

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

2.1.1 Pengkajian Data

Pengkajian adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan klien. Data ini termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif dan data objektif serta data penunjang.

a. Data Subjektif

1. Identitas Klien

a) Nama suami/istri

Pengkajian nama dilakukan untuk mengenali ibu dan suami serta menghindari terjadinya kekeliruan dengan klien yang lain (Hani, 2010)

b) Umur

Pengkajian umur dilakukan untuk mengetahui pengaruh atau resiko umur terhadap permasalahan kesehatan klien. Yulifah (2011), mengatakan di dalam bukunya bahwa umur yang terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak resikonya. Dilansir dalam penelitian Hipson (2016) mengenai hubungan usia ibu hamil dengan resiko preeklamsi dan eklamsi bahwa usia resiko terkena eklamsia pada usia <29 tahun dan >35 tahun. Pada usia <20 tahun keadaan reproduksi belum siap untuk menerima kehamilan. Pada usia >35 tahun usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan dan alat kandungam dan pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan dan alat kandungan, dan pada usia

tersebut cenderung didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu salah satunya hipertensi dan eklampsia. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan menurut Kartu Skor Poedji Rochjati adalah 16-35 tahun.

c) Agama

Pengkajian mengenai agama digunakan untuk mengidentifikasi kepercayaan klien yang berhubungan dengan kehamilan. Pada saat keadaan yang gawat, penolong dapat melakukan antisipasi dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama Islam memanggil ustadz dan sebagainya (Romauli, 2011)

d) Suku/Ras

Pengkajian mengenai suku dilakukan agar mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011)

e) Pekerjaan

Pekerjaan perlu untuk ditanyakan agar mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan klien. Pekerjaan klien dapat menunjukkan taraf hidup dan sosial ekonominya agar nasehat yang diberikan dapat sesuai.

f) Pendidikan

Pendidikan klien perlu ditanyakan untuk mengetahui tingkat pendidikannya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

g) Alamat

Pengkajian mengenai alamat dilakukan agar dapat mengetahui tempat tinggal klien dan mengetahui keadaan lingkungannya. Data mengenai alamat juga memudahkan dalam menghubungi keluarga apabila ada hal mendesak.

2. Keluhan Utama

Pada kasus kehamilan data yang harus ditanyakan adalah hal yang mendorong klien datang untuk memeriksakan kehamilannya. Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui keluhan utama klien yang meliputi pertanyaan mengenai apa yang klien rasakan, sejak kapan, berapa lama, apakah mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III, antara lain :

a) Peningkatan frekuensi berkemih

Pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kemih hanya berisi sedikit urine (Hani, 2011).

b) Nyeri pinggang dan punggung bagian bawah

Terjadi relaksasi ringan dan peningkatan mobilitas sendi panggul normal selama masa hamil, pemisahan simphysis pubis, dan ketidakstabilan sendi akroiliaka yang besar dapat menimbulkan nyeri dan kesulitan berjalan (Hani, 2011).

c) Konstipasi

Terjadi relaksasi pada usus halus sehingga penyerapan makanan menjadi lebih maksimal. Relaksasi juga terjadi pada usus besar sehingga penyerapan air menjadi lebih lama (Hani, 2011).

d) Edema umum

Terjadi gangguan sirkulasi darah akibat pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena cava inferior ketika berbaring; peningkatan penyerapan kapiler (Hani, 2011).

3. Riwayat Menstruasi

Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), lama saat menstruasi, keluhan disaat mengalami menstruasi. Riwayat menstruasi berpengaruh pada tafsiran persalinan apakah maju lebih awal atau mundur dari tafsiran persalinan tersebut. 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, 2013).

4. Riwayat Perkawinan

Riwayat perkawinan perlu ditanyakan untuk mengetahui pengaruh riwayat perkawinan terhadap permasalahan kesehatan klien. Data riwayat pernikahan ini juga untuk membantu menentukan bagaimana keadaan alat reproduksi klien. Hal-hal yang perlu ditanyakan kepada klien mengenai riwayat perkawinannya adalah :

- a) Banyak pernikahan : kali
- b) Usia pernikahan : tahun
- c) Status pernikahan : (sah/tidak)
- d) Lama pernikahan : (tahun/bulan)

5. Riwayat Kesehatan

Kondisi medis dapat dipengaruhi ataupun mempengaruhi kehamilan. Bila tidak diatasi dapat berakibat serius bagi klien. Menurut Poedji Rochjati (2003), riwayat kesehatan yang dapat berpengaruh pada kehamilan antara lain :

- a) Anemia (jika HB <6 gr%). Anemia dalam kehamilan dapat berdampak pada janin yaitu terjadinya kematian janin dalam kandungan atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), persalinan prematur, dan berdampak pada ibu pula yaitu terjadinya persalinan lama, dan perdarahan postpartum
- b) TBC paru, janin akan tertular setelah lahir. Bila TBC berat akan menurunkan kondisi ibu hamil, tenaga, bahkan ASI juga berkurang. Dapat terjadi abortus, bayi lahir prematur, persalinan lama, dan perdarahan postpartum
- c) Diabetes Melitus. Ibu hamil yang mengidap diabetes melitus dapat berdampak terjadinya persalinan prematur, polihydramnion, kelainan bawaan, Bayi Baru Lahir besar atau makrosomia, kematian janin dalam kandungan (IUFD).
- d) Jantung. Penyakit jantung pada ibu hamil bahayanya yaitu bertambahnya payah jantung, kelahiran prematur/lahir mati.
- e) HIV/AIDS. Ibu hamil yang mengidap penyakit HIV/AIDS dapat berdampak pada bayi yaitu terjadi penularan melalui ASI dan ibu mudah terinfeksi.

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang kesehatan keluarga klien dikaji untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit yang genetik yang dapat mempengaruhi kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011).

Penyakit keluarga yang perlu ditanyakan antara lain meliputi kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan,

kehamila ganda, TBC, epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik (Hani, 2010).

7. Riwayat Kehamilan Sekarang

Pengkajian mengenai riwayat kehamilan sekarang meliputi :

a) Gerakan janin

Gerakan janin yang dirasakan pertama kali oleh klien disesuaikan dengan usia kehamilan. Klien yang ragu tentang HPHT maka kaji gerakan janin pertama yang dirasakan klien sebagai catatan untuk membantu memperkirakan usia kehamilan. Gerakan janin selama trimester III dirasakan oleh klien setidaknya 10 kali dalam 24 jam. Gerakan janin pertama kali dirasakan primigravida sekitar usia kehamilan 18-20 minggu dan untuk multigravida dapat dirasakan sekitar usia kehamilan 16 minggu (Indrayani, 2011)

b) Tanda bahaya atau penyulit

Pengkajian mengenai tanda bahaya meliputi perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, dan demam (Indrayani, 2011).

c) Keluhan umum

Keluhan fisiologis yang lazim pada kehamilan atau ketidaknyamanan pada trimester III seperti nyeri punggung bawah, sesak nafas, edema dependen, peningkatan frekuensi berkemih, nyeri ulu hati, konstipasi, kram tungkai, insomnia, kesemutan (Varney, 2007)

d) Obat yang dikonsumsi

Pengkaji perlu menggali tentang obat- obat yang dikonsumsi klien termasuk jamu- jamuan atau tindakan invasiv yang potensial mengarah pada teratogenik seperti

penggunaan sinar X, cobalt, pengobatan cytotoxic atau zat-zat radioaktif (Indrayani, 2011).

8. Riwayat Obstetri

Menurut nursalam, 2009 meliputi :

a) Kehamilan : Pada kehamilan dikaji apakah kehamilan yang lalu sampai pada usia kehamilan aterm (37-42 minggu), preterm (28-36 minggu), postterm (>42 minggu). Klien biasa diperiksa dimana dan berapa kali. Pengkajian ini juga meliputi tentang adakah gangguan seperti muntah-muntah berlebihan, hipertensi, perdarahan selama kehamilan yang lalu (Muslihatun dkk, 2009).

b) Riwayat Persalinan

Pengkajian mengenai riwayat persalinan meliputi :

1) Apabila persalinan yang lalu klien secara normal : apakah klien setelah mengalami perdarahan pasca persalinan atau tidak, apabila iya harus dievaluasi penyebab perdarahan tersebut. Jika seseorang wanita telah pernah dibantu dalam melahirkan terdahulu dengan menggunakan forcep, vacuum, maka penting sekali untuk memahami mengapa hal tersebut diperlukan. Jika pernah mengalami robekan pada bekas jaringan yang terdahulu (Wulandari, 2011).

