

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Manajemen Kehamilan Trimester III

2.1.1 Pengkajian data

Pengkajian data ibu hamil trimester III mulai sejak usia kehamilan 28 minggu dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber melalui tiga macam teknik, yaitu wawancara (anamnesa), observasi dan pemeriksaan fisik.

1) Data Subyektif

a) Biodata

Nama suami/istri : Untuk mengenal ibu dan suami.

Usia : Usia wanita yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklamsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes mellitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara,

seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomaly kromosom, dan kematian bayi.

- Agama : Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
- Pekerjaan : Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya, hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.
- Alamat : Untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

(Kemenkes, 2017)

b) Keluhan utama

Bagaimana jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu, dan lamanya mengalami gangguan tersebut (Prawirohardjo, 2018).

c) Riwayat Kesehatan

Selama hamil, ibu dan janin dipengaruhi oleh kondisi medis/sebaliknya. Kondisi medis dapat dipengaruhi oleh kehamilan. Bila tidak diatasi dapat berakibat serius bagi ibu. Menurut Poedji Rochjati, 2003 riwayat kesehatan yang dapat berpengaruh pada kehamilan antara lain:

- (1) Anemia (kurang darah), bahaya jika Hb <6 gr % yaitu kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur, persalinan lama dan perdarahan postpartum.
- (2) 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.
- (3) Jantung, upaya jantung saat memompa darah bertambah berat, meningkatkan resiko abortus, premature, bayi lahir mati, dismaturitas dan kematian janin dalam rahim.
- (4) Diabetes melitus, bahayanya yaitu dapat terjadi persalinan premature, hydraamnion, kelainan bawaan, BBL besar, kematian

janin dalam kandungan, meningkatkan resiko pre eklamsia dan eklamsia.

(5) HIV/AIDS, bahayanya pada bayi dapat terjadi penularan melalui ASI dan ibu mudah terinfeksi.

d) Riwayat kesehatan keluarga.

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik Contoh penyakit keluarga yang perlu ditanyakan: kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, TBC, epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik.

e) Riwayat Haid

Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu, sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).

(1) Menghitung tafsiran persalinan menurut Rumus Neagle:

Untuk bulan Januari, Februari dan Maret

Tanggal HPHT =

hari +7, bulan +9

Untuk bulan April-Desember

Tanggal HPHT =

hari +7, bulan -3

(2) Menghitung usia kehamilan dari HPHT

Tanggal periksa – HPHT (hari pertama haid terakhir)

f) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan, dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang mungkin akan muncul pada kehamilan, persalinan, dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio seksaria atau melalui pervaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan pervaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Indrayani, 2011)

g) Riwayat kehamilan sekarang

- (1) Identifikasi kehamilan.
- (2) Identifikasi penyulit (preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan).
- (3) Penyakit lain yang di derita.
- (4) Gerakan bayi dalam kandungan.

(Prawirohardjo, 2018)

(5) Keluhan-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.

h) Riwayat pernikahan

Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya (Kemenkes, 2017).

i) Riwayat KB

Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas.

j) Pola Kebiasaan Sehari-hari.

(1) Pola Nutrisi

Penting untuk mengetahui gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil, sehingga apabila diketahui bahwa ada yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil. Beberapa hal yang perlu ditanyakan adalah jenis menu, frekuensi, jumlah per hari, pantang makanan). Melakukan pengkajian tentang minum kepada

pasien untuk memenuhi kebutuhan cairannya. Hal yang perlu dikaji kepada pasien antara lain frekwensi minum, jumlah minum perhari (minimal 8 gelas per hari) dan jenis minuman apa yang sering dikonsumsi.

(2) Pola Istirahat

Ibu hamil dianjurkan istirahat yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan dan pertumbuhan janin. Ibu sebaiknya tidur paling lama malam hari sekitar 8 jam dan siang hari sekitar 1 jam.

(3) Pola Eliminasi

Pada trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala janin, BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesterone meningkat.

(4) Pola Aktivitas

Untuk mengetahui kegiatan ibu sebelum maupun selama hamil. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature.

(5) Pola Seksual

Saat trimester III sebagian ibu hamil merasa minat seks menurun. Hal ini disebabkan oleh perasaan kurang nyaman, timbul pegal di punggung, tubuh bertambah berat, nafas lebih sesak). Hal yang perlu di kaji adalah frekuensi dan gangguan saat melakukan hubungan seks.

(6) Pola Kebersihan

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui tentang tingkat kebersihan pasien dan melakukan pengkajian data dalam perawatan kebersihan seperti mandi, keramas, mengganti pakaian dan gosok gigi.

k) Pola kebiasaan lain

Kebiasaan merokok selama hamil dapat menimbulkan vasospasme, BBLR, prematuritas, kelainan congenital, dan solusio plasenta. Alkohol dapat berpengaruh buruk terhadap tumbuh kembang janin. Konsumsi kopi dan alkohol yang berlebihan disertai merokok, termasuk perokok pasif, telah terbukti dapat meningkatkan resiko keguguran.

l) Data Psikososial dan Budaya

Mengkaji respon seluruh keluarga terhadap kehamilan juga merupakan hal yang penting. Sebagian besar dukungan sosial diberikan oleh teman, keluarga dan komunitas tetapi dukungan sosial oleh tenaga profesional kesehatan juga penting. Pada trimester III ditandai dengan klimaks, kegembiraan emosi karena bayinya, sekitar bulan ke-8 mungkin terdapat periode tidak semangat atau depresi, kepala bayi membesar dan ketidaknyamanan bertambah, reaksi calon ibu terhadap persalinan itu tergantung adanya persiapan akan presepsinya terhadap kehamilan. (Indrayani, 2011). Kesiapan ibu dan keluarga untuk menerima adanya anggota baru dalam keluarga juga

perlu dikaji, agar terhindar dari masalah seperti *sibling rival* dapat. Pengaruh Praktek budaya yang dijalankan oleh keluarga/klien selama periode kehamilan, perubahan gambaran diri sehubungan dengan perubahan postur tubuh selama kehamilan. Hal yang dikaji tentang budaya yaitu, ditemukan sejumlah pengetahuan dan perilaku budaya yang dinilai tidak sesuai dengan prinsip-prinsip kesehatan menurut ilmu kedokteran atau bahkan memberikan dampak kesehatan yang kurang menguntungkan bagi ibu dan bayinya.

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum.

Keadaan umum : Untuk mengetahui data ini cukup dengan mengamatan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

- Baik, jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- Lemah, pasien yang dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien

sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

Kesadaran : Tingkat kesadaran mulai dari composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien dalam keadaan sadar).

Tekanan darah : Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan/atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre eklamsi dan eklamsi jika tidak ditangani dengan cepat.

Nadi : Normalnya 70x/menit, ibu hamil 80-90x/menit

Suhu : Normal 36,5°C-37,5°C, bila suhu tubuh ibu hamil > 37,5 C dikatakan demam, berarti ada infeksi dalam kehamilan.

RR : Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. normalnya 16-24 x/menit.

