang atau tidak memberikan respon

yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistiyawati, 2015).

b) Kesadaran

Pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal), sampai dengan koma (Sulistiyawati, 2015).

2. Tanda-tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien, yang meliputi:

a) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri. Tekanan sistolik normal 110-130 mmHg, tekanan diastolik normal 70-80 mmHg (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).

b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

c) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010) pernafasan normal 16 – 24 x/menit.

d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010) suhu normal 36,5 – 37,5° C.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

b. 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, Saswita, & Marisah, 2010).

c. Lidah

Dikaji apakah ada keputihan pada lidah yang mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

d. Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

e. Payudara

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder*. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

f. Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013), seperti:

1) Bekas operasi sesar

Melihat riwayat operasi sesar, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

2) Pemeriksaan Leopold

Menurut Rohani, Rini Saswita, dan Marisah (2010), pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin.

3) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

4) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

5) Palpasi Kandung Kemih.

g. Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013).

h. Genital

Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau

rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi :

- 1) Kebersihan
- 2) Pengeluaran pervaginam. Adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*)
- 3) Tanda-tanda infeksi vagina
- 4) Pemeriksaan dalam (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

i. Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

4. Pemeriksaan dalam

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :

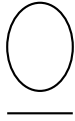
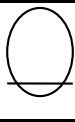
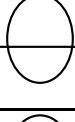



- a) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan

episiotomy sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

- b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- d) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (bidang *hodge*).
- e) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

Tabel 2.3

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlima-an

| Periksa luar | Periksa dalam | Keterangan |
|---|---------------|--|
|  = 5/5 | | Kepala diatas PAP mudah digerakkan |
|  = 4/5 | H I – II | Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul |
|  = 3/5 | H II – III | Bagian terbesar kepala belum masuk panggul |
|  = 2/5 | H III + | Bagian terbesar kepala masuk ke 1/5panggul |
|  = 1/5 | H III–IV | Kepala di dasar panggul |
|  = 0/5 | H IV | Di perineum |

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013.

5. Data Penunjang

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

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

2.2.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu Kala I fase laten/
aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin____
(Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa ingin melahirkan sejak pukul..

Data Objektif : Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : composmentis
TD : 90/60-120/80 mmHg
Nadi : 60-80x/menit
RR : 16-24x/menit
Suhu : 36,5 – 37,5 C
TB : ... cm
BB hamil : ... kg
TP : ...
LILA : ... cm

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan
Tanda kepala : keras, bundar, melenting.
Tanda bokong : lunak, kurang bundar, kurang melenting.

Leopold II : Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain

teraba bagian kecil janin

Leopold III : Mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di symphysis, apakah sudah masuk ke PAP

Leopold IV : Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen)

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Hasil pemeriksaan dalam :

- 1) Genitalia eksterna : tidak ada luka/ masa (benjolan), kondilomata, varikosis vulva/ rectum, dan luka parut di perineum.
- 2) Cairan vagina : apakah terdapat pengeluaran blood show ataupun rembesan cairan ketuban
- 3) Pembukaan : 1 – 10 cm
- 4) Penipisan : penipisan efisiment 25%, 50%, 75%, atau 100%
- 5) Ketuban : utuh, negatif, mekonial, jernih
- 6) Tidak teraba bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Hodge I / II / III / IV
- 8) Bagian terdahulu dan bagian terendah belum teraba.
- 9) Molage : 0/ 1/ 2

Masalah :

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), masalah yang dapat timbul seperti:

1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan merasa cemas dengan proses persalinan yang akan dialaminya

Objektif : ibu terlihat cemas

2) Nyeri

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya.

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat.

2.2.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada :

- 1) Perdarahan intrapartum
- 2) Partus lama

2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Tahap ini digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

2.2.5 Intervensi

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

Kriteria Hasil (KH) :

- 1) TD : 130-100/ 90-70 mmHg
- 2) Nadi : 80-100x/ menit
- 3) Suhu : 36,5-37,5⁰C
- 4) DJJ : 120-160x/menit
- 5) Kontraksi semakin adekuat secara teratur.
- 6) Warna dan adanya air ketuban normal yaitu utuh/
jernih.
- 7) Penyusupan (molase) tulang kepala janin normal
yaitu 0/ 1/ 2.
- 8) Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.
- 9) Penurunan kepala normal yaitu setiap kemajuan
serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian
terbawah janin.
- 10) Kandung kemih kosong.

Intervensi:

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

Rasional : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

- 2) Persiapkan rujukan pasien.

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

- 3) 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 (Doenges, 2010).

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

Rasional : Melindungi dari resiko infeksi, dengan mempersiapkan tempat ibu mendapatkan privasi yang diinginkan, memastikan kelengkapan, jenis, dan jumlah bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai (Sondakh, 2013).

- 5) Pantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan

menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.

Rasional : Lembar observasi dan partograf dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama. (JNPK-KR, 2014).

- 6) Berikan KIE pada klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan (Doenges, 2010).

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

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).

- 8) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral (Doenges, 2010).

- 9) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik *hypno-brithing* yaitu melatih pikiran untuk rileks dengan mendengarkan musik dan membayangkan tempat yang membuat pasien rileks dan tenang.

Rasional : berlatih relaksasi dapat memacu munculnya hormon endorphin setiap saat sehingga dapat membantu proses persalinan (Aprilia, 2015)

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

Rasional : Berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah janin, berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenasi yang baik ke janin, dan mencegah laserasi, merangkak dapat mempercepat rotasi kepala janin, peregangan minimal pada perineum serta bersikap baik pada ibu yang mengeluh sakit pinggang (Sondakh, 2013).

2.2.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi.

2.2.7 Evaluasi

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil asuhan.

2.2.8 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

b. Objektif

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), data objektif antara lain:

- 1) Perineum menonjol.
- 2) Vulva dan anus membuka.
- 3) Frekuensi his semakin sering ($> 3x/$ menit).
- 4) Intensitas his semakin kuat.
- 5) Durasi his >40 detik

Pemeriksaan dalam :

- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- 2) Ketuban : sudah pecah (negatif).
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Penipisan : 100%
- 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK)
jam 13.00 WIB.
- 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.

7) Molage 0 (nol)

8) Hodge IV

c. Analisa

G_ _ _ P_ _ _ _ Ab_ _ _ Kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 234-235), diagnosa potensial yang dapat muncul pada kala II yaitu:

- 1) Kala II lama
- 2) Asfiksia neonatorum

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Kala II berjalan normal dengan keadaan ibu dan janin baik.

KH : DJJ : 120-160x/menit

Ibu meneran dengan efektif

Bayi lahir spontan normal

Lama kala II Primipara (2 jam), Multipara (1 jam)

Menurut JNPK-KR (2014), penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalianandan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir, untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kaindan 1 handuk bersih dan kering. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a) Meletakkan kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 2) Memakai celemek plastik
- 3) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersihmengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 4) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 5) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 6) Membersihkan vulva dan perinium dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perinium, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
- 7) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.

- 8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 9) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
 - a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 10) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

- 11) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 12) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat 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 telentang dalam waktu yang lama).
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan makan 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 (2Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 13) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, 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 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Setelah Nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 19) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 20) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal .
menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut

gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah 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, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 25) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 26) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

2.2.9 Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal:..... Pukul:.....

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), manajemen kebidanan kala III meliputi:

a. Subjektif

Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

b. Objektif

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

c. Analisa

P__Ab _ _ _ dengan Inpartu Kala III.

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

- 1) Gangguan kontraksi pada kala III.
- 2) Retensi sisa plasenta.