2) Apabila persalinan yang lalu klien secara caesar : dikaji kemungkinan apakah ibu bisa melalui persalinan secara normal untuk selanjutnya. VBAC (*Vaginal Birth After Caesar*) merupakan metode persalinan normal yang dilakukan pada ibu dengan riwayat caesar. VBAC dapat dilakukan kepada ibu dengan syarat : Ibu yang memiliki bekas sayatan operasi caesar berbentuk garis horizontal yang terletak rendah di bawah perut, saat ini mengandung 1 bayi, dan

hanya pernah 1 kali operasi caesar sebelumnya tapi bukan dengan sayatan vertical, sedang mengandung bayi kembar, dan pernah operasi caesar sebelumnya tapi bukan dengan sayatan vertikal, persalinan terjadi secara spontan setelah induksi, sehingga kontraksi berlangsung cepat, tulang panggul ibu berukuran cukup besar, sehingga memungkinkan bayi untuk keluar dengan mudah, belum pernah melakukan operasi berat pada rahim, seperti miomektomi untuk mengangkat tumor rahim jinak (fibroid), belum pernah mengalami rahim robek di kehamilan sebelumnya, tidak memiliki kondisi medis yang membuat persalinan melalui vagina menjadi berisiko, misalnya plasenta previa atau fibroid. (Yuniartika, 2016-*Artikel Penelitian Keberhasilan Vaginal Birth After Caesarean-section (VBAC) Berdasarkan Riwayat Persalinan Di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember*. Universitas Jember).

c) Nifas : Pengkajian mengenai riwayat nifas dikaji apakah pernah mengalami perdarahan, infeksi dan bagaimana proses laktasinya (Muslihatun dkk, 2009)

d) Anak : jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan lahir (Muslihatun dkk, 2009)

9. Riwayat KB

Pengkajian mengenai riwayat KB yaitu untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, dan jenis KB yang digunakan, dan perencanaan mengenai KB yang akan digunakan setelah persalinan ini. (Varney, 2007).

10. Pola Kebutuhan Sehari – Hari

- a) Nutrisi : Nutrisi ibu dikaji untuk mengetahui ibu hamil apakah menjalani budaya makan makanan tertentu, bagaimana nafsu makannya, jumlah makanan, minuman, atau cairan yang masuk.
- b) Eliminasi : Hal ini dikaji untuk mengetahui kebiasaan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) yang meliputi frekuensi dan konsistensi (Alimul, 2006)
- c) Pola aktivitas : Pola aktivitas ibu dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat istirahat atau tidur sesuai kebutuhannya. Durasi ibu tidur dalam sehari dan kesulitan selama ibu melakukan istirahat. Kebutuhan tidur kurang lebih 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Tanyakan pula apakah ibu pernah mengikuti kelas hamil ataupun senam hamil, kapan terakhir kali mengikuti senam hamil, sudah berapa kali, keluhan yang dirasakan, serta apa saja yang didapat selama kegiatan Pola istirahat dan aktivitas ibu selama masa kehamilan yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada timbulnya anemia (Hendersen, 2006).
- d) Istirahat : Istirahat ibu dikaji untuk mengetahui berapa jam ibu tidur malam, dan berapa jam ibu istirahat atau tidur siang (Saifudin, 2002). Ibu hamil diharapkan istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, tidur siang selama 1 – 2 jam dan tidur malam selama 8 jam (Saifudin, 2002)
- e) Personal hygiene : Pola personal hygiene ibu diikaji untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian. Gosok gigi 2

kali sehari, keramas 2 kali seminggu, ganti pakaian 2 kali sehari dan ganti pembalut setidaknya 2 kali sehari (Wiknojosastro, 2007)

- f) Pola seksual : Pola seksual ibu dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan seksual dalam satu minggu (Manuaba, 2007)

11. Riwayat Psikologi Sosial dan Budaya

Riwayat psikologi sosial dan budaya dikaji untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, misal wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa hamil, sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati, 2008).

Pengkajian mengenai riwayat ini juga untuk mengetahui pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan klien khususnya pada masa hamil, misalnya pada kebiasaan pantangan makanan (Ambarwati, 2008)

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Keadaan umum dikaji untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek, tingkat kesadaran pasien apakah composmentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma (Prihardjo, 2007)

b) Kesadaran

Pengkajian mengenai kesadaran klien dapat membantu dalam mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien melalui Glasgow Coma Scale (GCS).

Glasgow Coma Scale (GCS) menurut Latifin (2014):

- (a) Keadaan koma (GCS 3), yaitu keadaan dimana pasien mengalami penurunan kesadaran yang sangat dalam, tidak terdapat respon setelah dirangsang oleh nyeri serta tidak ada gerakan secara spontan.
- (b) Keadaan semi koma (GCS 4), yaitu keadaan pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon rangsang terhadap verbal, tidak dapat dibangunkan tetapi respon terhadap nyeri tidak adekuat dan reflek pupil dan kornea masih baik.
- (c) Keadaan stupor (GCS 5-6), yaitu kondisi pasien tertidur lelap dan berkepanjangan tetapi masih ada respon terhadap nyeri.
- (d) Keadaan samnolen (GCS 7-9), yaitu keadaan pasien mengantuk yang dapat pulih jika dirangsang, tapi jika rangsangan itu berhenti pasien akan tidur kembali (pasien tidak dalam keadaan sadar).
- (e) Keadaan delirium (GCS 10–11), yaitu suatu keadaan dimana terjadinya kekacauan motorik dan siklus tidur bangun, pasien tampak gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), kadang berkhayal/ berhalusinasi.
- (f) Keadaan apatis (GCS 12-13), yaitu kesadaran pasien yang tampak acuh (kurangnya respon) baik terhadap lingkungan maupun dirinya sendiri ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tampak tidak fokus.
- (g) Keadaan komposmentis (GCS 14–15), yaitu kesadaran pasien sadar penuh, baik terhadap lingkungan maupun dirinya sendiri.

c) Pengukuran Tanda – Tanda Vital

- (1) Tekanan darah : Pengukuran tekanan darah dikaji untuk mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi. Batas normal tekanan darah adalah 110/60-140/90 mmHg (Prawirohardjo, 2009).
- (2) Suhu : Suhu diukur untuk mengetahui suhu ibu. Suhu tubuh normal yaitu 35,60C-37,60C (Perry dan Potter, 2005).
- (3) Nadi : Pengukuran nadi dilakukan untuk mengetahui denyut nadi klien yang dihitung dalam satu menit. Nadi normal adalah 60-100 kali permenit (Perry dan Potter, 2005).
- (4) Respirasi : Respirasi klien dikaji untuk mengetahui frekuensi pernafasan yang dihitung dalam satu menit. Respirasi normal adalah 16-20 kali per menit (Perry dan Potter, 2005).

2. Pemeriksaan Antopometri

a) Tinggi Badan

Penkajian mengenai tinggi badan klien digunakan untuk mengetahui tinggi badan klien kurang dari 145 cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak. Pada Kartu Skor Poedji Rochjati disebutkan bahwa ibu dengan tinggi kurang dari 145 cm ibu termasuk dalam ibu hamil dengan resiko tinggi. Keadaan ini juga memungkinkan terjadinya *Cephalo Pelvic Disporpotion* (CPD). (Manuaba, 2007).

b) Berat Badan

Berat badan dikaji untuk mengetahui normal kenaikan berat badan selama kehamilan diukur dengan acuan Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu. Bagi ibu hamil dengan IMT di bawah 18,5 (*underweight*) sebelum kehamilan, maka disarankan

untuk menaikkan berat badan sampai 12,5 - 18 kg. Bagi ibu hamil dengan IMT 25 - 29,9 (*overweight*) sebelum kehamilan, maka disarankan untuk menjaga kenaikan berat badan hanya 7 - 11,5 kg. Bagi ibu hamil dengan IMT di atas 30 (obesitas) sebelum kehamilan, maka disarankan untuk menjaga kenaikan berat badan hanya 5 - 10 kg.

c) LILA dikaji untuk mengetahui lingkaran lengan atas klien. LILA dengan ukuran kurang dari 23,5 cm mengindikasikan bahwa ibu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

3. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala dan Rambut : Kebersihan rambut, warna rambut (Muslihatun dkk, 2010). Warna rambut merah seperti rambut jagung indikasi kurang gizi
- b) Muka : Muka bengkak/oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau tida. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011)
- c) Mata : konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan, sklera ikterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis (Romauli, 2011)
- d) Hidung : Hidung dikaji untuk mengetahui kebersihan hidung, adanya polip atau tidak (Nursalam, 2009).
- e) Mulut : Bibir kering/tidak, Stomatitis/ tidak, ada caries pada gigi/ tidak, dalam kehamilan sering terjadi stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar terlihat bersih. (Sarwono, 1999 : 405). Karies pada ibu hamil menandakan ibu

kekurangan kalsium. Ibu hamil yang memiliki kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi. (Manuaba, 1998 : 140)

- f) Telinga : Pada pemeriksaan telinga, dilihat adakah serumen pada telinga kanan dan kiri, kesimetrisan telinga kanan dan kiri (Nursalam, 2009).
- g) Leher : Pemeriksaan leher meliputi adakah pembesaran kelenjar tyroid/ tidak, teraba pembesaran vena jugularis/ tidak, teraba pembesaran kelenjar limfe/ tidak.
- h) Dada : Pemeriksaan dada dikaji untuk mengetahui kesimetrisan, adakah retraksi seperti kulit jeruk (-/-), puting susu menonjol atau tidak (+/+), pengeluaran ASI/kolostrum sudah keluar atau belum (+/+) (Nursalam, 2009).
- i) Abdomen : Pemeriksaan abdomen dikaji untuk mengetahui ada bekas operasi atau tidak, striae gravidarum atau tidak (Nursalam, 2009).

Leopold I Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri sesuai dengan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan antara pusat dan processus xyphoideus
36 minggu	Setinggi processus xyphoideus
40 minggu	Dua jari (4 cm) di bawah processus xyphoideus

Sumber : Hani, Ummi, 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis, Salemba Medika, Jakarta, halaman 81 – 82.