Berat badan : Berat badan merupakan indikator tunggal yang terbaik untuk menilai keadaan gizi seseorang. Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013)

Tabel 2.1 tabel kenaikan BB sesuai IMT (Indeks Masa Tubuh)

Kriteria	IMT	Kenaikan BB yang dianjurkan
Berat badan kurang (under weight)	<18,5	12,71-18,16 Kg
Berat badan normal(Normal weight)	18,5-24,9	11,35-15,89 Kg
Berat badan lebih (Over weight)	25,0-29,9	6,81-11,35Kg
Obesitas	>30,0	4,99-9,08 Kg

Tinggi badan : Batas tinggi badan minimal ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013)

LILA : Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013)

b) Pemeriksaan Fisik

(1) Inspeksi

- Rambut : Bersih/kotor, warna hitam/merah jagung, mudah rontok/tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu.
- Muka : Muka bengkak/oedem tanda eklampsi, terdapat cloasma gravidarum sebagai tanda kehamilan. Apabila muka pucat dapat menandakan ibu terkena anemia.
- Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan. Sclera icterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis, sedangkan kelopak mata oedem menunjukkan kemungkinan ibu menderita hipoalbumemia.
- Hidung : Simetris, adakah sekret, polip, ada kelainan lain.
- Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda ibu kekurangan vitamin C.
- Gigi : Caries gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi caries yang berkaitan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

- Leher : Tampak pembesaran kelenjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak.
- Dada : Bagaimana kebersihannya, terlihat hiperpigmentasi pada areola mammae tanda kehamilan, puting susu datar atau tenggelam membutuhkan perawatan payudara untuk persiapan menyusui.
- Abdomen : Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat pembesaran adomen.
- Genetalia : Bersih/tidak, varises/tidak, ada condiloma /tidak keputihan/tidak.
- Ekstremitas : Oedem pada ekstremitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga preeklampsi dan diabetes melitus, varises.tidak, kaki sama panjang/tidak mempengaruhi jalannya persalinan.

(2) Palpasi

- Leher : Tidak teraba bendungan vena jugularis. Jika ada hal ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung dan berpotensi terjadi gagal jantung.

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensial terjadi kelahiran prematur, lahir mati, kretinisme dan keguguran. Tidak tampak pembesaran limfe, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit misal TBC, radang akut dikepala (Romauli, 2011).

Dada : Teraba benjolan pada payudara waspadai adanya kanker payudara dan menghambat laktasi. Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan 12 minggu tapi mulai keluar pada usia 20 minggu

Abdomen : Menurut Mochtar (2011) palpasi abdomen dilakukan melalui pemeriksaan Leopold yang dibagi menjadi 4 yaitu:

- Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Pengukuran tinggi fundus uteri khususnya pada trimester III sebagai berikut:

Tabel 2.2 TFU terhadap usia kehamilan

Usia kehamilan	TFU	TFU dalam cm
----------------	-----	--------------

Kehamilan 28 minggu	TFU 3 jari diatas pusat	26,7 cm diatas simfisis
Kehamilan 32 minggu	TFU petengahan pusat dengan prosesus xyfoideus (px)	29,5-30 cm didas simfisis
Kehamilan 36 minggu	TFU 3 jar di bawah prosesus xyfoideus (px)	32 cm diatas simfisis
Kehamilan 40 minggu	TFU pertengahan pusat dan prosesus xyfoideus (px)	37,7 cm diatas simfisis

Tanda kepala : keras, bundar, melenting

Tanda bokong : lunak, kurang bundar, kurang melenting.

TFU dapat digunakan untuk memperkirakan tafsiran berat janin dan usia kehamilan.

Menghitung tafsiran berat janin menurut Johnson.

$TBJ = \text{tinggi fundus (cm)} - n(12 \text{ atau } 11) \times 155$

n= 12 jika kepala bayi sudah masuk PAP atau 11 jika kepala bayi belum masuk PAP

Menghitung usia kehamilan menurut rumus Mc Donald.

Tinggi fundus (cm) x 2/7 = durasi kehamilan dalam bulan

Tinggi fundus(cm) x 8/7 = durasi kehamilan dalam minggu.

- Leopold II

Menentukan batas samping Rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang menentukan letak kepala janin.

- Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

- Leopold IV

Pemeriksa menghadap ke kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah belum masuk panggul) atau divergen (kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian

terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul.

Ekstremitas : Penambahan tekanan vena di bagian bawah uterus dan mengakibatkan oklusi parsial vena cava yang bermanifestasi pada adanya pitting edema di kaki dan tungkai terutama pada akhir kehamilan. Penurunan tekanan osmotik koloid di interstisial juga akan menyebabkan edema pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2018).

(3) Auskultasi

Dada : adanya ronkhi atau wheezing perlu dicurigai adanya asma atau TBC yang dapat memperberat kehamilan.

Abdomen : melakukan auskultasi untuk mendengarkan denyut jantung janin (DJJ) yang normalnya dalam rentang 120-160 kali/menit (Kemenkes RI, 2010)

(4) Perkusi

Reflek patella, normal bila bergerak sedikit ketika tendon diketuk, jika gerakan berlebihan kemungkinan tanda pre eklamsi, bila negative kemungkinan kekurangan B1.

(5) Data Penunjang

(a) Pemeriksaan laboratorium rutin

Meliputi pemeriksaan golongan darah ibu, kadar hemoglobin, Tes HIV (ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi), Rapid test (untuk ibu yang tinggal atau memiliki riwayat ke daerah epidemic malaria). (Kemenkes, 2013)

Tabel 2.3 Kriteria kadar HB pada ibu hamil

Kadar Hb	Kategori
Hb 11 gr%	tidak anemia
Hb 9-10 gr%	anemia ringan
Hb 7-8 gr%	anemia sedang
Hb,7 gr%	anemia berat

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

(b) Pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi

- Urinalis (terutama pada trimester kedua dan ketiga) jika terdapat hipertensi. Tingkatan dari hasil pemeriksaan kadar albumin yaitu :
 - (-) : Tidak ada kekeruhan
 - (+) : Kekeruhan ringan tanpa butir-butir (0,01-0,05%)

- (++) : Kekeruhan mudah dilihat dan Nampak butiran-butiran tersebut (0,05-0,2%)
- (+++): Urin jelas keruh dan kekeruhan berkeping-keping (0,2-0,5%)
- (++++): Sangat keruh dan bergumpal atau memadat (>0,5%)

- Kadar hemoglobin pada trimester tiga terutama jika dicurigai anemia.
- Test sifilis
- Tingkatan kadar glukosa dalam urin diukur dengan menggunakan fehling yaitu:
 - (-) : Biru jernih sedikit kehijauan.
 - (+) : Hijau endapan kuning.
 - (++) : Endapan kuning, jelas, dan banyak.
 - (+++): Tidak berwarna, endapan warna jingga.
 - (++++): Tidak berwarna, endapan merah bata.

(c) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG direkomendasikan pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan.

(Kemenkes, 2013)

2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu, Tunggal/ Hidup/ Intrauterine,
presentasi (kepala/bokong) keadaan ibu dan janin (baik/tidak)

Ds : Ibu mengatakan ini kehamilan ke.... usia kehamilan...Ibu mengatakan
hari pertama haid terakhir

Do :

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) TD : 90/60 – 130/90 mmHg
- d) Nadi : 60-100x/menit
- e) RR : 16-24x/menit
- f) Suhu : 36,5-37,5 °C
- g) TB :cm
- h) BB hamil :.....kg
- i) BB sebelum hamil :.....kg
- j) TP :.....
- k) LILA : >23,5 cm

2) Pemeriksaan Fisik

a) Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan (28 minggu 3
jari diatas pusat, 36 minggu 3 jari dibawah px, 40
minggu pertengahan pusat dan px). Bagian janin

yang berada di fundus 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 : Jika sudah masuk PAP, seberapa jauh bagian terendah masuk PAP

b) Auskultasi : DJJ 120-160x/menit

Masalah :

- (1) Hemoglobin menurun
- (2) Peningkatan frekuensi berkemih
- (3) Sesak nafas
- (4) Konstipasi
- (5) Varises
- (6) Nyeri ligamen rotundum
- (7) Nyeri punggung bawah

2.1.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisi klien. Berikut beberapa diagnosis potensial yang mungkin ditemukan selama kehamilan trimester III :

- 1) Potensial eklamsi.
- 2) Potensial atonia uteri.
- 3) Potensial hipertensi karena kehamilan.
- 4) Potensial Ketuban Pecah Dini.
- 5) Potensial hipertensi kronik.

2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

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

2.1.5 Intervensi

Perencanaan dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti, serta

divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan yang tidak diinginkan oleh pasien.

Dx : G....P....Ab... UK... minggu, tunggal, hidup, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan resiko rendah

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan, dapat mengantisipasi terjadinya komplikasi/kelainan sebagai deteksi dini dan ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.