Kebutuhan Segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), kebutuhan segera yang dapat dilakukan pada kala III yaitu:

- 1) Simulasi puting susu.
- 2) Pengeluaran plasenta secara lengkap

d. Penatalaksanaan

Tujuan : kala III berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria Hasil : plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Menurut JNPK-KR (2014), penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat.
- 2) Menyuntikkan 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 menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
- 4) Pematangan dan pengikatan tali pusat
 - a. Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan 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 memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 5) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu.
 - 6) Menstimulasi ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
 - 7) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 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 atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion 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 mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

- 10) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 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 (aseptik) 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 melakukan 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 melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem 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). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- 13) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

2.2.10 Manajemen Kebidanan Kala IV

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), manajemen kebidanan kala IV meliputi:

a. Subjektif

Pasien mengatakan perutnya mulas.

b. Objektif

- 1) TFU 2 jari di bawah pusat.
- 2) Kontraksi uterus: baik/ tidak.

c. Analisa

P___ _ Ab___ _ dengan Inpartu kala IV.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu:

- 1) Perdarahan karena robekan jalan lahir.
- 2) Syok hipovolemik.

Kebutuhan segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 240), kebutuhan segera yang diberikan yaitu eksplorasi sisa plasenta.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : Perdarahan < 500 cc.

Kontraksi uterus baik

TFU 2 jari di bawah pusat

TTV : Nadi : normal 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

Menurut JNPK-KR (2014), penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 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 menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit, bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b. Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
- 4) Setelah satu jam, melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik 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 bias disusukan.
 - b. Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- 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 tata laksana 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 temperatur 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 kali/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$).
- 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, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 14) Memastikan ibu merasa nyaman, membntu 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 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 17) Mencucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 18) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan ashuan 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.

2.2.11 Manajemen Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Tanggal : Jam :

Tempat :

a. Subjektif

1. Biodata

Nama Bayi : Untuk menghindari kekeliruan

Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonatus

Jenis Kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin bayi

Umur : untuk mengetahui usia bayi

Alamat : untuk memudahkan kunjungan rumah

Biodata Ibu dan Suami

2. Keluhan Utama

Ibu telah melahirkan bayinya pada tanggal Jam.... dengan kondisi ibu dan bayi sehat.

b. Objektif

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran : Composmentis

Suhu : 36,5 – 37,5⁰C

Pernapasan : 40 – 60 kali/menit

Denyut Jantung : 120 – 160 kali/menit

Berat Badan : 2500 – 4000 gram

Panjang Badan : 48 – 52 cm

Lingkar kepala : 33-35 cm

Lila : 11-12 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Adakah caput succedaneum, shepal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup (Sondakh, 2013).

Muka : Warna kulit merah (Sondakh, 2013).

- Mata : Sklera putih, tidak ada subkonjungtiva (Sondakh, 2013).
- Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret (Sondakh, 2013).
- Mulut : Pemeriksaan terhadap labioskizis, labiopalatoskizis, reflek menghisap baik (Sondakh, 2013).
- Telinga : Telinga simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat cairan yang keluar dari telinga yang berbau atau tidak (Sondakh, 2013).
- Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat benjolan abnormal, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.
- Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelaian bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan (Tando, 2016).
- Abdomen : Simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi

(Sondakh, 2013).

Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan (Sondakh, 2013).

Genetalia : Pemeriksaan terhadap kelamin bayi laki-laki, testis sudah turun dan berada dalam skrotum (Tando, 2016). Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, lubang vagina terpisah dari lubang uretra (Marmi, 2015).

Anus : Tidak terdapat atresia ani.

Ekstremitas : Tidak terdapat polidaktili dan syndaktili (Sondakh, 2013).

3) Pemeriksaan *Down Score*

Tabel 2.4

Penilaian derajat kegawatan pernapasan pada neonatus

| | 0 | 1 | 2 |
|-----------|------|------------------------------|-----------------------------------|
| Respirasi | < 60 | 60-80 | >80 |
| Retraksi | (-) | Ringan | Berat |
| Sianosis | (-) | Hilang dengan O ₂ | Tetap walau diberi O ₂ |

| | | | |
|-------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| Jalan masuk udara | Bilateral Balik | Penurunan ringan udara masuk | Tidak ada udara masuk |
| Grunting | (-) | Terdengar stetoskop | Terdengar langsung |

Jumlah Skor :

<4 : tidak ada *respiratory distress*

4 – 7 : *respiratory distress*

>7 : gagal nafas

(Nur, 2017)

4) Pemeriksaan Reflek

- a) Refleks moro : Rangsangan mendadak yang menyebabkan lengan terangkat keatas dan kebawah terkejut dan relaksasi dengan cepat (Hidayat, 2009). Tempatkan bayi pada permukaan yang rata, hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi. Hal yang terjadi adalah abduksi dan ekstensi simetris lengan, jari-jari mengembang seperti kipas dan membentuk huruf C dengan ibu jari dan jari telunjuk, mungkin terlihat adanya sedikit tremor, lengan terabduksi dalam gerakan sedikit memeluk dan kembali dalam posisi flrksi dan gerakan yang rileks. Tungkai dapat mengikuti pola respons yang sama.
- b) Refleks rooting : Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi

(Hidayat, 2009). Jika disentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan puting makan bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulutnya, memasukkan puting dan mengisap.

- c) Refleks sucking : Terjadi ketika terdapat reflek menelan ketika menyentuh bibir (Hidayat, 2009).
- d) Refleks palmar : Jari-jari bayi akan melekuk kebawah bila jari diletakan di dasar jari-jari kakinya (Hidayat, 2009).
- e) Refleks tonic neck : Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar kesatu sisi (Hidayat, 2009).
- f) Refleks palmar : Jari bayi melekuk di sekeliling berada pada genggamannya seketika bila jari diletakan di telapak tangan (Hidayat, 2009).
- g) Refleks Babinski : pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kakai ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi-dicatat sebagai tanda positif.

c. Analisa

Bayi Ny. ... Usia ... jam dengan BBL normal

d. Penatalaksanaan

1. Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal melakukan tindakan

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

3. Lakukan perawatan mata dengan obat tetrasiklin 1%.

R/ Obat tetrasiklin 1% untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi karena Gonore (GO).

4. Injeksi vitamin K 1 mg secara IM

R/ Injeksi vitamin K 1 mg secara IM untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat defisiensi vitamin K.

5. Beri identitas bayi.

R/ Identitas merupakan cara tepat untuk menghindari kekeliruan.

6. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut.

R/ membungkus bayi merupakan cara tepat mencegah hipotermi.

7. Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa.

R/ Tali pusat terbungkus merupakan cara tepat mencegah infeksi.

8. Melakukan pemeriksaan antropometri

R/ Deteksi dini pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

9. Ukur suhu tubuh, denyut jantung, dan respirasi.

R/ Deteksi dini terhadap komplikasi.

10. Anjurkan ibu memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh, kebutuhan nutrisi 60cc/kg/BB

11. Lakukan Imunisasi hepatitis B

R/ Mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (JNPK-KR, 2017)

2.3 Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas 1 (6 jam – 48 jam)

2.3.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1. Keluhan Utama : mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan nifas dan bayinya.