Tabel 2.2
TFU menurut Mc. Donald

Usia Kehamilan	TFU
22-28 minggu	24-25 cm di atas symphysis
28 minggu	26,7 cm di atas symphysis
30 minggu	29,5-30 cm di atas symphysis

32 minggu	29,5-30 cm di atas symphysis
34 minggu	31 cm di atas symphysis
36 minggu	32 cm di atas symphysis
38 minggu	33 cm di atas symphysis
40 minggu	37,7 cm di atas symphysis

Sumber : Sari, Anggrita, 2015. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, In Media, Bogor, halaman 48-49

Rumus Johnson-Toshack :

$$TBJ = (\text{Tinggi Fundus Uteri (cm)} - N) \times 155 \text{ gram}$$

Keterangan :

N = 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul

N = 12 bila kepala masih berada di atas spina iskiadika

N = 11 bila kepala masih berada di bawah spina iskiadika

Leopold II

Pemeriksaan palpasi pada abdomen melalui cara leopold II dilakukan untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lentang (Romauli, 2011).

Leopold III

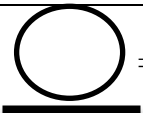
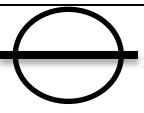
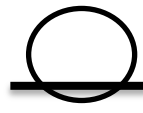
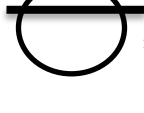
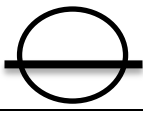
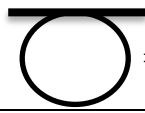
Pemeriksaan palpasi pada abdomen melalui cara leopold III dilakukan untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di symphysis, pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras, dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011).

Leopold IV

Pemeriksaan palpasi pada abdomen melalui cara leopold IV dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP. Posisi

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

Tabel 2.3
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlindungan

Periksa Luar	Keterangan	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan	 =2/5	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =4/5	Sulit digerakkan, Bagian terbesar kepala belum masuk panggul	 =1/5	Kepala di dasar panggul
 =3/5	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul	 =0/5	Di perineum

Sumber: Saifudin, Abdul Bari. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.

DJJ : Pemeriksaan DJJ yang dilakukan melalui auskultasi ditemukan terdengar DJJ/ tidak, teratur/ tidak, frekuensi normal 120-160 kali/menit.

- j) Genetalia : Pemeriksaan genetalia meliputi bersih/tidak, ada kelainan/ tidak, ada varises / tidak, oedem / tidak, ada fluor /tidak, ada condiloma /tidak. Terdapat beberapa pasien yang tidak berkehendak dilakukannya pemeriksaan genetalia
- k) Ekstremitas : Atas : Ektremitas atas adakah oedem, adakah varises, adakah kelainan lain pada ekstremitas atas (-/-),
- l) Bawah :Ekstremitas atas adakah varices, adakah oedema, adakah kelainan lain pada ekstremitas atas (-/-)

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mendukung dalam penegakan diagnosa seperti pemeriksaan laboratorium, rontgen ultrasonograf dan lain – lain (Varney, 2004).

a) Pemeriksaan laboratorium (Romauli, 2011)

Wanita hamil diperiksa urinnya untuk mengetahui kadar protein glukosa, diperiksa darah untuk mengetahui faktor rhesus, golongan darah, dan Hb.

Tabel 2.4
Pemeriksaan Laboratorium bagi Ibu Hamil

NO.	PEMERIKSAAN	TUJUAN	KATEGORI
1	Hemoglobin	Untuk mengetahui kadar hemoglobin dalam darah	a) >11 gr/dl = Normal b) 8-11 gr/dl = Anemia ringan c) <8 gr/dl = Anemia berat
2	Protein urin	Untuk mengetahui adakah kandungan protein dalam urin yang bisa mengarah pada kasus preeklamsi dan eklamsi	a) Tidak ada kekeruhan = (-) b) Kekeruhan ringan tanpa butir-butir = (+) c) Kekeruhan mudah dilihat dan nampak butir-butir = 2+ d) Urin jelas keruh dan kekeruhan berkeping-keping = 3+ e) Sangat keruh dan bergumpal/memadat = 4+
3	Glukosa dalam urin	Untuk mengetahui adakah kandungan glukosa dalam urin yang mengarah pada penyakit diabetes melitus	a) Warna tetap biru atau sedikit kehijauan = (-) b) Warna hijau kekuningan = (+) c) Warna kuning, kehijauan, dan keruh = 2+ d) Warna jingga dan keruh = 3+ e) Warna merah dan keruh = 4+
4	VDLR/RPR	Untuk memastikan ibu tidak menderita penyakit syphilis	a) Negatif = Normal b) Positif = Syphilis
5	Faktor rhesus	Untuk memastikan tidak ada kelainan darah	a) Rh+ = Normal b) Rh- = rh sensitization
6	Golongan darah	Untuk mengetahui golongan darah ibu	Hasil : Kemungkinan ketidakcocokan ABO
7	HIV	Untuk memastikan ibu tidak menderita penyakit HIV/AIDS	a) Normal = (Non Reaktif) b) AIDS = (Reaktif)

Sumber : Hani, Ummi, 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis, Salemba Medika, Yogyakarta.

2.1.2 INTERPRETASI DATA

Diagnosa : G_ P_ _ _ Ab_ _ _ Uk 36 minggu, Tunggal/Ganda, Hidup/Mati, Intrauterine/Ekstraurine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal

Subjektif : Ibu mengatakan ini kehamilan ke ... usia kehamilan .. minggu, Ibu mengatakan HPHT

Objektif :

Keadaan Umum : Baik Suhu : $35,6^{\circ}\text{C} - 37,6^{\circ}\text{C}$

Kesadaran : Composmentis Tinggi Badan : $>145\text{ cm}$

Tekanan Darah : $90/60 - 120/80\text{ mmHg}$ Berat Badan : ... kg

Nadi : $60 - 100\text{x/menit}$ Tafsiran Persalinan:

Respiration Rate : $16 - 20\text{x/menit}$ LILA : $>23\text{ cm}$

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU setinggi processus xyphoideus, 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).

Mc. Donald : TFU 32 cm di atas symphysis

Auskultasi : DJJ $120 - 160\text{ x/menit}$

Masalah :

a. Peningkatan frekuensi berkemih

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

Objektif : Kandung kemih teraba penuh

b. Sakit punggung atas dan bawah

Subjektif : Ibu mengatakan punggung atas dan bawah terasa nyeri.

Objektif : Ketika berdiri terlihat postur tubuh Ibu condong ke belakang (lordosis)

c. Edema dependen

Subjektif : Ibu mengatakan kakinya bengkak

Objektif : Tampak oedem pada ekstremitas bawah +/-

d. Kram tungkai

Subjektif : Ibu mengatakan kram pada kaki bagian bawah

Objektif : Perkusi refleks patella +/+, nyeri tekan pada bekas kram

e. Kesemutan pada baal pada jari

Subjektif : Ibu mengatakan paa jari – jari terasa kesemutan

Objektif : Wajah ibu menyeringai saat terasa kesemutan pada jari – jari

2.1.3 DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Menurut Sulistyawati (2009:181), langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi

2.1.4 DIAGNOSA MASALAH DAN KEBUTUHAN SEGERA

Langkah ini menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan (Varney, 2004).

2.1.5 INTERVENSI

Diagnosa : G_ P_ _ _ Ab_ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, letak kepala, punggung kanan/kiri dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

KH : Keadaan Umum: Baik	RR : 16 – 20x/menit
Kesadaran : Composmentis	Suhu : 35,6 ⁰ C – 37,6 ⁰ C
Tekanan Darah : 90/60–120/80 mmHg	DJJ : 120–160 x/menit
Nadi : 60 – 100x/menit	

Intervensi :

1) Beritahu klien mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun tetap perlu untuk melakukan pemeriksaan secara rutin.

R/ Hasil pemeriksaan, oleh pengkaji diberitahukan kepada klien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE tercapai pemahaman materi edukasi yang optimal (Sulistyawati, 2009:195)

2) Berikan edukasi kesehatan tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III dan cara mengatasinya.

R/ Ketidaknyamanan bisa terjadi sewaktu waktu dan meskipun Ibu tidak merasakan ketidaknyamanan tersebut, tidak ada salahnya jika bidan memberikan edukasi mengenai ini sebagai antisipasi apabila klien mengalami salah satu perubahan, klien sudah tahu bagaimana cara menghadapi dan mengatasi perubahan tersebut. (Sulistyawati, 2016)

3) Berikan edukasi kepada klien mengenai makan makanan dengan gizi seimbang sesuai kebutuhan saat hamil.

R/ Sebagian besar Ibu hamil beranggapan bahwa mereka telah memenuhi kebutuhan gizi seimbang mereka dengan baik tanpa benar-benar memperhatikan asupan apa saja yang di konsumsi. Edukasi ini mengingatkan Ibu kembali mengenai makanan dengan gizi seimbang yang Ibu butuhkan saat hamil sehingga Ibu dapat lebih memperhatikan asupan makanan apa saja yang akan dikonsumsinya. (Sulistyawati, 2016).

4) Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda bahaya pada trimester III seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat dan nyeri abdomen yang akut. Tanda-tanda tersebut bisa klien baca di buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) halaman 8

R/ Tanda bahaya pada ibu bisa saja dialami apabila tidak ada pemantauan dan pendeteksian secara dini dan hal ini bisa saja membahayakan ibu dan juga janinnya. Pengkaji memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini (Sulistyawati, 2009:196)

5) 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.

R/ Informasi ini sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan dan penting untuk pencegahan komplikasi berkelanjutan akibat penanganan yang tidak cepat dan tepat (Sulistyawati, 2009:197).

6) Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan tiap 1 minggu.

R/ Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ibu sudah memasuki usia kehamilan trimester III (Sulistyawati, 2009:197)

Masalah :

a) Peningkatan frekuensi berkemih

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih

Kriteria Hasil : Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi

Intervensi

1) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester ketiga

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. .

2) Anjurkan Ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari dan banyak minum di siang hari

R/ Pengurangan asupan cairan dapat menurunkan volume kandung kemih sehingga pemenuhan kebutuhan cairan Ibu tetap terpenuhi tanpa mengganggu istirahat Ibu di malam hari.

3) Anjurkan Ibu untuk tidak sering meminum teh dan kopi

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

b) Nyeri pinggang

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan rasa nyeri

Kriteria hasil : Nyeri pinggang ibu berkurang, ibu tidak kesakitan

Intervensi

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

R/ Pemberian kompresi hangat akan membuat poro-pori pada kulit akan membuka dan pembuluh darah melebar yang berdampak pada rileksasi. Hal tersebut membantu meredakan sakit akibat ketegangan otot dan merileksasikan otot-otot ibu.

2) Jelaskan pada ibu untuk menghindari pemakaian sandal/sepatu dengan hak tinggi.

R/ Lordosis progresif menggeser pusat gravitasi ibu ke belakang tungkai. Perubahan postur maternal ini dapat menyebabkan nyeri punggung bagian bawah di akhir kehamilan. Sepatu bertumit tinggi yang tidak stabil dapat meningkatkan masalah lordosis (Varney, 2007:555)

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

R/ Pengaturan posisi ibu dalam melakukan kegiatan sehari-hari dengan benar dapat menghindari ketegangan otot sehingga rasa nyeri berkurang (Varney, 2007:542)

c) Edema umum

Tujuan : Ibu mengerti penyebab dan cara mengatasi oedem

Kriteria hasil : Ibu tidak gelisah, bengkak pada kaki berkurang atau mengempis

Intervensi

1) Anjurkan ibu untuk istirahat dengan kaki lebih tinggi dari badan.

R/ Dorsofleksi kaki sering ketika duduk membantu mengontraksikan otot kaki dan merangsang kontraksi

d) Konstipasi

Tujuan : Ibu dapat mengerti penyebab konstipasi yang dialami

Kriteria hasil : Ibu dapat mengatasi obstipasi, kebutuhan nutrisi ibu tercukupi

Intervensi

1) Anjurkan ibu untuk memperbanyak minum air putih (8 gelas/hari).

R/ Air merupakan sebuah pelarut penting yang dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrien ke sel dan pembuangan sampah tubuh.

2) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ Kegiatan-kegiatan tersebut memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar (Varney, 2007:539).

3) Diskusikan bahayanya penggunaan pencahar dan anjurkan ibu untuk diet tinggi serat.

R/ Penggunaan pencahar dapat merangsang awitan persalinan awal. Makanan tinggi serat membantu melancarkan buang air besar.

e) Kesemutan dan baal pada jari

Tujuan : Ibu mengerti penyebab kesemutan dan baal pada jari

Kriteria hasil : Kesemutan dan baal pada jari berkurang

Intervensi

1) Jelaskan penyebab yang mungkin dan mendorong agar ibu mempertahankan postur tubuh yang baik.

R/ Usia kehamilan yang semakin tua berdampak pada pembesaran dan bertambahnya berat pada uterus. Hal tersebut menyebabkan ibu hamil mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sebagai upaya penyeimbangan berat bagian depannya dan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan lengan yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari – jari.

2) Anjurkan ibu untuk berbaring

R/ Istirahat baring dapat membantu melancarkan peredaran darah pada kaki sehingga kesemutan dan baal pada jari berkurang (Varney, 2006:543).

2.1.6 IMPLEMENTASI

Pada langkah ini, dilakukan aplikasi atau tindakan asuhan langsung kepada klien dan keluarga secara efisien dan aman. Pada langkah ke-6 ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

2.1.7 EVALUASI

Pada langkah ini bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosis yang telah teridentifikasi. (Saminem, 2010).

2.2 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

2.2.1 Subjektif

1. Keluhan Utama

Menurut Jenny Sondakh (2013), tanda-tanda ibu bersalin yaitu terjadinya his persalinan (pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, dan makin beraktivitas kekuatan his akan makin bertambah), pengeluaran lender dengan darah, dan adanya pengeluaran cairan

2. Pola Aktifitas Sehari – Hari

a) Pola Nutrisi

Menurut Mutmainnah (2017), makan dan minum sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan. Makanan yang disarankan dikonsumsi pada ibu saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, susu, minuman isotonik dan jus buah-buahan. Asupan cairan yang tidak adekuat dapat menimbulkan dehidrasi, ketosis, hipnatremia, stress, dan muntah. Hal ini dapat mengakibatkan kelelahan dan mengganggu kemajuan persalinan serta menyulitkan bagi ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan.

b) Pola Eliminasi

Fokus utama dalam eliminasi yaitu kapan ibu terakhir BAK. Kandung kemih yang penuh akan mengurangi kekuatan kontraksi dan menghambat penurunan

kepala. Begitu juga dengan tidak terpenuhinya kebutuhan eliminasi yang misalnya bisa disebabkan karena ibu kurang serat sayuran sehingga feses mengeras dan sulit dikeluarkan, hal ini juga dapat menghambat penurunan kepala dan nantinya dapat menyebabkan haemoroid karena persalinan. Kebutuhan eliminasi BAK dan BAB ibu dalam masa persalinan harus terpenuhi, hal ini berkaitan dengan kemajuan persalinan (Eniyati, 2012)

c) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I sehingga dapat mencegah terjadinya kelelahan (Rohani,2011).

3. Riwayat Psikososial dan Budaya

a) Psikososial

Perubahan psikologis pada kala satu, beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, trauma bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang di maksud adalah:

- (a) Perasaan tidak enak.
- (b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang di hadapi.
- (c) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal atau tidak
- (d) Menganggap persalinan sebagai cobaan.
- (e) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- (f) Apakah bayi normal atau tidak.

(g) Apakah ia sanggup merawat bayinya

(h) Ibu cemas.

b) Budaya

Data tentang adat istiadat ditanyakan ketika menghadapi persalinan. Pemberian rumput Fatimah menjelang persalinan dapat menyebabkan kontraksi berlebih sehingga dapat terjadi asfiksia pada bayi dikarenakan kurangnya suplai oksigen yang didapatkan dan kemungkinan terjadi rupture uteri pada jalan lahir.

2.2.2 Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2013), data ini didapat dengan mengamati keadaan secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut :

Baik, jika ibu memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergatungan dalam berjalan.

Lemah, jika ibu kurang atau tidak memeberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan ibu sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Pengkajian mengenai kedaran klien dapat membantu dalam mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien melalui *Glasgow Coma Scale (GCS)*.

c) Tanda vital

Menurut Rohani (2011), tanda-tanda vital terdiri dari:

1) Tekanan darah

Pada saat persalinan terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah. Tekanan darah akan meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan diastole rata-rata 5-10 mmHg. Peningkatan tekanan darah melebihi batas normal merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok, ansietas atau nyeri.

2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit

3) Suhu

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

4) Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 12-20 kali/menit.

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Muka : Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem yang merupakan tanda preeklamsi, pucat kemungkinan terjadi anemia, ekspresi ibu, hal ini merupakan gambaran kesakitan/ ketidaknyamanan yang dirasakan ibu (sulistyawati, 2013).
- b) Mata : Pemeriksaan pada mata meliputi apakah konjungtiva pucat atau tidak, bila pucat menunjukkan terjadinya anemia yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu perdarahan (Rohani 2011).

- c) Mulut : Pemeriksaan pada mulut meliputi apakah ada keputihan dan kekeringan pada bibir. Keputihan pada bibir mengindikasikan terjadinya anemia yang dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu terjadinya perdarahan dan bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi (Rohani, 2013).
- d) Payudara : Pemeriksaan pada payudara meliputi apakah kolostrum/ASI sudah keluar. Keluarnya kolostrum pada persalinan menunjukkan kesiapan seorang ibu dalam proses laktasi. Kolostrum adalah cairan berwarna kekuningan yang keluar pertama kali sebelum ASI. Kolostrum biasanya sudah diproduksi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Kolostrum tidak hanya memenuhi kebutuhan gizi bayi yang baru lahir, tetapi juga melindungi bayi karena bersifat mengaktivasi sistem imun.

e) Abdomen

1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berat dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani,2011).

2) Pemeriksaan Leopold

Menurut Rohani (2013), pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin.

Leopold I

Normal : TFU sesuai usia kehamilan (tabel 2.2)

Tujuan : Menentukan tinggi fundus uteri dan mengidentifikasi bagian janin yang berada di fundus

Tanda kepala :Keras, bundar, melenting

Tanda bokong:Lunak, kurang melenting, kurang bundar

Leopold II

Normal : Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) dan pada satu sisi lainnya teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)

Tujuan : Menentukan batas lateral dan bagian janin yang berada di lateral (bagian punggung atau ekstremitas).

Leopold III

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

Tujuan : Menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum

Leopold IV

Tujuan : Untuk menilai seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP.

3) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Rumus Tafsiran Berat Janin

Rumus : $TFU \text{ (cm)} - N \times 155$

Hodge I : $N = 13$ bila kepala belum masuk

Hodge II : N = 12 bila kepala berada diatas spina isciadika

Hodge III : N = 11 bila kepala berada dibawah spina isciadika

Berat janin kepala belum masuk PAP maka rumusnya : $(TFU - 12) \times 155$ gram

Berat janin kepala sudah masuk PAP maka rumusnya : $(TFU - 11) \times 155$ gram

Widiastini (2014), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan aterm dan berat lahir 2500 gram – 4000 gram.

4) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, 2013). Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit. Lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Sondakh, 2013).

5) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit. Frekuensi jantung janin kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (Rohani, 2013).

6) Palpasi Kandung Kemih

Kandung kemih harus dikosongkan secara berkala sepanjang proses persalinan, minimal setiap 2 jam. Bila kandung kemih Ibu menjadi distensi, dapat mengganggu penurunan kepala (Sulistiyawati,2013).

f) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises.

g) Genetalia

Pemeriksaan genetalia guna mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi:

- 1) Pengeluaran pervaginam, adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*).
- 2) Pemeriksaan dalam.

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pemeriksaan dalam menurut materi pembelajaran *vaginal touching* oleh Ika Yudianti, SST., M.Keb. Poltekkes Kemenkes Malang.

- (1) Pada primigravida, perineum utuh dan elastis. Pada multigravida tidak utuh, longgar, dan lembek. Untuk menentukan dengan menggerakkan jari dan vagina ke bawah dan ke samping. Dengan cara ini juga diketahui otot levator ani normal teraba.
- (2) Perlu diperhatikan pembukaan, penipisan, robekan serviks, dan kekakuan serviks. Pembukaan ditentukan dengan kedua jari. Jika $\varnothing > 6\text{cm}$ lebih mudah diukur dari fornix lateral dengan cara beberapa cm lebar yang masih tersisa. Menentukan penipisan kadang sukar terutama kalau serviks menempel di bagian bawah janin. Keadaan normal serviks lembut dan elastis.
- (3) Ketuban. Tentukan selaput ketuban utuh atau tidak. Mudah diketahui apabila terjadi his selama pemeriksaan. Kaji juga bagaimana warna fluor amni bila selaput amnion telah pecah.
- (4) Denominator. Organ penunjuk presentasi. Presentasi kepala diketahui bila teraba bagian bulat dan keras, tulang parietal, sutura sagitalis, ubun-ubun besar atau ubun-ubun kecil. Denominator presentasi belakang kepala yaitu oksiput

(ubun-ubun kecil). Posisi kepala yang perlu ditentukan adalah letak ubun-ubun kecil terhadap panggul ibu.

(5) Penurunan kepala. Untuk menentukan sampai dimana penurunan kepala diperkirakan dengan pemeriksaan luar (perlimaan) dan dipastikan dengan pemeriksaan dalam (VT). Untuk menentukan sampai dimana turunnya kepala melalui VT ditentukan dengan bidang Hodge.

(6) Ukuran panggul dalam (UPD). Perlu diperhatikan bentuk dan ukuran panggul. Apakah promontorium teraba, apakah linea inominata teraba seluruhnya, sebagian/beberapa bagian, apakah kecekungan sakrum cukup, dinding samping panggul lurus/miring, spina iskhidika runcing/tumpul, arkus pubis sudut runcing/tumpul, dasar panggul kaku, tebal atau elastis.

(7) Perlu diperhatikan apakah ada tumor pada jalan lahir yang kiranya mengganggu proses melahirkan. Tumor dapat bersifat neoplastik atau tumor radang.

h) Anus

Pemeriksaan anus digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid. Penyakit ini dapat menjadi lebih parah dengan kuatnya tekanan bayi pada persalinan. Hemoroid dapat menimbulkan terjadinya perdarahan dan rasa nyeri yang hebat (Prawirohardjo, 2014).

2.2.3 Analisa

Diagnosa : gravida para abortus, umur kehamilan (aterm 37-42 mgg), jumlah janin tunggal/ganda, keadaan janin hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, letak janin

membujur/melintang, presentasi belakang/muka/dahi, inpartu kala 1 fase aktif/laten dengan keadaan ibu dan janin baik

Data subjektif : ibu merasa kenceng kenceng dan disertai keluar lendir

Data objektif :

Keadaan umum : baik/lemah

Lila : >23,5 cm

Kesadaran composmentis

Tinggi badan : >145 cm

Tekanan darah : 90/60-140/90 mmHg

Tafsiran persalinan

Pernafasan : 16-24 x/menit

Puka atau Puki

VT : pembukaan berapa, effacement, ketuban, bagian terdahulu, bagian terendah, hodge, molase

Masalah Aktual

Asuhan kebidanan bersangkutan istilah “masalah” dan “diagnosis” dan keduanya dipakai karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

Masalah potensial yang dapat terjadi pada persalinan antara lain:

a. Kala I

Pada kala I dapat terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distress, dan malpresentasi (JNPK-KR, 2015).

b. Kala II

Pada kala II dapat terjadi syok, dehidrasi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat, dan kelainan letak (Rohani, 2013).

c. Kala III

Pada kala III dapat terjadi atonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri (Rohani, 2013).

d. Kala IV

Pada kala IV dapat terjadi atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik (Rohani, 2013).

2.2.4 Penatalaksanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan untuk dilaksanakannya suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

Dx : G_P_ _ _ Ab_ _ _ , UK ... minggu, T/H/I presentasi ... Inpartu Kala ... fase .. Keadaan ibu dan janin baik

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, persalinan bercalan lancar tanpa ada komplikasi

Kriteria Hasil :

a. Keadaan ibu baik

b. TTV dalam batas normal

1. Tekanan Darah : 100/60-130/90 mmHg

2. Nadi : 60-90x/menit
3. Respiration Rate : 36,5-37,5⁰C
- c. DJJ (120-160x/menit)
- d. Kala I :
 1. Pada multigravida kala I berlangsung \pm 12 jam
 2. Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, \emptyset dan effecement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)
 3. Tidak terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distres, dan malpresentasi
- e. Kala II :
 1. Lama kala II tidak lebih dari 1 jam
 2. Ibu meneran dengan efektif
 3. Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan
 4. Tidak terjadi syok, dehidrasi, preeklami-eklams, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/lilitan tali pusat, dan kelainan letak.
- f. Kala III :
 1. Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit
 2. Kontraksi uterus baik, keras (globuler)
 3. Jumlah perdarahan < 500 cc
 4. Tidak terjadi atonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri
- g. Kala IV :
 1. TTV ibu dalam batas normal
 2. TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat

3. Uterus berkontraksi dengan baik
4. Kandung kemih dalam keadaan kosong
5. Perdarahan < 500 cc
6. Tidak terjadi atonia uteri dan perdarahan postpartum

Intervensi:

Kala I

- a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya bahwa ia dan janin dalam kondisi normal
- b. Berikan perawatan atau dukungan profesional intrapartum sesuai indikasi
- c. Pantau TTV sesuai indikasi
- d. Pantau ola kontraks uterus
- e. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah, dan rasa takut
- f. Berikan informasi tentang prosedur seperti pemantauan kemajuan persalinan
- g. Dapatkan persetujuan terhadap prosedur. Jelaskan prosedur rutin dan kemungkinan risiko yang berhubungan dengan persalinan dan melahirkan
- h. Pantau masukan/pengeluaran. Bantu klien mengosongkan kandung kemih
- i. Pantau suhu tiap 4 jam. Lebih sering bila ada indikasi. Pantau tanda-tanda vital dan DJJ
- j. Dukung klien selama kontraksi dengan mengajari teknik pernafasan dan relaksasi
- k. Gunakan teknik aseptik setiap melakukan pemeriksaan dalam
- l. Melakukan pemeriksaan leopard untuk menentukan posisi janin
- m. Pantau DJJ tiap 30 menit, perhatikan variasi DJJ dan perubahannya

- n. Atur posisi yang nyaman bagi klien, bila klien ingin tidur, dianjurkan posisi miring kiri

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

Tanggal.....Pukul.....

S : Data Subjektif dikaji untuk mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2014).

O : Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut:

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina.
- c. Perineum terlihat menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Pemeriksaan dalam menurut Sulistyawati (2012), yaitu:

- a. Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- b. Ketuban : sudah pecah (negatif).
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Penipisan : 100%

- e. Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) jam 13.00 WIB.
- f. Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- g. Molage 0 (no1)
- h. Hodge IV

A : G_P _ _ _ Ab _ _ UK _ _ _ minggu, T/H/I presentasi...inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

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

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - a) Klien merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinaan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir, untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 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.
- 3) Memakai celemek plastik

- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) 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, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) 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.

10) 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.

11) 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.

12) 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).

13) 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 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 (2 Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) 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.

20) 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.

21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22) 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.

23) 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.

24) 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).

25) 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).
- 26) 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.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) 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.
- 30) 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.
- 31) Pemotongan 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.

32) 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. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

Tanggal.....Pukul.....

S : Data subjektif untuk mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala III, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi, apakah senang/sedih/khawatir dan mengetahui apa yang dirasakan ibu dengan adanya uterus yang berkontraksi kembali untuk mengeluarkan plasenta.

O : Tampak tali pusat didepan vulva serta adanya tanda pelepasan plasenta (perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat).

A : P___Ab___ Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

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

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
- 3) 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 puting susu.

4) 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.

5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinl 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.

6) 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.

7) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

8) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera melakukan penjahitan).

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Tanggal.....Pukul.....

S : Data subjektif untuk mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala IV, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi dan ari-ari apakah senang/sedih/atau khawatir.