Kriteria Hasil

Kesadaran : composmentis

TD : 90/60-130/90 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

RR : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,50 C

LILA : > 23,5 cm

TFU : Sesuai usia kehamilan

DJJ : 120 – 160 x/menit

Intervensi

1) Beri informasi pada ibu tentang kondisi ibu dan janin.

R: Informasi yang dikumpulkan selama kunjungan antenatal memungkinkan bidan dan ibu hamil untuk menentukan pola

perawatan antenatal yang tepat. Memberikan informasi tentang gerakan janin dapat memberikan ketenangan pada ibu.

- 2) Komunikasikan dengan ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan. Membedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi (Indrayani, 2011).

R: persiapkan untuk mengajukan pertanyaan, memberikan informasi dan mendiskusikan isu-isu tentang kesejahteraan fisik dan emosi atau psikologis wanita.

- 3) Wanita hamil harus makan paling sedikit bertambah 1 porsi untuk setiap harinya, makan dalam jumlah sedikit namun frekuensinya sering (Indrayani, 2011)

R: Pada masa kehamilan memerlukan asupan nutrient yang tinggi untuk proses perkembangan janin selanjutnya

- 4) Diskusikan dengan ibu tentang rencana persalinan.

R: Rencana persalinan akan efektif jika dibuat dalam bentuk tertulis bersama bidan yang berbagi informasi sehingga ibu dapat membuat rencana sesuai dengan praktik dan layanan yang tersedia. Beberapa hal yang didiskusikan dalam perencanaan persalinan diantaranya tempat kelahiran, pendamping kelahiran, posisi untuk persalinan, pereda nyeri, makan dan minum saat persalinan, kala III persalinan, kebutuhan untuk penjahitan perineum. Pemberian IMD, pemberian

vit K, diskusikan setiap budaya atau agama yang mungkin ingin dipantau ibu.

5) Diskusikan tanda dan gejala persalinan dan kapan harus menghubungi bidan (Marmi, 2015).

R: Informasi yang perlu diketahui seorang wanita (Ibu hamil) demi kesehatan dan kenyamanan diri dan bayinya.

6) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan seperti sakit kepala hebat, perdarahan pervaginam. Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi normal atau komplikasi (Marmi, 2015).

R: Menemukan penyakit ibu sejak dini jika didapatkan kelainan sejak dini yang mengganggu tumbuh kembang janin harus diikuti upaya untuk memberikan pengobatan yang adekuat.

7) Diskusikan kebutuhan untuk melakukan test laboratorium atau test penunjang lain untuk menyingkirkan, menginformasi atau membedakan Antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

R: Antisipasi masalah potensial yang terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga profesional.

8) Diskusikan dengan ibu dalam menentukan jadwal kunjungan seanjutnya.

R: Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya

dijadwalkan sebagai berikut, Antara minggu 2836 setiap 2 minggu, Antara 36 hingga persalinan dilakukan setiap minggu (Manuaba, 2007).

2.1.6 Implementasi

Merupakan aplikasi atau tindakan asuhan kepada klien dan keluarga yang telah direncanakan pada intervensi secara efisien dan tepat

2.1.7 Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subyektif, obyektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan terapi atas hasil kajian tersebut. Jadi secara dini catatan perkembangan berisi uraian yang berbentuk SOAP.

2.2 Konsep Manajemen Persalinan

2.2.1 Data Subyektif

1) Keluhan utama

Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda gejala yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011)

2) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan yang dikaji pada ibu bersalin meliputi:

(1) Pola nutrisi

Bertujuan untuk mengkaji cadangan energy dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anastesi jika pembedahan diperlukan.

(2) Pola istirahat

Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam.

(3) Pola eliminasi

Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri paling sedikit setiap 2 jam.

2.2.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum

untuk mengetahui data ini cukup dengan mengamatan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

Baik, jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

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

(2) Kesadaran

Kesadaran pasien meliputi composmentis (kesadaran maksimal) sampai koma (pasien tidak dalam keadaan sadar).

2) Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi, menurut varney (2007) yang meliputi :

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolic 5-10mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan.

(2) Nadi

Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan.

(3) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan dianggap normal. Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok.

(4) Suhu

Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ sampai 1°C .

3) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Untuk menilai kelainan yang dapat mempersulit proses persalinan meliputi :

(a) Mata

Pemeriksaan pada mata meliputi apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), sklera, kelainan pada mata, gangguan penglihatan (rabun jauh/ dekat) dan kebersihan.

(b) Mulut

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

(2) Leher

Pemeriksaan pada leher untuk mengetahui apakah ada pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis.

(3) Payudara

Pemeriksaan pada payudara meliputi apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan.

(4) Abdomen

Pemeriksaan pada abdomen meliputi :

(a) Bekas operasi sesar

Pemeriksaan bekas operasi untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat operasi sesar, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya.

(b) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi dan posisi.

(c) Pengukuran TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Jika kepala belum masuk PAP (TFU-12) x 155. Jika kepala sudah masuk PAP (TFU-11) x 155.

(d) Kontraksi uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan.

(e) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit

(f) Palpasi Kandung Kemih

(5) Ekstremitas

Pengkajian pada ekstremitas meliputi mengkaji adanya odema dan varises.

(6) Genetalia

Pengkajian pada genetalia meliputi : tanda-tanda inpartu, pengeluaran lendir darah (*blood show*), kemajuan persalinan, hygiene pasien, adanya tanda-tanda infeksi vagina dan pemeriksaan dalam.

(7) Anus

Pengkajian pada anus untuk mengetahui kelainan seperti hemoroid.

4) Pemeriksaan dalam

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

- (1) Pemeriksaan genetalia eksterna antara lain memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondiloma, luka

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

- (2) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan meconium, nilai kental atau encer dan periksa DJJ dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- (3) Menilai embukaan dan penipisan serviks.
- (4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- (5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).
- (6) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpeng tindih tulang

kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir. Dapat digunakan bidang Hodge.

5) Data Penunjang

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

- (1) *Ultrasonography* (USG) untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi.
- (2) Tes laboratorium meliputi :
 - (a) Selama persalinan, kadar haemoglobin mengalami peningkatan 1,2gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2007)
 - (b) Tes pemeriksaan urin (air kencing) untuk mengetahui kadar protein dan glukosa dalam urin.

2.2.3 Analisa

1) Diagnosa kebidanan

Terdiri dari kehamilan ke berapa (gravida), jumlah kelahiran (para), abortus, usia kehamilan, keadaan janin, dan ibu memasuki inpartu kala apa.

2) Masalah

Masalah yang dapat timbul meliputi :

1. Ibu merasa takut dengan proses persalinan

Subjektif : Ibu mengatakan merasa takut dengan proses persalinan yang akan dialaminya

Objektif : Ibu terlihat cemas

2. Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : Ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya

Objektif : Ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat

3) Kebutuhan segera

Tahap ini digunakan apabila terjadi situasi darurat dan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien.

4) Diagnose potensial dan masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada. Diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada, misalnya perdarahan intrapartum dan partus lama.

5) Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien

1. Mandiri

Seperti yang terdapat di partograph diantaranya :

- a. Melakukan observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan kemungkinan terjadi partus demikian juga dapat mendeteksi kemungkinan terjadi partus lama
- c. Pemantauan kondisi ibu, kondisi janin dan kemajuan proses persalinan

2. Kolaborasi

Kolaborasi dengan dokter obgyn apabila kondisi ibu memerlukan penanganan di luar kewenangan bidan

3. Rujukan

Dilakukan rujukan apabila diperlukan tindakan yang tidak mungkin dilakukan di tempat bidan.

2.2.4 Penatalaksanaan

1) Intervensi

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

R: hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif .

2. Pemantauan kemajuan persalinan yang meliputi nadi, DJJ dan his 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, urin setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograph pada kala I fase aktif.