3. Riwayat Obstetrik

a) Kehamilan

usia kehamilan, apakah ada hipertensi

b) Persalinan

jenis persalinan normal, apakah plasenta manual/normal, apakah ibu dirawat di RS/tidak, BBL dan PBL jalan lahir dijahit atau tidak. Penolong dikaji untuk mengetahui penolong persalinan ibu, apakah ditolong oleh tenaga kesehatan atau dukun yang mempengaruhi keamanan dalam persalinan.

c) Nifas

selama nifas ibu mengalami demam atau tidak, ibu menyusui/tidak, adakah keluhan mules, perdarahan aktif/tidak

4. Riwayat KB

Kaji pengetahuan klien dan penanganan tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencanapenambahan anggota keluarga dimasa mendatang (Nugroho, 2014). Pada kasus ASI tidak lancar, estrogen yang ada dalam kontrasepsi oral yang dikonsumsi ibu memberikan efek yang negatif terhadap produksi ASI, yaitu produksi ASI akan menurun. Oleh sebab itu kontrasepsi yang mengandung estrogen tidak dianjurkan bagi ibu yang menyusui (Ummah, 2014).

5. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan. Pada kasus ASI tidak lancar, apabila ibu tidak sehat, asupan makanannya kurang atau kekurangan darah untuk membawa nutrient yang akan diolah oleh sel-sel acini payudara, hal ini akan meyebabkan produksi ASI menurun. (Ummah, 2014).

Nilai gizi ibu nifas : energi 2500-2700 kkal, protein 100 gr, lemak 87,4 gr, karbohidrat 433 gr, dapat diperoleh dari 3x makan dengan

komposisi 1½ piring nasi, 1 potong daging sedang/telur/ayam/tahu/tempe, 1 mangkuk sayuran, buah dan minum sedikitnya 3 liter.

b) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur. Misalnya, membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

c) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi.

d) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar (frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau), serta kebiasaan buang air kecil (frekuensi, warna, dan jumlah).

e) Kebersihan

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah getalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea (Sutanto, 2018).

6. Data Psikososial

Mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi atau psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai *postpartum blues*. *Postpartum blues* sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi sering diakibatkan oleh sejumlah faktor.

a) Penyebab yang paling menonjol adalah :

- 1) Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan.
- 2) Rasa sakit masa nifas awal
- 3) Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan *postpartum*
- 4) Kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit

b) Menjelaskan pengkajian psikologis

- 1) Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya
- 2) Respon ibu terhadap bayinya
- 3) Respon ibu terhadap dirinya

(Sutanto, 2018)

Banyak hal menambah beban hingga seorang wanita merasa down. Banyak wanita tertekan pada saat setelah melahirkan, sebenarnya hal tersebut adalah wajar. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab seorang ibu menjadi semakin besar dengan kehadiran bayi baru lahir. Dorongan dan perhatian dari seluruh anggota keluarga lainnya merupakan dukungan yang positif bagi ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan mengalami fase-fase, Rubin mengklasifikasikan tahap ini menjadi tiga yaitu sebagai berikut:

a) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah :

- 1) Kekecewaan pada bayinya
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

b) *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/Pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain : mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, Pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

c) *fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya.

Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut :

- 1) fisik. Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih
- 2) Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan
- 3) Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian
- 4) Psikososial (Nugroho, dkk, 2014).

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria :

- 1) Baik : Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2) Lemah : Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

c) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi di atas 100x/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.

Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis. Beberapa ibu *postpartum* kadang-kadang mengalami brakikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40-50x/menit. Beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan (Sutanto, 2018).

d) Tekanan darah

Tekanan darah diukur dengan menggunakan alat tensimeter dan stetoskop. Tekanan darah normal, sistolik antara 110 sampai 140 mmHg dan diastolik antara 70 sampai 90 mmHg (Astuti, 2012).

e) Pernafasan

Pernapasan harus berada dalam rentang yang normal 16 – 24 x/menit. (Sutanto,2018). Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pasca partum (Nugroho dkk, 2014).

f) Suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam *postpartum* suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $>38,2^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Sutanto, 2018).

2. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi, Palpasi, Auskultasi dan Perkusi

a) Kepala dan Wajah

- 1) Mengetahui adanya kerontokan rambut atau tidak serta adanya infeksi pada kulit kepala.
- 2) Mengetahui adanya edema atau cloasma pada wajah.

3) Ada tidaknya tanda anemis pada konjungtiva dan warna kuning pada sklera tanda icterus.

4) Mengetahui kebersihan mulut dan masalah di dalam mulut.

b) Leher

Meliputi pemeriksaan pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid, dan bendungan vena jugularis atau tumor (Astuti, 2012).

c) Dada dan Mammae

Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan, pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola, dan integritas puting, posisi bayi pada payudara, pembengkakan, benjolan, nyeri, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial.

d) Abdomen dan uterus

Evaluasi abdomen terhadap involusi uterus, teraba lembut, tekstur Doughy (kenyal), musculus rectus, abdominal utuh (*intact*) atau terdapat diastasis recti dan kandung kemih, distensi, striae.

e) Genital

Pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi. Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid.

f) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, adanya tanda homan, reflex (Nugroho, 2014).

g) Pemeriksaan Tanda-tanda Infeksi

REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi episiotomy atau laserasi perineum. REEDA singkatan dari *Redness* / kemerahan, *Edema* / edema, *Ecchymosis* / ekimosis, *Discharge* / keluaran, dan *Approximate* / perlekatan. Kemerahan dianggap normal pada episiotomy dan luka namun, jika ada rasa sakit yang signifikan, diperlukan pengkajian lebih penyembuhan luka. Edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Discharge harus tidak ada pada episiotomi atau laserasi dan tepi luka jahitan harus rapat. Nyeri perineum harus dinilai dan diobati (Nurbaeti, dkk, 2013).

3. Data Penunjang

a) Lama persalinan

pada ibu primi lama persalinan kala I 13 jam, kala II 1 jam, kala III 30 menit.

b) Komplikasi persalinan

pada ibu dan bayi agar dapat ditegakkan asuhan yang tepat. Untuk sekarang tidak ada komplikasi yang menyertai persalinan.

c) Ketuban

spontan atau amniotomi, setelah pembukaan lengkap atau ketuban pecah dini, warna jernih atau keruh, bau khas atau busuk, jumlah banyak atau sedikit. Apabila keruh, hijau dan bercampur mkonium dapat menyebabkan gawat janin.

d) Perdarahan

dikaji untuk mengetahui seberapa banyak darah yang dikeluarkan saat persalinan, jika terlalu banyak darah yang keluar bisa menyebabkan ibu shock.

e) Plasenta

apakah plasenta lahir spontan atau tidak, kotiledonnya lengkap atau tidak.

2.3.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Masalah yang biasa terjadi pada masa nifas yakni :

- a) Nyeri pada luka jahitan
- b) Payudara nyeri dan bengkak
- c) Konstipasi
- d) Gangguan pola tidur

2.3.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

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

2.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut Bersama bidan terus-menerus.

2.3.5 Intervensi

Dx : P_ _ _ _ Ab_ _ _hari post partum dengan masa nifas fisiologis

Tujuan : masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi

Kriteria hasil : kedaan ibu baik

Kesadaran : baik

TD : 110-120 / 70-80 mmHg

Nadi : 60 – 100 x/menit

RR : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5⁰C

TFU : sesuai hari post partum

Lochea : sesuai hari post partum

ASI : +/+

Intervensi

- a. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin.

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

- b. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, bengkak pada muka kaki dan tangan, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak, ibu terlihat murung dan menangis.

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

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

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

- d. Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya, yaitu satu minggu lagi.

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

Masalah :

- 1) Nyeri pada luka jahitan

Intervensi :

- a) Anjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum

R/ Menjaga kebersihan daerah perineum ibu dan mencegahnya dari infeksi serta membantu mempercepat proses penyembuhan luka jahitan episiotomi (Marmi, 2012).