O : kontraksi uterus keras/lembek, kandung kemih penuh/kosong, TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat, perdarahan sedikit/banyak, TTV dalam batas normal/tidak, laserasi.

A : P___Ab___ Inpartu kala IV kondisi ibu dan bayi baik.

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

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Mencecupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 3) Memastikan kandung kemih kosong
- 4) Mengajarkan ibu/ keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi
- 5) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah
- 6) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum baik
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
 - Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau relaksasi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS
 - Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali
 - Kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 8) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 meit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 9) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

- 10) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 11) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 12) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 13) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 14) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan Pemeriksaan fisik bayi
- 16) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C)
- 17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 18) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 19) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 20) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan

Data Bayi

Data Bayi (Sondakh, 2013 : 161-164) :

1. Penilaian BBL : Penilaian ini perlu mengetahui apakah bayi menderita asfiksi atau tidak

Nama Bayi : Untuk menghindari kekeliruhan.

Jenis kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin.

Tanggal lahir : Untuk mengetahui usia neonatus.

BBL : BB bayi normal 2500-4000 gram

PBL : Panjang badan bayi lahir normal 48-52 cm

Suhu : Suhu bayi normal 36,5 °C – 37 °C

Nadi : Normal 130-160 kali/menit

RR : Normal 30-60 kali/menit

LIKA : Lingkar kepala bayi normal 33-35 cm

Ukuran lingkaran kepala bayi :

a) Circumferentia Suboccipito Bregmatica (Lingkar Kecil Kepala) 32 cm

b) Circumferentia Fronto Occipitalis (Lingkar Sedang Kepala) 34 cm

c) Circumferentia Mento Occipitalis (Lingkar Besar Kepala) 35 cm

LIDA : Lingkar dada normal 30-38 cm

LILA : normal 10-11 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Ada atau tidak caput succedaneum dan cephal hematoma, sutura sudah menutup/belum.

Wajah : Tampak pucat atau tidak, kuning/tidak

- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
- Hidung : Terdapat dua lubang hidung, bersih atau tidak, ada/tidak pernapasan cuping hidung, ada/tidak secret
- Mulut : Reflek menghisap baik/tidak, ada labiopalatochizis/labioschizis/tidak.
- Telinga : Simetris/tidak, ada serumen/tidak
- Dada : Simetris/tidak, ada ronchi/tidak
- Abdomen : Ada kelainan/tidak, tali pusat sudah lepas atau belum, keadaan tali pusat kering/basah
- Genetalia : Perempuan (genetalia bersih, labia mayora sudah menutup labia mayora), laki laki (testis sudah turun ke scrotum)
- Anus : Tidak terdapat atresia ani
- Ekstremitas: ada kelainan atau tidak, ada polidaktil/sidaktil/tidak, gerak aktif/tidak

3. Pemeriksaan Neurologis / reflek

a) Reflek terkejut (moro)

Cara pemeriksaan dengan mengubah posisi bayi secara tiba-tiba atau meja periksa. Dikatakan normal apabila lengan bayi ekstensi, jari jari mengembang, kepala terlempar kebelakang, tungkai sedikit ekstensi lengan kembali ketengah dengan menggenggam, tulang belakang dan ekstremitas bawah ekstensi. Lebih kuat selama 2 bulan dan mulai menghilang usia 3-4 bulan. Reflek yang menetap lebih dari 4 bulan menandakan adanya kerusakan otak. Tidak ada respon ekstremitas bawah menunjukkan adanya gangguan sistem syaraf pusat.

b) Reflek mencari (rooting)

Bayi akan memutar kearah sumber rangsangan dan membuka mulut , bersiap menyusu jika disentuh dipipi atau tepi mulut. (Myles, 2011). Reflek ini menghilang pada umur 3-4 bulan tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya reflek menunjukkan adanya gangguan neurologis berat.

c) Reflek menghisap dan menelan

Bayi menghisap dengan kuat dalam berespon terhadap stimulasi. Reflek ini menetap selama masa bayi dan mungkin jadi selama tidur tanpa stimulasi. Reflek yang lemah atau tidak ada menunjukkan keterlambatan perkembangan atau keadaan neurologis yang abnormal.

d) Reflek menggenggam (graps)

Reflek genggaman telapak tangan dapat dilihat dengan meletakkan pensil atau jari ditelapak tangan bayi. Jari atau pensil itu akan digenggam dengan mantap. Respon yang sama juga ditunjukkan dengan cara menyentuh bagian bawah jari kaki (genggaman telapak kaki) . (Myles, 2011)

2.3 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS

2.3.1 Subjektif

a) Keluhan Utama

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

b) Pola Kebiasaan Sehari – hari selama hamil dan nifas

1) Pola Nutrisi

Makan : Pengkajian meliputi bagaimana pola makan ibu sehari-hari dan menu apa saja yang dikonsumsi ibu. Menganjurkan ibu untuk makan lebih banyak dari biasanya (1 sampai 2 piring) terutama makanan kacang-kacangan, sayur-sayuran hijau, dan buah-buahan. (Maryunani, 2009)

Minum : Pengkajian meliputi jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh ibu setiap harinya. Menganjurkan ibu untuk minum paling sedikit 8 gelas sampai 12 gelas air setiap hari. (Maryunani, 2009)

2) Pola Eliminasi

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

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

3) Pola Aktifitas

Bidan perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena dapat memberikan gambaran kepada bidan tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan

pasien dirumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan kesulitan postpartum maka bidan akan memberikan peringatan seawal mungkin pada pasien untuk membatasi dahulu kegiatan sampai ia sehat dan pulih kembali. Aktivitas yang terlalu berat dapat menimbulkan perdarahan pervaginam. (Purwanti, 2012). Apakah ibu sudah mulai melakukan mobilization/mobilisasi dini atau belum, kalau sudah aktifitas mobilisasi apa yang sudah dilakukan ibu.

4) Pola Istirahat/Tidur

Pola istirahat ibu perlu dikaji supaya bidan mengetahui hambatan yang mungkin muncul jika bidan mendapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. apakah setelah melahirkan ini ibu sudah bisa istirahat atau belum, kalau sudah berapa lama kalau belum apa penyebabnya. (Purwanti, 2012)

5) Pola Personal Hygiene

Data ini perlu bidan gali karena hal tersebut akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. (Purwanti, 2012), ibu sudah mandiri sendiri atau belum, ganti softex sendiri atau masih memerlukan bantuan Tenakes.

c) Riwayat Psikososial dan budaya

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

Fase Taking In

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari dari persalinan. Dalam masa ini terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi. Hal ini dapat dikatakan sebagai psikis *honey moon* yang tidak memerlukan hal-hal yang romantis, masing-masing saling memperhatikan bayinya dan menciptakan hubungan yang baru.

Fase Taking Hold

Berlangsung pada hari ke-3 sampai ke-10 post partum. Ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar.

Fase Letting Go

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap bayi.

2) Latar Belakang Budaya

Menurut Wulandari (2011) latar belakang ditanyakan sebagai berikut:

Apakah mengadakan selamat setelah melahirkan.

Apakah ibu tidak boleh tidur siang

Apakah ibu pantang terhadap makanan

2.3.2 Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum : keadaan umum baik atau lemah

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

3) Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 100/70 – 130/90 Suhu : 36 - 37°C

Nadi : 76 – 100x/menit Permapasan : 20 – 28x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

- a) Muka : Oedem atau tidak , pucat atau tidak.
- b) Mata : konjungtiva pucat atau merah muda, sclera kuning/putih.
- c) Payudara : bersih, puting susu menonjol, ASI +/-.
- d) Abdomen : ada atau tidak linea alba, ada atau tidak linea nigra, ada atau tidak striae livide, ada atau tidak striae albicans.
- e) Genetalia : bagaimana lochea yang keluar jumlahnya berapa cc, bagaimana keadaan jahitan.
- f) Pengeluaran lochea lancar dan normal
 - (a) Rubra : 1-3 hari postpartum
 - (b) Sanguinolenta : 3-7 hari postpartum
 - (c) Serosa : 7-14 hari postpartum
 - (d) Alba : >14 hari postpartum
 - (e) Anus : ada hemoroid/tidak ada, ada varises/ tidak.
 - (f) Ekstremitas : tidak oedem, tidak varises.

2) Palpasi

a) Payudara : colostrum keluar saat payudara dipencet, puting susu datar, lentur atau tidak.

b) Perut : kontraksi baik, TFU sesuai hari postpartum

TFU sesuai masa involusi

Plasenta lahir : setinggi pusat

1 minggu : pertengahan pusat simpisis

2 minggu : tidak teraba

6 minggu : normal

c) Ekstremitas : tanda homan (-/-), oedema (-/-)

3) Auskultasi

Dada : tidak ada ronchi dan wheezing.

4) Perkusi

Ekstremitas : refleks patella positif.

2.3.3 Analisa

Diagnosa : P Ab *Postpartum* hari ke/ ..jam.

Ds : Ibu melahirkan anaknya dengan persalinan normal, tanggal

Pada jam

Do :

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : 90/60 – 130/90 mmHg Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Nadi : 60 – 90 mmHg Pernafasan : 16 – 24 mmHg

Abdomen : TFU sesuai hari *postpartum*

Plasenta lahir : setinggi pusat

1 minggu : pertengahan pusat simpisis

2 minggu : tidak teraba

6 minggu : normal

Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.