R: lembar observasi dan partograph dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama (JNPK KR, 2017).

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

R: makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh2013).

4. Berikan KIE kepada ibu dan keluarga Teknik pernafasan dan relaksasi selama ibu merasakan kontraksi dan jangan meneran sebelum pembukaan lengkap.

R: meneran sebelum pembukaan lengkap dapat menyebabkan oedema pada vulva dan vagina.

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

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

2) Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan harus bertindak sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.

3) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil asuhan.

2.2.5 Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal : Pukul:

A. Subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

B. Objektif

Data objektif antara lain :

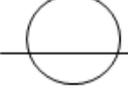
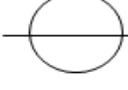
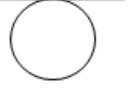
- 1) Perineum menonjol
- 2) Vulva dan anus membuka
- 3) Frekuensi his semakin sering ($> 3x/\text{menit}$)
- 4) Intensitas his semakin kuat
- 5) Durasi his > 40 detik

Pemeriksaan dalam :

- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah
- 2) Ketuban ; sudah pecah (negative)
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Penipisan : 100%
- 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah UUK jam 12
- 6) Tidak ada bagian kecil berdenyut di sekitar kepala bayi
- 7) Molage 0 (nol)
- 8) Hogde IV

Table 2.4

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

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

Sumber : Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013

C. Analisa

G ____ P ____ Ab ____ Kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Diagnose potensial yang dapat muncul pada kala II yaitu :

1. Kala II lama
2. Asfiksia neonatorum

D. Penatalaksanaan

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

KH : • DJJ 120-160 x/menit
• Ibu meneran dengan efektif
• Bayi lahir spontan normal

Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, penatalaksanaan kala II persalinan normal :

- 1) Mengenali tanda kala II persalinan
 - a) Ibu merasa ada dorongn kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada return dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfinger ani membuka
- 2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Memakai celemek plastic.

- 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 Desinfektan Tingkat Tinggi (DTT) pada tangan kanan akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril).
- 7) Memmbersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 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 kedalam 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 DJJ setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran :
 - a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - c) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - d) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - e) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - g) 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) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok dan 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 kepala bayi terlihat 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.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar secara, melepaskan melalui bagian atas bayi.

b) Jika tali pusat melilit 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 meneluri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan tas 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 idia tas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.

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.

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu e kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu.

2.2.6 Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal : Pukul:

A. Subjektif

Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

B. Objektif

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

C. Analisa

P _ _ _ _ Ab _ _ _ kala III

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III yaitu :

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

Kebutuhan segera yang dapat dilakukan pada kala III yaitu :

1. Simulasi putting susu
2. Pengeluaran plasenta secara lengkap

D. Penatalaksanaan

Tujuan : Kala III berjalan normal tanpa komplikasi

KH : Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit. Jumlah perdarahan < 500 cc.

Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Pindahkan 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, menegakkan 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 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).
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah

disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- 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).
- 7) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 8) Periksa kedua sisi plasenta, memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

2.2.7 Manajemen Kebidanan Kala IV

Tanggal : Pukul :

A. Subjektif

Pasien mengatakan perutnya mulas.

B. Objektif

1. TFU 2 jari di bawah pusat.

2. Kontraksi uterus : baik/ tidak

C. Analisa

P _ _ _ Ab _ _ _ persalinan kala IV

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu :

1. Hipotonia sampai dengan atonia uteri
2. Perdarahan karena robekan serviks
3. Syok hipovolemik

Kebutuhan segera :

Kebutuhan segera yang diberikan yaitu eksplorasi sisa plasenta.

D. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam postpartum tidak terjadi komplikasi.

KH : • Perdarahan < 500 cc

- Kontraksi uterus baik
- TFU 2 jari di bawah pusat
- TTV :TD : 90/60 – 140/90 mmHg

Nadi : normal 80-100 kali/menit

RR : 16-24 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 3) Mencecupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%
- 4) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi uterus.
- 5) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan ibu baik.
- 6) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan ibu.
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).
- 8) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 9) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 12) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 13) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 14) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 15) Memakai sarung tangan bersih/ DTT untuk memberikan vitamin K₁ (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 16) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C) setiap 15 menit.
- 17) Setiap 1 jam pemberian vitamin K₁, berikan suntikan 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 didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 19) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 20) Melengkapi partograph (halaman depan dan belakang).

2.2.8 Manajemen Kebidanan Bayi Baru Lahir

A. Subjektif

1. Riwayat Antenatal

G ___ P ___ Ab ___ Umur kehamilan __ minggu

Riwayat ANC : teratur/ tidak, ... kali, di ... oleh ...

Imunisasi TT : ... kali

TT 1 tanggal ..., TT 2 tanggal ...

TT 3 tanggal ..., TT 4 tanggal ...

TT 5 tanggal

Kenaikan BB : ...Kg

Keluhan Saat Hamil : ...

Penyakit Saat Hamil : jantung, diabetes mellitus, gagal ginjal, hepatitis B, tuberculosis, HIV positif, trauma/ penganiayaan

Kebiasaan Makan : ...

Obat/Jamu : ...

Merokok : ...

Komplikasi Ibu : Hyperemesis, abortus, perdarahan, pre eclampsia, eclampsia, diabetes gestasional, infeksi

Janin : IUGR, polihidramnion/
oligohidramnion, gemelli

2. Riwayat Intranatal

Lahir tanggal jam

Jenis Persalinan : Spontan/tidak

Atas Indikasi...

Penolong : ...di...

Lama Persalinan : Kala I...Jam

Kala II...Jam

Komplikasi

- a. Ibu : hipertensi/ hipotensi, partus lama, penggunaan obat, infeksi/ suhu badan naik, KPD, perdarahan.
- b. Janin : premature/ postpartum, malposisi/ malpresentasi, gawat janin, ketuban campur meconium, prolapse tali pusat.

3. Keadaan Bayi Baru Lahir

BB/ PB lahir : 2500-4000 gram/ 44 - 55 cm

Caput succedaneum : ...

Cepal haematoma : ...

Cacat bawaan : ...

Resusitasi : Rasangan : ya/tidak

Penghisap lendir : ya/tidak

Ambu bag :ya/tidak

Massase jantung :ya/tidak

Intubasi Endotrakeal : ya/tidak

B. Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Pernafasan

pernafasan pada bayi baru lahir adalah berkisar dari 30-60 kali permenit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodic selama beberapa detik masih dalam batas normal. Pengukuran dilakukan dengan menghitung selama 60 detik penuh untuk mendeteksi ketidakaturan dalam kecepatan, irama dan kualitasnya.

b. Warna kulit

Observasi warna kulit bayi dalam hubungannya dengan perubahan aktivitas, posisi, dan temperature. Pada umumnya, bayi akan menjadi memerah pada waktu menangis dan bias menunjukkan periode sianosis sementara. Penurunan temperature meningkatkan derajat sianosis karena adanya vasokonstriksi.

c. Denyut jantung

120-160 kali per menit di daerah brachial dan femoral

d. Nadi

100-180 kali per menit.

e. Suhu aksiler

36,5-37,5°C

f. Postur dan Gerakan

Postur normal BBL dalam keadaan istirahat adalah kapalan tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Pada bayi kecil ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi dengan letak sungsang selama masa kehamilan, akan mengalami fleksi penuh pada intra uterin. Jika kaki dapat diposisikan dalam posisi normal tanpa kesulitan, maka tidak dibutuhkan terapi. Gerakan ekstremitas bayi harus secara spontan dan simetris disertai Gerakan sendi penuh. Bayi normal dapat sedikit gemetar.

g. Tonus otot/ tingkat kesadaran

Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.

h. Ekstremitas

Periksa posisi, Gerakan, reaksi bayi bila ekstremitas disentuh, dan pembengkakan.

i. Kulit

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/ tanda Mongol. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal.

Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka, tubuh dan punggung pada hari kedua atau selanjutnya. Kulit tubuh, punggung dan abdomen yang terkelupas pada hari pertama juga masih dianggap normal.

j. Tali pusat

k. Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/ mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.

l. BB sekarang

2500-4000 gram

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil

b. Muka

Tanda-tanda paralisis

c. Mata

Keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan

d. Telinga

Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala

e. Hidung

Kebersihan, palatokisis

f. Mulut

Labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/ basah.

g. Leher

Pembengkakan dan benjolan

h. Klavikula dan lengan tangan

Gerakan, jumlah jari

i. Dada

Bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernafasan

j. Abdomen

Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk

k. Genetalia

Laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis. Perempuan vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.

l. Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk dan jumlah jari

m. Anus

Berlubang/ tidak, fungsi spingter ani

n. Punggung

Spina bifida, mielomeningoel

3. Reflek : Moro, Rooting, Walking, Graps, Sucking, Tonickneck

4. Antropometri : BB : 2500-4000 gr

PB : 44-55 cm

LK : 33-35 cm

LD : 30-38 cm

LLA : 11-15 cm

5. Eliminasi

Miksi : biasanya kencing lebih dari enam kali per hari

Mekonium : BBL normal biasanya berak cair enam sampai delapan kali per hari.

b. Analisa

1. Diagnose kebidanan

a. Bayi cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dengan asfiksia sedang

b. Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan

2. Masalah

a. Ibu kurang informasi

- b. Ibu menderita PEB
 - c. Ibu post SC sehingga tidak bias melakukan *skin to skin contact* secara maksimal
3. Kebutuhan
- Perawatan rutin bayi baru lahir
4. Diagnosis potensial
- a. Hipotermi potensial terjadi gangguan pernafasan
 - b. Hipoksia potensial terjadi asidosis
 - c. Hipoglikemi potensial terjadi hipotermi
5. Masalah potensial : potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama.
6. Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi pasien
- Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/ atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi, contoh : bayi tidak segera bernafas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi.
- a. Mandiri
 - b. Kolaborasi
 - c. Merujuk

c. Penatalaksanaan

Tanggal jam

1) Intervensi

1. Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat

- a. Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu
- b. Ganti handuk/ kain basah dan bungkus bayi dengan selimut
- c. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki setiap 15 menit. Apabila telapak kaki terasa dingin, periksa suhu aksila bayi

2. Perawatan mata

Obat mata Eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamidia. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.

3. Memberikan identitas bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera setelah lahir

- a. Alat pengenalan yang digunakan hendaknya tahan air, dengan tepi halus, tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas
- b. Pada alat pengenalan, harus mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin dan unit perawatan

- c. Di tempat tidur bayi juga harus dicantumkan tanda pengenal yang mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir dan nomor identitas
 - d. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Hasil pengukuran antropometri dicatat dalam catatan medis.
4. Memperlihatkan bayi pada orang tuanya/ keluarga
5. Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu
- a. Berikan bayi kepada ibu sesegera mungkin. Kontak diri antara ibu dan bayi penting untuk : mempertahankan suhu bayi baru lahir, ikatan batin bayi terhadap ibu dan pemberian ASI dini.
 - b. Dorongan ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap (*reflex rooting positive*). Jangan paksaan bayi untuk menyusu
 - c. Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi, biarkan bayi Bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.
6. Memberikan vitamin K1
- Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir, lakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari.
- b. Bayi resiko tinggi diberikan vitamin K1 parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM

7. Konseling

Ajarkan ibu/ orang tua bayi untuk :

- a. Menjaga kehangatan bayi
- b. Pemberian ASI
- c. Perawatan tali pusat
- b. Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih secara longgar
- c. Lipatlah popok di bawah tali pusat
- d. Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan
- e. Mengawasi tanda-tanda bahaya

Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir, antara lain :

- 1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 kali per menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas
- 2) Suhu, terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ (febris), atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$ (hipotermia)

- 3) Warna abnormal, kulit/bibir biru (sianosis) atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru
- 4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- 5) Tali pusat, merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- 6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
- 7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan meconium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah/berlendir
- 8) Tidak berkemih dalam 24 jam
- 9) Menggigil atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus
- 10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan

8. Imunisasi

Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Anti Polio oral dan Hepatitis B

2) Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan harus bertindak sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.

3) Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif.

2.3 Konsep Manajemen Nifas

2.3.1 Subjektif

1) Keluhan Utama

Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

2) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah nifas.

Pada kasus ASI tidak lancar, estrogen yang ada dalam kontrasepsi oral yang dikonsumsi ibu memberikan efek yang negative terhadap produksi ASI, yaitu produksi ASI akan menurun. Oleh sebab itu

kontrasepsi yang mengandung estrogen tidak dianjurkan bagi ibu yang menyusui.

3) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter per hari. Selain itu ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Marmi, 2015)

b) Eliminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200cc. sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011)

c) Istirahat

Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya

d) Personal Hygiene

Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan.

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas sehari-hari karena data ini akan memberikan gambaran seberapa berat aktifitas ibu yang dilakukan dirumah. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa resing, apakah kesulitan dengan bantuan atau diri sendiri. Apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi. Aktivitas menyusui dengan duduk dan kaki jinjit atau tidak menapak pada lantai dapat menyebabkan kerja otot statis sehingga dapat menyebabkan bengkak pada kaki.

f) Aktivitas Seksual

Data yang perlu ditanyakan pada klien adalah frekuensi dan gangguan yang mungkin terjadi pada saat melakukan hubungan seksual misalnya nyeri saat berhubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami dan kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan.

4) Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya.

a) Fase Taking In

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali

diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c) Fase Letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

2.3.2 Objektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum :

Data ini dapat digunakan untuk mengamati keadaan pasien secara keseluruhan.

1. Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta fidik pasien yang tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2. Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(2) Kesadaran :

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

(3) Tanda-tanda Vital :

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit datau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien.

a. Tekanan darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam masa nifas atau syok. Normalnya 100/60 mmHg-130/60 mmHg (Kenaikan systole

tidak lebih dari 30 mmHg, diastole tidak lebih dari 15 mmHg)

b. Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya syok asietas atau dehidrasi. Normalnya yaitu 60-90 x/menit.

c. Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi. Normalnya 36,5°C-37,5°C.

d. Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Normalnya 16-24 x/menit (Rohani dkk,2011 : 83).

b) Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi :

Tindakan pemeriksaan dengan menggunakan indera penglihatannya untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda tertentu dari bagian tubuh atau fungsi tubuh pasien.

1. Wajah

Dikaji oedema/tidak, apabila terjadi oedema maka menandakan terjadi pre-eklamsi atau eklamsi.

2. Mata

Dikaji konjungtiva merah muda/pucat (jika pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat menjadi komplikasi perdarahan pada masa nifas.

3. Dada

Untuk melihat payudara simetris/tidak, puting susu sudah menonjol/belum.

4. Abdomen

Dilihat terdapat bekas luka operasi ada/tidak, pembesaran abnormal ada/tidak.

2. Palpasi :

Suatu teknik pemeriksaan untuk menilai kelainan pada pasien dengan cara meraba dan merasakan dengan satu atau kedua telapak tangan .

1. Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada pembesaran pada kelenjar getah bening (parotitis) dan bendungan vena jugularis menyebabkan penjalaran tekanan vena dari jantung terhambat.

2. Payudara

Untuk mengetahui ada/tidak benjolan abnormal, colostrums sudah keluar atau belum.

3. Abdomen

Menentukan TFU, dihari pertama TFU berada 12 cm diatas simpisis pubis dan pada hari ke-7 sekitar 5 cm diatas simpisis pubis. Pada hari ke-10 uterus tidak dapat di palpasi atau bahkan tidak terpalpasi. Memantau kontraksi uterus berlangsung dengan baik serta pengkajian pada siastasis rectus abdominalis.

4. Ekstremitas

Dikaji untuk menentukan apakah oedema ada (mengindikasikan adanya pre-eklamsi atau eklamsi)/ tidak, varises ada / tidak (mengacu terjadinya tromboflebitis)/ tidak, tanda human ada (menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal)/ tidak.