- b) Anjurkan ibu untuk meminum hingga habis obat analgetik dan antibiotik serta zat besi yang telah diberikan.

R/ Obat analgetik dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami ibu dan obat antibiotik dapat menghambat mikroba atau jenis lain penyebab infeksi, serta dengan pemberian zat besi pada ibu nifas karena di masa nifas kebutuhan Fe meningkat akibat kehilangan darah pada saat proses persalinan (Saleha, 2013).

- c) Demonstrasi senam nifas

R/ Senam nifas bertujuan mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul otot perut dan perineum. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya nyeri punggung dikemudian hari dan mencegah terjadinya kelemahan pada otot dasar panggul (Dewi dan Sunarsih, 2011).

- 2) Payudara nyeri dan bengkak

Intervensi :

- a) Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu menyusui

R/ perawatan payudara menggunakan air hangat dan air dingin secara bergantian bias merangsang produksi ASI, air hangat dan pijatan pada payudara bias melancarkan peredaran darah, sumbatan ASI juga akan

keluar, sehingga nyeri akan berkurang dan tidak terjadi pembengkakan.

b) Ajarkan cara menyusui yang benar

R/ dengan Teknik menyusui yang benar ibu menjadi rileks, payudara tidak lecet dan dapat mengoptimalkan produksi ASI.

c) Beritahu ibu agar menyusui bayinya secara bergantian payudara kanan dan kiri sampai payudara terasa kosong.

R/ produksi ASI akan terus terjadi karena adanya reflek prolactin, 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) Konstipasi

Intervensi :

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

R/ diet tinggi serat dan asupan cairan yang cukup serta pola pengosongan dapat memperlancar defekasi.

b) Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi

R/ ambulasi sebagai latihan otot panggul sehingga dapat memperlancar BAB.

c) Kaji *episiotomy*, perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan.

R/ adanya laserasi atau luka epsiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri sehingga keinginan ibu untuk defekasi menurun.

4) Gangguan pola tidur

Intervensi :

a) Sedapat mungkin mengupayakan meminimalkan tingkat kebisingan di luar dan di dalam ruangan.

R/ mengurangi rangsangan dari luar yang mengganggu.

b) Mengatur tidur siap tanpa gangguan saat bayi tidur, mendiskusikan Teknik yang pernah dipakainya untuk meningkatkan istirahatnya, misalnya minum-minuman hangat, membaca, menonton TV sebelum tidur.

R/ meningkatkan kontrol, meningkatkan relaksasi.

c) Kurangi rasa nyeri.

R/ reduksi rasa nyeri dapat meningkatkan kenyamanan ibu sehingga dapat beristirahat dengan cukup.

2.3.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.3.7 Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pemngumpulan

data subjektif, objektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan tindakan atau terapi atas kajian yang telah dilakukan. Kesimpulannya catatan perkembangan berisi data yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

- S : data subjektif pasien setelah menerima asuhan
- O : data objektif pasien setelah menerima asuhan
- A : kesimpulan dari keadaan pasien saat ini
- P : rencana yang dilakukan sesuai keadaan pasien

2.3.8 Catatan Perkembangan Kunjungan Nifas 2 (4 – 28 hari)

S : keluhan yang dirasakan ibu. Biasanya pada 4 – 28 hari setelah melahirkan yaitu ibu merasakan nyeri pada jalan lahir, merasa letih karena kurang istirahat.

- O : Keadaan umum : Baik / lemah
- Kesadaran : Composmentis sampai dengan koma
- Tekanan darah : 110 – 120 / 70 – 80 mmHg
- Nadi : 60 – 80 kali/menit
- Suhu : 36,5 – 37,5⁰C
- Pernapasan : 16-24 kali/menit
- Payudara : kebersihan, pengeluaran ASI, ada tidaknya bendungan pada payudara

| | | | |
|---|----------|---|--|
| A | TFU | : | normalnya pertengahan symphysis dan pusat |
| : | Perineum | : | kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum |
| P | Lokhea | : | lokhea sanguinolenta (berwarna merah kekuningan) / lokhea serosa (kuning kecoklatan) / alba (putih kecoklatan) |
| - | | | |
| - | BAK | : | normalnya 5 - 6 kali/hari |
| - | BAB | : | apakah sudah rutin BAB, normalnya 1 kali sehari |

_ Ab _ _ _ dengan ... hari post partum

- P :
1. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital
 2. Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu
 3. Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan
 4. Melakukan pengecekan jumlah darah dan cairan yang keluar melalui vagina
 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-

hari

2.3.9 Catatan Perkembangan pada Kunjungan Nifas 3 (29 – 42 hari)

S : keluhan yang dirasakan ibu. Biasanya pada 29 – 42 hari setelah melahirkan yaitu ibu sudah tidak mengeluarkan darah pada jalan lahir.

Ibu ingin berkonsultasi mengenai KB setelah melahirkan.

O : Keadaan umum : Baik / lemah

Kesadaran : Composmentis sampai dengan koma

Tekanan darah : 110 – 120 / 70 – 80 mmHg

Nadi : 60 – 80 kali/menit

Suhu : 36,5 – 37,5⁰C

Pernapasan : 16-24 kali/menit

Payudara : kebersihan, pengeluaran ASI, ada tidaknya bendungan pada payudara

TFU : normalnya sudah tidak teraba atau bertambah kecil

Perineum : kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum

Lokhea : lokhea sanguinolenta (berwarna merah kekuningan) / lokhea serosa (kuning kecoklatan) / alba (putih kecoklatan)

BAK : normalnya 5 - 6 kali/hari

A BAB : apakah sudah rutin BAB, normalnya 1 kali sehari

: P_____ Ab _____ dengan ... hari post partum

- P :
1. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital
 2. Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu
 3. Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan
 4. Melakukan pengecekan jumlah darah dan cairan yang keluar melalui vagina
 5. Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit atau keluhan yang ibu dan bayi alami
 6. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
 7. Memberikan dukungan untuk KB secara dini

2.4 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Neonatus 1 (6 – 48 Jam)

2.4.1 Pengakajian

a. Data Subjektif

1. Identitas Bayi

Nama bayi : Dikaji nama lengkap untuk mengetahui identitas bayi dan menghindari kekeliruan

Tanggal lahir : Dikaji dari tanggal lahir, bulan dan tahun lahir untuk mengetahui kapan bayi lahir, sesuai atau tidak dengan perkiraan kelahirannya, dan untuk mengetahui usia neonatus saat ini.

Jenis kelamin : Dikaji alat kelamin bayi untuk mengetahui apakah bayi laki-laki atau perempuan

Alamat : Dikaji untuk memudahkan melakukan kunjungan rumah

Identitas Orang Tua : Untuk mengenali ibu dan suami serta mencegah kekeliruan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya diungkapkan oleh ibu seperti bayinya rewel, belum bisa mengisap puting ibu untuk memenuhi kebutuhan ASI bayi.

3. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit apa saja yang pernah diderita keluarga dan hubungannya ada atau tidak dengan keadaan bayi sekarang seperti adanya penyakit

jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin (Muslihatun, 2010).

4. Riwayat Kehamilan

a) Riwayat Prenatal : anak ke berapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes melitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi, TBC, frekuensi *Ante Natal Care* (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil. Penyakit selama hamil : apakah ibu mengalami penyakit jantung, diabetes melitus, gagal ginjal, *hepatitis B*, TBC, HIV, trauma/penganiayaan. Komplikasi janin : komplikasi yang dialami janin selama dalam kandungan, misalnya IUGR, *polihidramnion/oligramnion*, dan gemelli (Muslihatun dkk, 2013).

b) Riwayat natal : Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan, dan berapa nilai APGAR untuk BBL. Komplikasi janin : premature/postmature, malposisi/malpresentasi, gawat janin, ketuban campur meconium, prolapse tali pusat (Muslihatun, 2013).