Genetalia : Tampak pengeluaran lochea lancar, normal

Rubra : 1-3 hari *postpartum*

Sanguinolenta: 3-7 hari *postpartum*

Serosa : 7-14 hari *postpartum*

Alba : >14 hari *postpartum*

Tampak jahitan bekas robekan jalan lahir

Masalah

- a. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan edema jaringan.
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, dehidrasi.
- c. Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan dukungan di antara atau dari orang terdekat.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/ketidaknyamanan.

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan masalah atau diagnosis yang sudah diidentifikasi. Ibu nifas potensial terjadi infeksi dan perdarahan pervaginam. (Ambarwati, 2010)

Pada langkah ini dilakukan juga identifikasi terhadap tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan

anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien, yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan. Biasanya pada nifas normal tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter kandungan atau tim kesehatan lain (Marmi, 2015)

2.3.4 Penatalaksanaan

Tujuan :

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

Kriteria Hasil :

- a) Keadaan umum : ibu baik

Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tensi : 100/60 – 130/90 mmHg Suhu : 36,2 – 37,5°C

Nadi : 60 – 100x/menit RR : 16 – 24x/menit

- b) TFU sesuai masa involusi

Plasenta lahir : setinggi pusat

1 minggu : pertengahan pusat simpisis

2 minggu : tidak teraba

6 minggu : normal

- c) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.

- d) Pengeluaran Lochea lancar dan normal

Rubra : 1-3 hari *postartum*

Sanguinolenta : 3-7 hari *postpartum*

Serosa : 7-14 hari *postpartum*

Alba : >14 hari *postpartum*

- e) Tidak terjadi perdarahan *postpartum* (jumlah perdarahan <500 cc)
- f) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi.
- g) Ibu bisa BAK dan BAB tanpa gangguan.
- h) Terjalin *Bonding Attachment* antara ibu dan bayi.

Intervensi :

1. Mengajarkan ibu dan keluarga masase fundus uteri
2. Memberikan edukasi tentang tanda bahaya masa nifas
3. Memberikan edukasi tentang pemberian ASI awal
4. Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada bayi
5. Mengajarkan cara menyusui yang benar menggunakan SOP cara menyusui yang benar
6. Mengajarkan ibu senam nifas hari pertama
7. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya

Masalah 1

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan episiotomi/laserasi jalan lahir, involusi uterus dan bendungan ASI.

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

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan nyeri dapat berkurang

Kriteria Hasil : ibu mengungkapkan pengurangan rasa nyeri.

Intervensi :

- 1) Tentukan lokasi dan sifat ketidaknyamanan.

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

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

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

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

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

4) Berikan analgesik sesuai kebutuhan

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

b. Nyeri perut karena involusi uterus

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat memahami keadaannya

Kriteria Hasil : Ibu mengungkapkan pengurangan rasa nyeri.

Intervensi :

1) Jelaskan penyebab nyeri kepada pasien.

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

2) Anjurkan penggunaan teknik pernapasan/relaksasi

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

3) Berikan analgesik sesuai kebutuhan

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

c. Bendungan ASI

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan nyeri dapat berkurang

Kriteria Hasil :

1) Ibu mengungkapkan pengurangan rasa nyeri

2) ASI keluar dengan lancar.

Intervensi :

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

Rasional : Terdapat 24 jam pasaca inpartu, payudara harus lunak dan tidak perih dan putting harus bebas dari pecah-pecah dan kemerahan. Pembesaran payudara, nyeri tekan putting atau adanya pecah-pecah putting dapat terjadi hari ke-2 sampai ke-3 *pascapartum*.

b) Anjurkan menggunakan bra penyokong

Rasional : Bra dengan penyokong dapat mengangkat payudara ke dalam dan ke depan, sehingga posisi lebih nyaman.

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

Rasional : Pemberian ASI pada payudara yang tidak sakit kurang menimbulkan nyeri dan saat meningkatkan penyembuhan.

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

Rasional : tindakan ini dapat merangsang pengeluaran air susu dan menghilangkan bendungan.

Masalah 2

Resiko tinggi terjadinya infeksi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan resiko tinggi terhadap infeksi tidak terjadi

Kriteria Hasil :

- a. Pengeluaran cairan vagina tidak berbau.
- b. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5°C-37,5°C)
- c. Pengeluaran lochea lancar dan normal

Rubra : 1-3 hari *postpartum*

Sanguinolenta : 3-7 hari *postpartum*

Serosa : 7-14 hari *postpartum*

Alba : >14 hari *postpartum*

Intervensi :

1) Pantau suhu dan nadi ibu dengan rutin dan sesuai indikasi. Catat tanda-tanda menggigil dan anoreksia dan malaise.

Rasional : peningkatan suhu samai 38°C dalam 24 jam pertama menandakan infeksi.

2) Perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus.

Rasional : fundus yang pada awalnya 2 cm di bawah pusat, meningkat 1-2 cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini atau terjadinya nyeri tekan ekstrim menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi.

3) Catat jumlah dan bau lochia atau perubahan normal lochia.

Rasional : lochia secara normal mempunyai bau amis namun pada endometritis mungkin purulen dan berbau busuk, mungkin gagal menunjukkan kemajuan normal dari rubra menjadi serosa sampai alba.

4) Inspeksi penyembuhan luka episiotomi. Perhatikan nyeri, kemerahan, discharge lochia purulen, edema.

Rasional : diagnosis dini dari infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan uterus. Adanya laserasi derajat ketiga dan keempat meningkatkan resiko terkena infeksi.

5) Perhatikan frekuensi atau jumlah berkemih.

Rasional : stasis urinarius meningkatkan risiko terhadap infeksi.

Masalah 3

Kecemasan karena ketidaksiapan menjadi orang tua

Tujuan : ibu dan keluarga dapat menerima perubahan peran.

Kriteria Hasil :

Ibu dan keluarga mampu menjalankan perannya sebagai orang tua sehingga kebutuhan anak terpenuhi.

Intervensi :

1) Berikan dukungan emosional dan bimbingan antisipasi untuk membantu klien mempelajari peran baru dan strategi untuk merawat bayi baru lahir. Diskusikan respon emosional yang normal terjadi setelah pulang.

Rasional : keterampilan menjadi ibu/orang tua bukan secara insting tetapi harus dipelajari. Penanganan tidur terganggu dan pemenuhan kebutuhan bayi selama 24 jam mungkin sulit, dan strategi perawatan harus dikembangkan.

2) Diskusikan tugas dan peran dari setiap anggota keluarga.

Rasional : pembagian yang jelas peran masing-masing anggota keluarga maka dapat mengurangi kecemasan dari ibu.

3) Diskusikan konflik yang muncul berhubungan dengan peran baru.

Rasional : diskusi membantu pasangan mengevaluasi kekuatan dan area masalah secara realistis dan mengenali kebutuhan terhadap bantuan profesional yang tepat.

4) Ajarkan ibu memenuhi kebutuhan anaknya sesuai dengan umur dan perkembangannya.

Rasional : pengetahuan yang cukup maka akan meningkatkan rasa percaya diri ibu dengan peran barunya.

5) Perhatikan ada tidak adanya kedekatan antara ibu dan bayi.

Rasional : ibu dan bayi saling berpartisipasi dalam proses kedekatan, dan keduanya harus mendapatkan respons penghargaan selama interaksi. Kurangnya kedekatan maternal dapat menimbulkan masalah serius yang berkepanjangan.

6) Jelaskan pada ibu tentang ASI eksklusif

Rasional : pemberian pengetahuan tentang ASI eksklusif ibu akan mengetahui pentingnya ASI eksklusif bagi bayinya dan ibu terdorong untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Masalah 4

Kurangnya pengetahuan ibu mengenai perawatan diri dan bayinya

Tujuan : meningkatkan pemahaman ibu tentang perawatan diri dan bayinya selama masa nifas.

Kriteria Hasil : ibu dapat mendemonstrasikan cara perawatan diri dan bayi sehari-hari

Intervensi :

1) Diskusikan perubahan fisik dan psikologis yang normal dan kebutuhan selama masa nifas.

Rasional : status emosional klien mungkin kadang-kadang labil pada saat ini dan sering dipengaruhi oleh kesejahteraan fisik. Antisipasi perubahan ini dapat menurunkan stres pada periode transisi yang memerlukan peran baru dan tanggung jawab baru.

2) Jelaskan pada ibu dan suami tentang metode kontrasepsi.

Rasional : pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metode kontrasepsi dan kenyataan bahwa kehamilan dapat terjadi bahkan sebelum kunjungan minggu ke-6.

3) Ajarkan ibu cara senam nifas

Rasional : senam nifas membantu tonus otot, meningkatkan sirkulasi, menghasilkan tubuh yang seimbang, dan meningkatkan kesejahteraan umum.

4) Memberikan informasi mengenai keuntungan menyusui dan perawatan puting dan payudara.

Rasional : informasi mengenai menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan dan membantu peran ibu menyusui.

Langkah pelaksanaan dalam asuhan kebidanan dilaksanakan oleh bidan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan pada langkah ini bidan dibantu melakukan tindakan kebidanan secara mandiri tapi dalam pelaksana penyelesaian kasus klien. Sewaktu-waktu bidan juga harus melaksanakan kegiatan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Sewaktu melaksanakan tindakan kebidanan tersebut bidan diharuskan memotivasi kemajuan kesehatan klien di dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dimungkinkan terjadi perbaikan rencana asuhan kebidanan yang disesuaikan dengan tindakan perkembangan kemajuan kesehatan klien, pelaksana asuhan kebidanan selalu diupayakan dalam waktu sesingkat dan seefektif mungkin, hemat dan berkualitas.