3. Auskultasi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Pada dada ibu nifas dilakukan untuk mengetahui ronchi/tidak, wheezing ada/tidak.

4. Perkusi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk. Pada ekstremitas bagian bawah dilakukan untuk mengetahui reflek

patella ada/tidak (disebut tanda westphal menunjukkan bahwa ada masalah di saraf tulang belakang pasien atau saraf perifer).

c) Data penunjang

Didapatkan melalui tes sample yang diuji laboratorium. Misalnya tes urine untuk mengetahui apakah terjadi peningkatan gula darah dalam darah atau tidak dan untuk mengetahui apakah terjadi protein urine atau tidak. Pemeriksaan darah untuk Hb. Normalnya pada pemeriksaan urine hasil negative dan Hb normal saat nifas 11-12gr%.

d) Terapi

Pil zat besi (Fe) selama 40 hari pasca bersalin, kapsul vitamin A (200.000 unit) sebanyak 2 kali.

e) Data Bayi

Lahir tanggal :.....jam:.....

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit ke lima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia/tidak.

(2) Kesadaran

Apakah klien sadar sepenuhnya (composmentis), apatis, sannolen, semi koma, atau koma. Hal ini berhubungan dengan kesadaran yang tidak composmentis menunjukkan ada masalah yang harus diatasi.

(3) Pernafasan

Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60x/menit. Sekresi lender mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama. Pernapasan pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran.

(4) Nadi

Pada bayi normal denyut jantung dalam 1 menit pertama ± 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali permenit pada saat bayi berumur 30 menit.

(5) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat, karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan uterus. Normalnya suhu bayi berkisar 36,5 °C-37,5°C.

(6) Berat Badan

Berat badan bayi normal berkisar 2500-4000 gram dengan usia kehamilan 37-42 minggu.

(7) Panjang badan

Bayi dikatakan normal jika panjang bayi berkisar 48-50 cm.

(8) Jenis kelamin : perempuan/laki-laki.

b) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma.

Wajah : Menilai pucat atau tidak, kuning atau tidak, salah satu tanda bahaya bayi baru lahir, jika ditemui hal tersebut segera untuk perawatan lebih lanjut.

Mata : Pemeriksaan terhadap perdarahan dan konjungtiva, serta tanda-tanda infeksi (pus).

Hidung : Pemeriksaan ada tidaknya pernapasan cuping hidung, yang nantinya akan membuat bayi sukar bernafas.

Mulut : Pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskizis dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi data menyusui).

Telinga : Pemeriksaan terhadap kelainan bentuk/daun telinga.

Dada : Pemeriksaan terhadap pernafasan, retraksi dinding dada serta bunyi paru (sonor, vesicular dan bronkial).

- Perut : Pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limfa, tumor) scapoid (kemungkinan kelainan diafragma, atresia esophagus tanpa fistula).
- Tali Pusat : Pemeriksaan terhadap tanda-tanda infeksi tali pusat.
- Genetalia : Pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujungnya (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- Anus : Pemeriksaan apakah anus berlubang/tidak
- Ekstremitas : Pemeriksaan pergerakan aktif, jumlah jari lengkap/tidak, fraktur/tidak
- Refleks : Menghisap (-/+), mencari (-/+), menelan (-/+), morro (-/+)

(Sondakh,2013)

2.3.3 Analisa

- a. Diagnosa kebidanan

P _____ Ab _____ Postpartum hari ke ...

b. Masalah

Masalah yang terjadi pada masa nifas yaitu :

1. Ketidaknyamanan sehubungan dengan proses involusi uterus
2. Nyeri pada luka jahitan perineum
3. Keragu-raguan untuk berinteraksi dengan bayi
4. Kurangnya pengetahuan mengenai cara menyusui
5. Payudara nyeri dan bengkak
6. Kurangnya nutrisi ibu
7. Konstipasi
8. Gangguan pola tidur
9. Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi

c. Kebutuhan

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

- a. Ibu kejang, lakukan tindakan segera untuk mengatasi kejang dan berkolaborasi merujuk ibu untuk perawatan selanjutnya.
- b. Ibu tiba-tiba mengalami perdarahan, lakukan tindakan segera sesuai dengan keadaan pasien, misalnya bila kontraksi uterus kurang baik segera berikan uterotonika. Bila teridentifikasi

adanya tanda sisa plasenta, segera berkolaborasi dengan dokter umum untuk tindakan.

d. Diagnose dan masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnosis yang salah diidentifikasi.

2.3.4 Penatalaksanaan

1) Intervensi

1. Mengucapkan selamat pada ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya

R: Meningkatkan rasa puas harga diri dan kesejahteraan emosional.

2. Bantu ibu untuk memahami hasil pemeriksaan

R: Informasi harus diberitahukan kepada klien dan keluarga karena berkaitan dengan psikologis klien dan keluarga.

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

R: Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa puerperium meskipun dianggap normal tetapi ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

Masalah :

1) Nyeri pada luka jahitan

Tujuan : Nyeri pada luka jahitan yang dirasakan berkurang

KH : Ibu tidak lagi tampak menyeringai saat bergerak,
ibu dapat mengungkapkan berkurangnya
ketidaknyamanan.

Intervensi :

a) Demonstrasi prosedur kompres panas atau dingin pada
perineum.

R: Pengetahuan dalam kemandirian merawat tubuh.
Kompres panas dapat meningkatkan sirkulasi
kompresi dingin dapat mengurangi edema hingga
dapat mengurangi nyeri.

b) Bantu ibu mengerti pentingnya menjaga kebersihan diri
dan genetaliaanya

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

c) Demontstrasikan pada ibu teknik duduk dan berbaring
miring salah satu sisi melalui otot gluteus.

R: Mengurangi tekanan pada daerah perineum

d) Observasi luka episotomi atau laserasi serta lihat adanya
edema atau hemoroid. Berikan kompres es.

R: Trauma dan edema meningkatkan derajat
ketidaknyamanan dan dapat menyebabkan stress
pada jahitan. Es memberikan anesthesia local

meningkatkan vasokonstriksi dan menurunkan pembentukan edema.

e) Ingatkan ibu minum obat analgesik yang diberikan bidan

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

2) Keragu-raguan untuk berinteraksi dengan bayi

Tujuan : Ibu dapat berinteraksi secara baik terhadap bayinya

KH : Menggendong bayi, saat kondisi ibu dan bayi memungkinkan, mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat.

Intervensi :

a) Menganjurkan ibu untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi, lebih disukai bersentuhan kulit dengan kulit

R: Khayalan yang disebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalahfahaman dapat meningkatkan tingkat kecemasan ibu.

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

R: Jam-jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan unik untuk terjadinya ikatan keluarga,

karena ibu dan bayi secara emosional saling menerima isyarat, yang menimbulkan kedekatan dan penerimaan.

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

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

3) Kurangnya pengetahuan mengenai cara menyusui

Tujuan : Ibu dapat menyusui bayi dengan lancar

KH : Ibu mengetahui dan menerapkan tentang cara menyusui yang benar sehingga tidak ada masalah saat menyusui bayinya.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya.