- c) Riwayat post natal : Observasi TTV, keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/MPASI, berapa cc setiap berapa jam.

5. Kebutuhan Dasar

- a) Pola Nutrisi : setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60cc/kg BB, selanjutnya ditambah 30cc/kg BB untuk hari berikutnya.
- b) Pola Eliminasi : proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normlanya berwarna kuning.
- c) Pola Istirahat : pola tidur normal bayi baru lahir 14-18 jam/hari (Sondakh, 2013).

6. Data sosial, budaya

Untuk mengetahui kesiapan ibu dan anggota keluarga dalam menerima kehadiran bayi. Selain itu untuk mengetahui kebudayaan yang diterapkan dalam merawat bayi misalnya pemberian makanan dan ramuan tertentu pada tali pusat atau pijat bayi.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum bayi apakah baik, sedang, buruk.

b) Suhu

Pemeriksaan ini dilakukan melalui rectal, axila, dan oral yang digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh yang dapat digunakan untuk membantu menentukan diagnosis dini penyakit.

Suhu tubuh normal pada bayi baru lahir sekitar $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Hidayat, 2009).

c) Pernafasan

Pada pernafasan normal perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa ada retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi atau ekspirasi. Gerakan pernafasan bayi normal 40-60 kali per menit (Maryanti, 2011).

d) Denyut jantung

Penelitian frekuensi denyut jantung secara normal pada bayi baru lahir antara 120 – 140 kali per menit (Hidayat, 2009).

2) Pemeriksaan Antropometri

a) Panjang badan

Merupakan salah satu ukuran pertumbuhan seseorang, dengan panjang normal 48-52 cm. panjang badan dapat diukur dengan tongkat pengukur.

b) Berat badan

Massa tubuh diukur dengan pengukur massa atau timbangan, dengan berat badan normal pada bayi 2500-4000 gram. Beberapa hari setelah kelahiran, berat badan bayi turun sekitar 10% dari berat badan lahir. Hal ini terjadi karena bayi mengalami kehilangan cairan, penguapan dari kulit, BAK serta mengeluarkan meconium. Berat badan bayi dapat ditingkatkan kembali dengan cara pemberian ASI sesering mungkin minimal 8 kali dalam sehari (Rochmah, 2011).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

Integumen : Neonatus normal berwarna merah muda

Kepala : Terdapat benjolan abnormal atau tidak, kulit kepala bersih atau tidak

Wajah : Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri, perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin, perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi (Wagiyo, 2016).

- Mata : Pemeriksaan terhadap perdarahan subkonjungtiva atau retina, warna sklera dan tanda-tanda infeksi atau pus (Sondakh, 2013). Mata bayi baru lahir mungkin tampak merah dan bengkak akibat tekanan pada saat lahir dan akibat obat tetes atau salep mata yang digunakan
- Hidung : Simetris, terdapat sedikit mucus tetapi tidak ada lender yang keluar, bersin untuk membersihkan hidung, adanya pernapasan cuping hidung/tidak. Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring (Wagiyo, 2016).
- Mulut : Pemeriksaan terhadap labioskizis, labiopalatoskizis, trush, sianosis, mukosa kering/basah (Muslihatun, 2010).
- Telinga : Telinga simetris atau tidak, bersih atau tidak,

- terdapat cairan yang keluar dari telinga yang berbau atau tidak (Sondakh, 2013).
- Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat benjolan abnormal, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.
- Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan (Tando, 2016).
- Abdomen : Periksa adanya benjolan, gastroskisis, omfalokel. Abdomen tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Abdomen berbentuk silindris, lembut, dan biasanya menonjol dengan terlihat vena pada abdomen. Bising usus terdengar beberapa jam setelah lahir.
- Tali Pusat : Periksa kebersihan, tidak / adanya perdarahan, terbungkus kassa / tidak (Sondakh, 2013).
Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali

pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya (Tando, 2016). Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari (Muslihatun, 2010).

Genetalia : Pemeriksaan terhadap kelamin bayi laki-laki, testis sudah turun dan berada dalam skrotum (Tando, 2016). Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, lubang vagina terpisah dari lubang uretra (Marmi, 2015).

Anus : Terdapat atresia ani atau tidak. Umumnya meconium keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam tidak keluar kemungkinan adanya meconium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2015).

Ekstremitas : (ekstremitas atas) kedua lengan harus bebas bergerak dan sama panjang jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa adanya polidaktil atau sindaktil, telapak tangan harus dapat terbuka. (ekstremitas bawah) periksa kesimetrisan tungkai dan kaki, kedua kaki harus dapat bergerak bebas jika gerak berkurang berkaitan dengan adanya trauma misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktil atau sindaktil pada jari kaki (Wagiyo, 2016).

b) Palpasi

Kepala : Sutura teraba dan tidak menyatu atau masih normal ketika sutura tumpang tindih akibat molase

Leher : Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid atau bendungan vena jugularis

Abdomen : Tidak teraba massa abdomen, tidak distensi

Genetalia : Pada bayi laki-laki terstis teraba pada setiap sisi dan refleks ereksi bisa terjadi spontan ketika alat kelamin disentuh.

Ekstremitas : Tangan sering menggenggam jika ada benda yang berada dalam genggamannya.

c) Auskultasi

Dada : Bunyi dan kecepatan denyut jantung dan napas, tidak normal jika terdapat bunyi ronchi dan wheezing.

Abdomen : Periksa adanya bising usus

4) Pemeriksaan tingkat perkembangan

a) Adaptasi sosial, sejauh mana bayi dapat beradaptasi sosial secara baik dengan orangtua, keluarga, maupun orang lain.

b) Bahasa, kemampuan bayi untuk mengungkapkan perasaannya melalui tangisan untuk menyatakan rasa lapar, BAB, BAK dan kesakitan.

c) Motorik halus, kemampuan bayi untuk menggerakkan bagian kecil dari anggota badannya.

d) Motorik kasar, kemampuan bayi untuk melakukan aktivitas dengan menggerakkan anggota tubuhnya (Sondakh, 2013).

2.4.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Menurut Sondakh (2013) identifikasi yang harus dilakukan yaitu:

- 1) Diagnosis : Neonatus cukup / kurang bulan sesuai usia kehamilan
umur
... jam / hari
- 2) Data Subjektif : bayi lahir tanggal... Jam... dengan normal
- 3) Data objektif :
 - a) Denyut jantung : normal (120-160 kali/menit)
 - b) Pernafasan : normal (40-60 kali/menit)
 - c) Berat badan : normal (2500-4000 gram)
 - d) Panjang badan : normal (48-52 cm)
 - e) Tangisan kuat, warna kulit kemerahan, gerakan aktif/tonus otot baik
 - f) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk
- 4) Masalah :
 - a) Hipotermi
 - b) Hiperbilirubin
 - c) Infeksi
 - d) Muntah dan Gumoh

2.4.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah teridentifikasi. Menurut

Sondakh (2013), masalah potensial pada Neonatus antara lain : Hipotermi, Infeksi, Ikterus, dan Asfiksia.

2.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera sesuai dengan masalah yang ada, seperti :

- 1) 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.
- 2) Menganjurkan ibu untuk memberi ASI pada bayi sesuai dengan kebutuhan bayi.