2.4 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

2.4.1 Subjektif

1. Identitas Bayi menurut Anggraeni (2010)

- a) Nama : Pengkajian mengenai nama bayi harus dengan nama yang jelas dan lengkap bila perlu agar tidak salah dalam memberikan penanganan.
- b) Umur: Rentan umur neonatus adalah 0 – 28 hari, pegkajian mengenai umu ini untuk menentukan jenis asuhan yang akan diberikan serta mengetahui tahap pertumbuhan bayi.

2. Keluhan Utama

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

3. Kebutuhan Dasar

a) Nutrisi

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

b) Eliminasi

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

c) Tidur

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

d) Kebersihan

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

2.4.2 Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Menangis kuat dan bergerak aktif

b. Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital menurut Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial (2010)

- 1) Suhu : normal (36,5-37,5°C)
- 2) Pernapasan : normal (40-60 x/menit)
- 3) Denyut jantung : normal (120-160 x/menit)

2.4.3 Analisa

Diagnosa : NCB SMK usia 6-48 Jam

Data Dasar

1. Data Subyektif

Data Subyektif adalah data yang diperoleh dari keterangan klien atau keluarga (Varney, 2004). Data Subyektif pada bayi baru lahir : Bayi lahir tanggal jam dengan normal

2. Data Objektif

Data objektif berdasarkan kriteria neonatus normal menurut Marni (2015)

a. Keadaan Umum

Menangis kuat dan bergerak aktif

b. Pemeriksaan Tanda-tanda vital menurut Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial (2010)

Suhu : normal (36,5-37,5°C)

Pernapasan : normal (40-60 x/menit)

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

Menurut Sondakh (2013), antisipasi masalah potensial dari bayi baru lahir yaitu Hipotermi, Infeksi, Asfiksia dan Ikterus.

Menurut Sondakh (2013), identifikasu segera dari bayi baru lahir yaitu:

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 melakukan perawatan bayi dengan metode kanguru, bila diperlukan
3. Menganjurkan ibu untuk segera memberi ASI

2.4.4 Penatalaksanaan

Tujuan

- a. Bayi tetap dalam keadaan normal
- b. Bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

TTV dalam batas normal

Kriteria hasil

- a. KU : baik, b. S : 36,5 – 37,2⁰C, c. N : 120 – 160 kali/menit

Intervensi :

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

- b. Bungkus bayi dengan kain kering yang lembut
- c. Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa
- d. Lakukan deteksi tanda bahaya pada neonatus dengan MTBM
- e. Berikan edukasi dan ajarkan tentang tanda bahaya neonatus
- f. Berikan edukasi pencegahan kuning
- g. Berikan edukasi tentang perawatan neonatus di rumah
- h. Lakukan kontak waktu untuk kunjungan berikutnya
- i. Lakukan dokumentasi

Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama–sama dengan klien atau anggota tim kesehatan. Bila tindakan dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya

Menurut Varney (2007), evaluasi merupakan tindakan pengukuran keberhasilan dalam melaksanakan tindakan dan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan apakah sesuai kriteria hasil yang ditetapkan dan apakah perlu untuk melakukan asuhan lanjutan atau tidak.

2.5 KONSEP MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU PADA MASA INTERVAL

2.5.1 Subjektif

a. Alasan Datang dan Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan mengapa klien datang ke tempat bidan/petugas kesehatan. Ditulis sesuai dengan apa yang diungkapkan klien serta tanyakan sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh klien (Astuti, 2012).

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

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

b. Riwayat psikososial dan latar belakang budaya

Bagi wanita usia subur (WUS) merasa khawatir dan takut terhadap efek samping dan kegagalan yang terjadi pada alat kontrasepsi yang digunakan. Selain itu, sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda sehingga emosi tidak

stabil yaitu mudah tersinggung dan tegang sehingga diperlukan alat kontrasepsi yang sesuai (Saifuddin, 2014).

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

Kontrasepsi suntik dipandang dari sudut agama baik itu Islam, Kristen, Katolik, Budha, dan Hindu diperbolehkan asal bertujuan untuk mengatur kehamilan bukan untuk mengakhiri kehamilan (Hartanto, 2010). Setiap pasangan suami-istri memiliki kebutuhan kontrasepsi yang berbeda, tergantung dari: usia, jumlah anak yang dimiliki, jumlah anak yang diinginkan, keadaan ekonomi, riwayat kesehatan, gaya hidup, agama, dan kepercayaan yang diyakini, riwayat haid istri, serta frekuensi hubungan seksual.

2.5.2 Objektif

a) Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum

Keadaan umum dikaji untuk mengetahui keadaan klien secara keseluruhan baik atau lemah (Sulistyowati, 2013)

- Kesadaran

Kesadaran dikaji untuk menggambarkan kesadaran klien. Dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyowati, 2013).

- Tanda-tanda vital

- Tekanan Darah

Tekanan darah $>180/110\text{mmHg}$ tidak diperbolehkan untuk pengguna kontrasepsi hormonal. Ibu dengan tekanan darah $<180/110\text{mmHg}$ dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi progestin (Affandi, 2013).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

Hipertensi sebagai kontraindikasi KB implan, suntik 3 bulan dan minipil bulan karena hormon progesteron mempengaruhi tekanan darah (Hartanto, 2010).

- Suhu

Suhu normal pemeriksaan axila yaitu $36,5-37,2^{\circ}\text{C}$ (Astuti, 2012)

- Nadi

Normalnya 60-80 kali per menit (Hani, 2010).

- Respirasi

Pernafasan normal orang dewasa sehat adalah 16-20 kali/menit (Hani, 2010)

- Berat Badan

Mengetahui berat badan pasien karena merupakan salah satu efek samping dari penggunaan KB. Naiknya berat badan dialami oleh akseptor KB suntik 3 bulanan, minipil dan implan karena progesteron mempermudah karbohidrat menjadi lemak sehingga menyebabkan nafsu makan bertambah (Sulistyawati, 2013). Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan (Affandi, 2013). Untuk pemakaian alat kontrasepsi hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2014).

b) Pemeriksaan Fisik

- Payudara

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

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, malah progesteron termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2010).

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

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

- Abdomen

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

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

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

- Genetalia

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

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

- Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) (Affandi, 2013). Lengan yang dapat dipasang alat kontrasepsi implan yaitu lengan yang jarang digunakan untuk beraktivitas. Perlu dikaji pula adanya lesi, bengkak, dan adanya luka pada lengan bagian dalam yang akan dipasang alat kontrasepsi implan. Pasca pemasangan kontrasepsi implant mungkin akan terdapat memar, bengkak atau sakit di daerah insisi selama beberapa hari (Affandi, 2013).

c) Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan inspekulo dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina, selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

Pada IUD, pada serviks dalam keadaan normal seharusnya serviks halus dan berwarna merah jambu, serta dilapisi oleh jernih dan putih, bila ada noda yang warnanya merah dan tidak rata berarti terdapat erosi.

- Pemeriksaan Dalam

Pada IUD dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui 4 hal tumor (teraba benjolan yang tidak wajar), infeksi (ada rasa sakit/keluar cairan), kehamilan (serviks lunak), letak kedudukan rahim.

- Pemeriksaan Tes Kehamilan

Plano test (+) diduga hamil merupakan kontraindikasi pemakaian seluruh KB (Hartanto, 2004).

- Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- Memastikan gerakan serviks bebas.
- Menentukan besar dan posisi uterus.
- Memastikan tidak ada tanda kehamilan.
- Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

- Sonde uterus

Pemeriksaan panjang uterus, apabila diukur dengan menggunakan sonde didapatkan ukuran rongga rahim kurang dari 5cm merupakan kontraindikasi pemasangan AKDR (Saifuddin, 2014).

- Pemeriksaan Laboratorium

Hb = <9g/dL tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi IUD.

2.5.3 Analisa

Dx : Ny..... Usia.....tahun calon aseptor KB....

Ds : Diungkapkan klien alasan datang ke tempat bidan/petugas kesehatan atau keluhan dirasakan mengenai KB.

Do :

KU : baik / lemah

Kesadaran : composmentis/spoor/somnolen/coma

TTV :

TD : 110 / 70 – 120 / 180 mmHg RR : 20 – 30 x / menit

N : 80 – 90 x / menit S : 36 – 37°C

Pemeriksaan fisik :Muka, bibir, leher, payudara, abdomen, genetalia, ekstremitas.

Pemeriksaan penunjang : Pemeriksaan inspekulo, pemeriksaan dalam, pemeriksaan tes kehamilan, pemeriksaan bimanual, sonde uterus,pemeriksaan laboratorium.

2.5.4 Penatalaksanaan

Tujuan :

- a. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b. Pengetahuan ibu tentang macam – macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c. Ibu merencanakan KB pascasalin (Affandi, 2013).

Kriteria :

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

b. Ibu memilih salah satu metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya dan mendapat pelayanan KB sesuai pilihan (Affandi, 2013).

c. Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut (Affandi, 2013):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).
3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi pascasalin, meliputi jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontraindikasi.
4. Bantulah klien menentukan pilihannya.
5. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya
6. Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang.

a. MAL

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

b. Kondom

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

c. Pil progestin

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

d. Implan

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

e. IUD

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

f. Tubektomi

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

7. Dampingi klien dalam proses penggunaan alat kontrasepsi.

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

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

Implementasi mengacu pada intervensi

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.