R: Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini

- b) Tentukan system pendukung yang tersedia pada klien, dan sikap pasangan/keluarga

R: Mempunyai dukungan yang cukup meningkatkan kesempatan untuk pengalaman menyusui berhasil

c) Memberikan informasi mengenai keuntungan menyusui dan perawatan puting dan payudara

R: memberikan kenyamanan dan membantu peran ibu menyusui

d) Kaji puting klien, anjurkan klien melihat puting setelah menyusui

R: Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau pecah puting yang dapat merusak proses menyusui.

e) Lakukan perawatan payudara dengan cara dibersihkan, pengurutan dan pengompresan

R: Membersihkan payudara dapat menghilangkan kotoran yang dapat menyumbat aliran ASI pengurutan payudara dapat memperlancar pengeluaran ASI, kompres panas dingin bergantian dapat merangsang pengeluaran ASI.

f) Ajarkan cara menyusui yang benar

R: Dengan teknik menyusui yang benar ibu menjadi rilekspayudara tidak lecet dan dapat mengoptimalkan produksi ASI.

g) Beritahu ibu agar menyusui bayinya tiap 2 jam sekali (8-12 kali dalam 24 jam)

R: Lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam bila ASI diberikan secara rutin payudara ibu terasa kosong sehingga merangsang produksi ASI, bila payudara disusukan terus tidak akan terjadi pembengkakan.

h) Bila puting susu datar atau tenggelam dilakukan perawatan payudara dengan cara memutar dan tarik dengan tangan atau spuit

R: Cara ini dilakukan agar puting payudara menonjol (Dewi dan Sunarsih 2015).

4) Payudara nyeri dan bengkak

Tujuan : Payudara tidak nyeri dan tidak bengkak

KH : Ibu merasa nyaman saat menyusui

Intervensi :

a) Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu menyusui

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

b) Ajarkan cara menyusui yang benar

R: Dengan teknik menyusui yang benar ibu menjadi rileks payudara tidak lecet dan dapat mengoptimalkan produksi ASI.

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

R: Produksi ASI akan terus terjadi karena adanya reflex prolaktin produksi ASI terjadi pada payudara kanan dan kiri apabila ASI disusukan hanya pada salah satu payudara akan mengakibatkan nyeri dan bengkak akibat bendungan ASI

5) Kurangnya nutrisi ibu

Tujuan : Nutrisi ibu terpenuhi

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

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk banyak makan-makanan tinggi protein, vitamin dan mineral

R: Protein berfungsi untuk membangun sel-sel tubuh yang rusak sehingga proses penyembuhan lebih cepat, selain itu juga bagus untuk produksi ASI

b) Anjurkan ibu minum sedikitnya 3 liter air sehari atau segelas setiap menyusui

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

c) Menganjurkan ibu untuk minum tablet Fe/zat besi selama 40 hari pasca persalinan

R: Tablet Fe dapat mencegah terjadinya anemia

d) Menganjurkan ibu minum vitamin A 200.000 unit

R: Vitamin A diberikan pada ibu memenuhi kebutuhan vitamin A pada bayinya melalui ASI

6) Konstipasi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan konstipasi tidak terjadi

KH : Ibu defekasi biasa atau optimal satu hari sekali, keluhan saat BAB tidak ada

Intervensi :

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

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

b) Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi

R: Ambulasi sebagai latihan otot panggul sehingga dapat memperlancar BAB.

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

R: Adanya laserasi atau luka episiotomy dapat menyebabkan rasa nyeri sehingga keinginan ibu untuk defekasi menurun.

7) Gangguan pola tidur

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

KH : Ibu dapat beristirahat 6-8 jam perhari

Intervensi :

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

R: Mengurangi rangsangan dari luar yang mengganggu

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

R: Meningkatkan control, meningkatkan relaksasi

c) Kurangi rasa nyeri

R: Reduksi rasa nyeri dapat meningkatkan kenyamanan ibu sehingga dapat beristirahat dengan cukup

8) Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan maka pengetahuan ibu semakin bertambah

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

Intervensi :

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

R: Menentukan hal-hal yang akan diajarkan pada klien

b) Demonstrasikan teknik-teknik perawatan yang baik

R: Dengan melihat, ibu dapat lebih mudah memahami dan mudah mengingat teknik perawatan yang baik

4. Demonstrasi pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus

R : Masase fundus merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan. Rangsangan berlebihan dapat menyebabkan relaksasi uterus karena otot lelah. Tekanan kebawah meningkatkan pengeluaran bekuan, dapat mengganggu kontraktilitas uterus.

5. Menunjukkan pada ibu tanda bahaya masa nifas

R : Ibu dapat mengerti dan memahami tanda bahaya nifas. Ibu dapat segera mencari pertolongan yang tepat sehingga masalah teratasi.

6. Bantu ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap

R : Meningkatkan control, dan kembali memfokuskan perhatian untuk mengurangi nyeri, mengurangi insiden tromboembolisme serta mempercepat proses involusi dan kekuatan ibu

7. Mengingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB

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

8. Bantu ibu mengerti tentang pentingnya istirahat

R : Istirahat cukup merupakan kebutuhan dasar

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

R : Kebutuhan nutrisi ditingkatkan untuk memberikan produksi ASI adekuat dan bergizi. Protein sangat diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan jaringan, pemulihan dan regenerasi serta untuk mengimbangi proses katabolic.

10. Demonstrasi tentang cara menjaga kehangatan bayi

R : Menjaga kehangatan bayi akan sangat diperlukankarena hal ini mencegah terjadinya hipotermia pada bayi

11. Bantu ibu mengerti pentingnya menjaga kebersihan diri dan genetaliannya

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

12. Bantu ibu mengerti pentingnya menyusui serta cara menyusui yang benar.

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

13. Bantu suami dan keluarga mengerti tentang pentingnya memberikan dukungan dan bantuan pada ibu nifas.

R : Membantu memfasilitasi ikatan/kedekatan antara ayah, ibu, bayi dan keluarga agar memulai proses adaptasi positif pada peran baru dan masuknya anggota baru dalam struktur keluarga.

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

R : Pemantauan yang rutin dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada masa nifas. Melanjutkan kontak dengan professional asuhan kesehatan untuk dukungan personal dan perawatan bayi.

2) Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan harus bertindak sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.

3) Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan, tetapi belum efektif atau merencanakan kembali asuhan yang belum terlaksanakan.

2.4 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Neonatus

2.4.1 Subjektif

a. Biodata

Nama Bayi : Yang dikaji nama lengkap untuk memudahkan memanggil dan menghindari kekeliruan.

Tanggal Lahir : Dikaji dari tanggal, bulan dan tahun bayi untuk mengetahui umur bayi.

Jenis Kelamin : Untuk memberikan informasi kepada keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia

Anak Ke : Untuk mengkaji kemungkinan adanya *sibling rivalry*

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal jam WIB. Kondisi ibu dan bayi sehat (Sondakh, 2013 : 162).

c. Riwayat kehamilan dan Persalinan

(1) Riwayat Kehamilan

Anak beberapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi bayi baru lahir (BBL) adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes mellitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), tuberkulosis (TBC), frekuensi antenatalcare (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, hari pertama haid terakhir (HPHT), dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil

(Sondakh, 2013 : 162).

Pernah antenatal care (ANC) atau tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/ terganggu, diabetes gestasional, poli/oligohidramnion (Muslihatun, 2010 : 252).

(2) Riwayat Persalinan

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, berat badan bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk bayi baru lahir (Sondakh, 2013 : 162).

Prematur/ postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan (Muslihatun, 2010 : 252).

(3) Riwayat Nifas

Observasi TTV, keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/PASI (Sondakh, 2013 : 162).

(4) Riwayat Psikososial

Kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru (Sondakh, 2013 : 163).

(5) Kebutuhan Dasar

- Pola nutrisi : setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kg BB, selanjutnya ditambah 30 cc/kg BB untuk hari berikutnya.
- Pola Eliminasi : proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.

- Pola Istirahat : pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari.
- Pola Aktivitas : pada bayi seperti menangis, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), serta memutar kepala untuk mencari puting susu (Sondakh, 2013 : 162).

2.4.2 Objektif

a) Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran	: Compos mentis
Keadaan Umum	: Baik
Suhu	: Normal (36,5-37°C)
Pernapasan	: Normal (40-60 kali/menit)
Denyut jantung	: Normal (130-160 kali/menit)
Berat Badan	: Normal (2500-4000 gram)
Panjang Badan	: Antara 48-52 cm

(Sondakh, 2013)

b) Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)

Kepala : Ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedenium, cephal hematoma, hidrosefalus (Muslihatun, 2010 : 253).