2.4.5 Intervensi

Merencanakan asuhan yang menyeluruh secara rasional dan sesuai dengan temuan dari langkah sebelumnya (Muslihatun, 2010).

Rencana asuhan yang diberikan meliputi :

- 1) **Diagnosis** : Neonatus cukup / kurang bulan sesuai usia kehamilan umur
... jam / hari
- 2) **Tujuan** :
 - a) Bayi tetap dalam keadaan normal
 - b) Bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi (Sondakh, 2013).

3) Kriteria Hasil :

- a) Bayi dalam keadaan sehat
- b) TTV dalam batas normal :
 - Denyut jantung : 120-160 kali/menit
 - Pernafasan : 40-60 kali/menit
 - Suhu : 36,5-37,5 °C (Sondakh, 2013).

4) Intervensi :

- a) Berikan *informed consent* pada ibu dan keluarga
 - R/ Informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut (Muslihatun, 2010).
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
 - R/ Meminimalkan introduksi bakteri dan penyebaran infeksi (Muslihatun, 2010)
- c) Beri identitas pada bayi
 - R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan (Muslihatun, 2010).
- d) Keringkan kepala dan tubuh neonatus dan bungkus bayi dengan selimut hangat
 - R/ Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembaban bayi dari aliran udara atau pendingin udara, dan membatasi stres akibat perpindahan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin (Muslihatun, 2010).

- e) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa kering yang bersih dan steril.

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi (Muslihatun, 2010).

- f) Timbang berat badan bayi

R/ Kebutuhan nutrisi dapat diperkirakan berdasarkan pada berat badan. Penambahan berat badan atau penurunan berat badan menandakan keadekuatan masukan nutrisi yang diterima. Neonatus memerlukan 100-120 kkal/kg setiap hari. Hanya ASI dan susu formula yang boleh diberikan. Pemberian nutrisi harus diberikan kira-kira setiap 2-3 jam.

- g) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini adanya komplikasi (Muslihatun, 2010).

- h) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB dan BAK

R/ Segera mengganti popok setiap basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas (Muslihatun, 2010).

- i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bagi bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh, kebutuhan nutrisi 30-60 ml setiap 2-3 jam/hari.

- j) Anjurkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak.

R/ Dengan posisi menyusui yang benar maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak, serta kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan baik

5) Masalah :

- a) Muntah dan Gumoh

Tujuan : Mencegah terjadinya muntah dan gumoh

Kriteria Hasil : KU : Baik ,Tidak terjadi Muntah dan gumoh

Intervensi :

- (1) Memperbaiki teknik menyusui.

R/ Pada teknik menyusui yang benar, sinus laktiferus akan berada didalam rongga mulut bayi. Puting susu akan masuk sejauh langit-langit lunak dan bersentuhan dengan langit-langit tersebut.

- (2) Memiringkan bayi

R/ Memiringkan bayi dapat mencegah cairan masuk ke paru-paru.

- (3) Perlakukan bayi dengan baik dan hati-hati.

R/ memperlakukan bayi dengan baik dan hati-hati dapat membuat bayi merasa nyaman.

- (4) Mengkaji faktor penyebab dan sifat muntah.

R/ untuk mengetahui pengeluaran cairan serta faktor penyebab muntah.

(5) Memberi terapi berdasarkan faktor penyebab muntah.

R/ untuk mengatasi muntah pada bayi.

b) Hipotermi

Tujuan : mencegah terjadinya Hipotermi

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

Denyut Jantung : 120-160 kali/menit

Intervensi :

(1) Bantu orangtua dalam mempelajari tindakan yang tepat untuk mempertahankan suhu bayi, seperti menggendong bayi dengan tepat dan menutup kepala bayi bila suhu aksila lebih rendah dari $36,1$ dan periksa suhu 1 jam kemudian.

R/ Informasi membantu orangtua menciptakan lingkungan optimal untuk bayi mereka. Membungkus bayi dan memberikan penutup kepala membantu menahan panas tubuh.

(2) Kaji lingkungan terhadap kehilangan termal melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi. Misalnya ruangan yang dingin atau berangin, pakaian yang tipis.

R/ Suhu tubuh bayi berfluktuasi dengan cepat sesuai perubahan suhu lingkungan.

(3) Tunda memandikan bayi kurang dari 6 jam setelah bayi lahir.

R/ Mencegah bayi kehilangan panas tubuh.

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

R/ Mengurangi kemungkinan kehilangan panas melalui evaporasi dan konveksi.

- (5) Pertahankan tanda-tanda vital, stres dingin (misalnya : pucat, distress pernafasan, tremor, latergis dan kulit dingin)

R/ Hipotermi yang meningkatkan laju penggunaan oksigen dan glukosa, sering disertai dengan hipoglikemia dan distres pernafasan.

c) Hiperbilirubin

Tujuan : Mencegah terjadinya hiperbilirubin

Kriteria hasil : Tidak terjadi peningkatan kadar hiperbilirubin atau kadar bilirubin maksimum 12 mg/dl.

Intervensi :

- (1) Mulai pemberian makan oral awal pada bayi, khususnya ASI

R/ Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dapat mencegah terjadinya ikterus pada bayi.

- (2) Pertahankan bayi tetap hangat dan kering. Pantau kulit dan suhu sesering mungkin.

R/ Stres dingin berpotensi melepaskan asam lemak, yang bersaing pada sisi ikatan pada albumin, sehingga meningkatkan kadar bilirubin yang bersikulasi bebas.

- (3) Perhatikan usia bayi pada saat ikterus, bedakan tipe fisiologis akibat ASI atau patologis.

R/ Ikterus fisiologis tampak pada hari pertama dan kedua dari kehidupan namun jika disebabkan karena ASI maka muncul pada hari keempat dan keenam kehidupan.

d) Infeksi

Tujuan : Infeksi teratasi

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

Pernafasan : Frekuensi 40-60 kali permenit. Tidak ada tanda kemerahan, tidak ada nyeri, tidak ada bengkak, tidak ada penurunan fungsi bagian tubuh

Intervensi :

- (1) Beritahu pada ibu mengenai kondisi bayinya.

R/ Bayi dengan infeksi memerlukan perawatan khusus.

- (2) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.

R/ Membunuh kuman penyebab penyakit.

- (3) Observasi suhu badan bayi.

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

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

R/ Terjadi perpindahan panas secara konduksi.

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

R/ Keadaan infeksi memerlukan terapi obat untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi menjadi semakin berat.

2.4.6 Implementasi

Implementasi sesuai dengan intervensi

2.4.7 Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pemngumpulan data subjektif, objektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan tindakan atau terapi atas kajian yang telah dilakukan. Kesimpulannya catatan perkembangan berisi data yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

S : data subjektif pasien setelah menerima asuhan

O : data objektif pasien setelah menerima asuhan

A : kesimpulan dari keadaan pasien saat ini

P : rencana yang dilakukan sesuai keadaan pasien

2.4.8 Catatan Perkembangan pada Kunjungan Neonatus 2 (3 – 7 hari)

S : keluhan disampaikan oleh ibu bayi biasanya mengeluh bayinya rewel dan tidak mau menyusu

- O** : Denyut Jantung : 120 – 160 x/menit
- Pernapasan : 40 – 60 x/menit
- Suhu : 36,5 – 37,5⁰C
- BB : Biasanya terjadi penurunan BB sebesar 10% dari BB lahir
- Muka : Ikterus atau tidak
- Mata : Sklera putih atau kuning, konjungtiva merah muda / pucat
- Tali pusat : Bersih, tidak ada perdarahan dan terbungkus kassa. Apakah tali pusat sudah lepas.
- BAB : 4 – 6 kali/hari (tidak diare)
- BAK : lebih dari 6 kali/hari
- A** : By. X usia ... hari dengan keadaan baik / tidak
- P** : 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan I
2. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
3. Memeriksa keadaan tali pusat
4. Mengajari ibu mengenali tanda bahaya pada neonates
5. Melakukan pemeriksaan tanda bahaya neonatus menggunakan MTBM

6. Mengamati ibu dalam menyusui bayinya

2.4.9 Catatan Perkembangan pada Kunjungan Neonatus 3 (8 – 28 hari)

S : keluhan disampaikan oleh ibu bayi biasanya mengeluh bayinya masih masih tidak mau menyusui, belum BAK.

O : Denyut Jantung : 120 – 160 x/menit

Pernapasan : 40 – 60 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5⁰C

BB : normalnya terjadi kenaikan BB

Muka : ikterus atau tidak

Tali pusat : bekas pelepasan plasenta apakah terdapat tanda infeksi

BAB : 4 – 6 kali/hari (tidak diare)

BAK : lebih dari 6 kali/hari

A : By. X usia ... jam dengan keadaan baik / tidak

- P : 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan II
2. Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada neonates
3. Melakukan pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM
4. Memberikan informasi tentang imunisasi khususnya BCG dan Polio
5. Memberitahukan pada ibu jadwal imunisasi untuk bayi

6. Mengajukan ibu untuk terus memberikan ASI nya tanpa memberikan makanan tambahan hingga bayi berusia 6 bulan

2.5 Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Masa Interval

2.5.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1. Alasan datang

Untuk mengetahui apa yang menyebabkan klien ber-Kb. Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi yaitu, menunda kehamilan (untuk PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun), menjarangkan kehamilan (baik digunakan untuk usia istri 20-35 tahun dengan jumlah anak anak 2 orang dan jarak kelahiran 2-4 tahun), dan mengakhiri kesuburan (periode untuk usia istri diatas 35 tahun).

2. Riwayat kesehatan

a) Hormonal

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke. Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg,

dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2010).

b) Non Hormonal

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilhcara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami. Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2010).

c) Kontrasepsi Mantap

Penapisan untuk ibu yang akan menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi) yaitu ibu dengan diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal, ibu dengan riwayat hipertensi \geq

160/100 mmHg, berat badan > 85 kg; < 35 kg, ibu dengan riwayat operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelainan pada pemeriksaan panggul, pada pemeriksaan dalam ada kelainan dan Hb < 8 g%.

3. Riwayat Obstetri

a) Menstruasi

Untuk mengetahui haid teratur atau tidak karena beberapa alat kontrasepsi dapat membuat siklus haid menjadi tidak teratur. Siklus haid beberapa alat kontrasepsi dapat membuat haid menjadi lebih lama dan banyak diantaranya implan. Dan apakah ibu mengalami disminore atau tidak apabila sedang haid, penggunaan alat kontrasepsi iud juga dapat menambah rasa nyeri saat haid.

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Apabila ibu sedang menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah meode pilihan terakhir. Namun apabila ibu telah melahirkan namun tidak menyusui dianjurkan untuk menggunakan pil kombinasi.

c) Riwayat KB

Ditanyakan apakah ibu pernah menggunakan KB sebelumnya, dan apa alasan ibu ingin mengganti atau menggunakan KB tersebut.

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a) Tanda tanda vital

Pil kombinasi dan suntik kombinasi tidak disarankan untuk ibu yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi (sistolik >160 mmHg dan diastolik >90 mmHg).

b) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama.

2. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah, dan apakah wajah ibu pucat karena menandakan ibu mengalami anemia sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut.

b) Mata

Konjungtiva merah muda tetapi apabila terjadi perdarahan di luar siklus haid konjungtiva pucat, sklera putih.

c) Leher

Untuk mengetahui ada tidaknya perbesaran vena jugularis yang kemungkinan ibu menderita penyakit jantung.

d) Payudara

Apakah ada benjolan abnormal pada payudara sebagai antisipasi awal apabila terdapat tumor pada payudara. Ibu dengan riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal (Saifudin, 2010 : MK-).

e) Abdomen

Uterus tidak teraba keras yang dicurigai adanya kehamilan, tidak ada pembesaran hepar.

f) Genetalia

Pada kasus spotting untuk mengetahui perdarahan dan mengetahui adanya flour albus terlihat bercak darah berupa flek-flek berwarna kemerahan, ataupun kecoklatan.

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang perlu dilakukan kepada ibu dengan pemilihan alat kontrasepsi tertentu.

2.5.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : P... Ab... usia... tahun calon akseptor KB

Ds : ibu sudah mendapatkan haid dan berencana untuk menggunakan KB

Do : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 110-120 / 70-80 mmHg

Nadi : 60 – 80 x/menit

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

RR : 16 – 24 x/menit

BB : kg

2.5.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Hormonal :

- a. Suntikan Progestin : Amenorea, perdarahan/perdarahan bercak (spotting), meningkatnya / menurunnya berat badan.
- b. Pil progestin : Amenorea, perdarahan tidak teratur/spotting
- c. Pil kombinasi : Amenorea, mual, pusing, atau muntah, perdarahan pervaginam/ spotting
- d. Suntik kombinasi : Amenorea, Mual atau pusing atau muntah, perdarahan/perdarahan bercak (spotting).
- e. Implant : Amenorea, spotting, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, meningkatnya/menurunnya berat badan.

Non Hormonal :

- a. AKDR : Amenorea, kejang, perdarahan per vagina yang hebat dan tidak teratur.

Kontrasepsi Mantap

- a. Tubektomi : Infeksi luka, demam pascaoperasi, luka pada kandung kemih (jarang terjadi), hematoma, emboli gas, rasa sakit pada lokasi pembedahan, perdarahan superfisial (tepi-tepi kulit/subkutan).

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

2.5.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

2.5.5 Intervensi

Dx : P... Ab... usia... tahun calon akseptor KB

Tujuan :

- a) Pengetahuan ibu tentang macam – macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- b) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisinya

Kriteria Hasil :

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

Intervensi

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) Gunakan ABPK untuk menguraikan beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

- d) Bantulah klien untuk menentukan pilihannya. Anjurkan klien untuk memakai metode lain apabila ia berhenti memakai MAL atau jika dia menginginkan perlindungan tambahan. Metode lain yang baik selama menyusui adalah metode non-hormonal seperti kondom, AKDR, Kontap. Metode yang hanya berisi progestin juga bisa dipakai selama menyusui (suntik 3 bulanan, implan). Jika menginginkan AKDR dipasang segera setelah partus, maka klien harus merencanakan kelahiran di rumah sakit atau puskesmas. Pemasangan dapat segera dilakukan segera setelah plasenta lahir hingga 48 jam setelah partus. Jika tidak, harus menunggu paling sedikit 4 minggu untuk dapat dipasang.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- e) Jelaskan mengenai KB IUD (AKDR) merupakan alat kecil yang dipasang dalam rahim, sangat efektif dan aman, dapat dicabut kapan saja Anda inginkan, bekerja hingga 10 tahun tergantung jenisnya, dapat menambah

pendarahan haid atau menyebabkan kram, dan tidak melindungi dari HIV AIDS dan IMS.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

f) Jelaskan mengenai KB Implan yaitu 1 sampai 2 batang kecil yang diletakkan di bawah kulit lengan atas, efektif selama 3-5 tahun, tergantung jenis implant, mudah untuk berhenti, bisa dikeluarkan kapan saja, aman bagi hampir semua perempuan, biasanya mempengaruhi haid, tidak melindungi terhadap HIV AIDS dan IMS.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

g) Jelaskan mengenai KB suntik 3 bulan yaitu Suntikan diberikan setiap 3 bulan Sangat efektif, mudah untuk berhenti namun perlu waktu untuk dapat hamil, aman bagi hampir semua perempuan, merubah haid bulanan, dan tidak melindungi terhadap HIV/IMS.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

h) Jelaskan mengenai kontrasepsi mantap (kontap). Tubektomi merupakan tindakan operasi, rahim tidak diangkat ibu masih bisa mendapat haid, metode yang tidak mudah dikembalikan ke semula—hanya untuk ibu yang tidak menginginkan anak lagi, sangat efektif, aman bagi hampir

semua ibu, tidak ada efek samping jangka Panjang dan tidak melindungi terhadap HIV/AIDS-IMS.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- i) Jelaskan mengenai KB kondom yaitu dapat mencegah kehamilan dan IMS termasuk HIV, sangat efektif bila digunakan setiap kali bersenggama, bisa hanya kondom dan atau bersama dengan metode KB lain, dan mudah didapat dan digunakan.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- j) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

- k) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- l) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama

penggunaan alat kontrasepsi.

Intervensi :

Hormonal :

a. Alat kontrasepsi Suntik Progestin (Siswishanto, 2009)

- 1) Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien
- 2) Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya. Menurut Saifuddin (2009) efek samping yang bisa terjadi yaitu amenorea, perdarahan/bercak (*spotting*) dan meningkatnya atau menurunnya berat badan.
- 3) Anjurkan klien untuk kembali 12 minggu lagi, berikan tanggal pastinya.

R/ dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan memudahkan ibu untuk mengingat/kembali suntik ulang secara tepat.

- 4) Anjurkan klien agar kembali ke klinik sebelum waktu suntik ulang yang dijadwalkan apabila mengalami perdarahan banyak pervaginam dan terlambat menstruasi (pada pola haid yang biasanya teratur).

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Alat kontrasepsi Pil Progestin (Siswishanto, 2009)

- 1) Berikan kontrasepsi pil progestin pada klien

R/ Pemberian pil progestin secara tepat, sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi obat.

- 2) Berikan instruksi pada klien tentang bagaimana menggunakan kontrasepsi pil, efek samping dan penanganannya, masalah atau komplikasi yang mengharuskan klien kembali ke klinik dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum pil.

R/ Supaya ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut Saifuddin (2009) efek samping dari kontrasepsi pil progestin, yaitu:

- a) Amenorea
- b) Perdarahan tidak teratur/ *spotting*
- c) Diskusikan kunjungan ulang dengan klien

R/ dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan memudahkan ibu untuk mengingatkan/kembali suntik ulang secara tepat.

- 3) Yakinkan klien untuk kembali setiap saat apabila masih ada pertanyaan atau masalah.

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

c. Alat kontrasepsi Implant (Siswishanto, 2009)

- 1) Berikan konseling pra pemasangan implant.
 - a) Jelaskan kemungkinan efek samping kontrasepsi implant.
 - b) Jelaskan proses pemasangan implant dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.
 - c) Berikan *informed consent*.

R/ Dengan pengetahuan yang baik klien akan termotivasi untuk lebih mudah bekerjasama dengan tenaga kesehatan.

2) Lakukan penapisan calon akseptor KB implant

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

3) Lakukan pemasangan implant.

4) Berikan konseling pasca pemasangan implant.

5) Jelaskan pada klien apa saja yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut Saifuddin (2009) efek samping penggunaan kontrasepsi implant, yaitu :

a) Amenorea

b) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan

c) Ekspulsi

d) Infeksi pada daerah insersi

e) Berat badan naik/turun.

6) Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol atau sewaktu-waktu ada keluhan.

R/ Ibu tenang dan tidak khawatir akan efek samping yang kemungkinan terjadi.

7) Ingatkan kembali masa pemakaian implant.

R/ Ibu tidak lupa tanggal pencabutan implant.

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

R/ Ibu mendapatkan informasi sesuai kebutuhan.

- 9) Lakukan observasi selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

R/ Observasi terjadi ekspulsi atau tidak.

Non-Hormonal

- a. Alat kontrasepsi IUD (Siswishanto, 2009) :

- 1) Berikan konseling pra pemasangan IUD
- 2) Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping kontrasepsi IUD.
- 3) Jelaskan pada klien bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul.
- 4) Jelaskan proses pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.
- 5) Berikan *informed consent*

R/ Ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD.

- 6) Lakukan penapisan calon akseptor KB IUD

R/ Memastikan ibu cocok dalam menggunakan KB IUD.

- 7) Lakukan pemasangan IUD
- 8) Berikan konseling pasca pemasangan IUD
 - a) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD dan kapan harus dilakukan.
 - b) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD. Menurut Saifuddin (2009) efek samping penggunaan kontrasepsi IUD, yaitu :

- a. Amenorea
- b. Kejang
- c. Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur
- d. Benang yang hilang

9) Adanya pengeluaran cairan dari vagina/ dicurigai adanya PRP
Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol

R/ Kontrol ulang digunakan untuk memastikan IUD masih terpasang dengan baik

10) Ingatkan kembali masa pemakaian IUD

R/ Ibu tidak lupa dengan tanggal pencabutan IUD.

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

R/ Untuk meminimalkan terjadinya risiko.

12) Lakukan observasi selama 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang

R/ Observasi apakah terjadi perdarahan yang disebabkan oleh perforasi.

Alat Kontrasepsi Mantap

- a. kontrasepsi Tubektomi (Siswishanto, 2009)

- 1) Teliti dengan seksama untuk memastikan bahwa klien telah memenuhi syarat sukarela, bahagia dan sehat.
R/ Memastikan ibu mantap dan menggunakan kontrasepsi tubektomi.
- 2) Pastikan klien mengenali dan mengerti keputusannya untuk melakukan tubektomi
- 3) R/ Ibu dapat beradaptasi menerima perubahan yang terjadi setelah dilakukan tubektomi.
- 4) Berikan informed consent
- 5) R/ Ibu setuju dengan tindakan yang dilakukan
- 6) Berikan konseling sebelum pelayanan
 - a) Jelaskan bahwa sebelum prosedur tubektomi akan dilakukan pemeriksaan fisik dan dalam (bimanual).
 - b) Lakukan penapisan calon akseptor kontrasepsi tubektomi
 - c) Jelaskan tentang teknik operasi, anestesi lokal, dan kemungkinan rasa sakit atau tidak nyaman selama operasi.
R/ Ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi.
- 7) Berikan konseling pasca tindakan tubektomi.
 - a) Jelaskan pada klien untuk menjaga agar daerah luka operasi tetap kering.
 - b) Yakinkan klien bahwa ia dapat datang kembali setiap saat bila terjadi nyeri, perdarahan luka operasi atau pervaginam dan demam.

c) Jelaskan pada klien kapan senggaman dapat dilakukan dan jadwal kunjungan ulang.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi.

Kemungkinan Masalah :

a) Amenorhea

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

Kriteria Hasil : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi :

1. Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea

R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

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

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

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

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

b) Pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi

Kriteria Hasil : Mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

1. Kaji keluhan pusing pasien

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

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

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

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

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

c) Perdarahan Bercak/Spotting

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

Kriteria Hasil : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi :

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

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

2.5.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi

2.5.7 Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Dengan kriteria:

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