Fontanela (ubun-ubun kecil) merupakan ruang tempat dua buah tulang atau lebih menjadi satu, karena denyutan terkadang terlihat dari celah

tersebut. Fontanela anterior selama masa bayi dapat memberikan informasi yang sangat penting mengenai kondisi bayi. Misalnya : fontanela yang cekung menandakan dehidrasi, sementara itu fontanela yang menonjol menandakan peningkatan tekanan intracranial.

Muka : Warna kulit, tampak simetris dan tidak ada kelainan wajah yang khas seperti sindrom down (Marmi, 2015).

Mata : Sklera putih, periksa adanya perdarahan subkonjungtiva atau retina, periksa adanya strabismus. Normalnya mata bayi bersih, tidak ada kotoran/ secret.

Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.

Mulut : Labio/ palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah). Normalnya, bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah.

Telinga : Periksa bentuk atau posisi yang abnormal. Posisi telinga yang normal ditentukan dengan menarik garis horizontal imajiner dari kantung mata bagian

dalam dan luar melewati wajah. Jika helix telinga terletak dibawah garis horizontal ini, telinga disebut low-set. Telinga low-set terlihat pada bayi dengan anomaly konginetal. Telinga yang tumbuh rambutnya terlihat pada bayi dari ibu diabetic. Saluran telinga yang normal adalah yang paten (tampak jelas). Bayi berespon dengan suara yang keras dengan reflek terkejut.

Leher : Leher bayi baru lahir pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, fleksibel dan mudah digerakkan serta tidak ada selaput. Bila ada selaput (*webbing*) perlu dicurigai adanya sindrom turner.

Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan. Pemeriksaan inspeksi payudara mengenai bentuk, ukuran, bentuk puting susu, lokasi dan jumlahnya. Normalnya puting susu pada bayi baru lahir menonjol, sudah terbentuk baik dan letak simetri. Pembesaran payudara tampak pada beberapa bayi laki-laki maupun wanita pada hari ke 2 atau ke 3 dan disebabkan oleh hormon estrogen ibu. Pengaruh ini

berlangsung kurang dari 1 minggu, namun ini bukan merupakan masalah klinis. Kadang-kadang bisa keluar cairan putih seperti susu yang disebut *witch's milk* yang dikeluarkan oleh payudara bayi.

Abdomen : Perut bayi datar, teraba lemas (PerMenkes RI, 2014).

Tali pusat : Periksa kebersihan, tidak/adanya perdarahan, terbungkus kassa/ tidak (Sondakh. 2013). Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/ mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.

Genetalia : Pada bayi laki-laki panjang 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm, preposium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina, terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (withdrawl bleeding).

Anus : Terdapat atresia ani/tidak. Umumnya mekonium keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium

plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

Punggung : Inspeksi tulang belakang dengan posisi bayi tengkurap. Tulang belakang lurus. Perhatikan adanya lubang, massa, cekungan atau area lunak yang abnormal. Suatu kantong yang menonjol besar di sepanjang tulang belakang, tetapi paling biasa di area sacrum, mengindikasikan beberapa tipe spina bifida.

Ekstremitas : Ekstremitas atas, bahu, dan lengan : periksa gerakan, bentuk dan kesimetrisan ekstremitas atas. Sentuh telapak tangan bayi dan hitung jumlah jari tangan bayi. Periksa dengan teliti jumlah jari tangan bayi, apakah polidaktili (jari yang lebih), sidaktili (jari yang kurang), atau normal. Ekstremitas bawah, tungkai dan kaki : periksa apakah kedua kaki bayi sejajar dan normal. Periksa jumlah jari kaki bayi, apakah terdapat polidaktili, sidaktili atau normal. Reflek plantar grasp dapat diperiksa dengan cara menggosokkan sesuatu di telapak kaki bayi dan jari-jari kaki bayi akan melekuk secara erat. Reflek bebinski ditunjukkan pada saat bagian

samping telapak kaki bayi digosok dan jari-jari kaki bayi akan menyebar dan jempol kaki ekstensi. Normalnya, kedua lengan dan kaki sama panjang, bebas bergerak dan jumlah jari-jari lengkap

a. Pemeriksaan Neurologis

- 1) Reflek Moro/ Terkejut : apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.
- 2) Reflek Menggenggam : apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.
- 3) Reflek Rooting/ Mencari : apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.
- 4) Reflek Menghisap : apabila bayi diberi dot/ puting, maka ia akan berusaha untuk menghisap.
- 5) Glabella Reflek : apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya.
- 6) Gland Reflek : apabila bayi disentuh pada lipatan pada kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.

7) Tonick Neck Reflek : apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya (Sondakh, 2013 : 163).

b. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : berat badan bayi normal 2500-4000 gram.

Panjang badan : panjang badan bayo normal 48-52 cm.

Lingkar kepala : lingkar kepala bayi normal 33-35 cm.

Lingkar dada : lingkar dada bayi normal 32-34 cm.

Lingkar lengan atas : normal 11-12 cm

(Sondakh, 2013 : 164).

2.4.3 Analisa

A. Diagnosa kebidanan

Bayi baru lahir normal, umur hari

B. Masalah

Neonates usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/ perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah gumoh, oral trush, diaper rash (Marni, 2012)

C. Kebutuhan

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/ atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan kain sesuai kondisi bayi, contoh : bayi

tidak segera bernafas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi (Muslihatun, 2010 : 255).

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
3. Menganjurkan ibu untuk segera memberi ASI

D. Diagnosa dan masalah potensial

Menurut Sondakh (2013:165) masalah potensial pada bayi baru lahir antara lain : hipotermi, infeksi, asfiksia dan ikterus.

2.4.4 Penatalaksanaan

1) Intervensi

1. Lakukan *informed consent*

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

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

R: Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

3. Mempertahankan suhu tubuh bayi (pencegahan hipotermi)

R: Saat lahir, mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan

panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi (JNPK-KR, 2016 : 123).

4. Lakukan Perawatan Tali Pusat

R: Tali pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri pintu masuk kuman dan bisa terjadi infeksi lokal (Muslihatun, 2010 : 45).

5. Ajarkan kepada ibu pemberian ASI eksklusif

R: ASI eksklusif mengandung zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah berbagai penyakit infeksi, KB (metode amenore laktasi), bonding ibu dan bayi. Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan (Muslihatun, 2010).

6. Jelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga

R: Dengan memberikan penjelasan kepada ibu tentang tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi, maka ibu dapat mengawasinya sendiri dan apabila terdapat salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat segera meminta pertolongan pada bidan atau petugas kesehatan.

7. Kontrak waktu dengan ibu untuk melakukan kunjungan selanjutnya

R: ibu dapat mengetahui jadwal kunjungan selanjutnya.

2) Implementasi

Tahap ini dilakukan untuk melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh dan dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (Hidayat, 2008).

Dilakukan sesuai dengan intervensi

Tanggal ... jam ... WIB (Sondakh, 2013).

3) Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

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

2.5 Konsep Manajemen Keluarga Berencana

2.5.1 Subjektif

- a. Alasan datang

Untuk mengetahui alasan ibu datang ke pelayanan kesehatan.

b. Riwayat kesehatan

1. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2013).
2. Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2010)
3. Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/ infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013)
4. Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).
5. Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septic, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak Rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang

ganas, TBS pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013).

c. Riwayat Obstetri

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

Non-hormonal :

1. Kehamilan

IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik. Pada ibu yang mengalami abortus, IUD segera dapat diinersikan segera atau dalam waktu 7 hari apabila tidak ada gejala infeksi (Saifuddin,2013)

2. Persalinan

Paritas tinggi meningkatkan kejadian ekspulsi. IUD dapat diinersikan segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalihan dan 6 bulan setelah KB MAL (Saifuddin, 2013)

3. Nifas

IUD dapat diinersikan pada ibu nifas 8 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalihan dan pada ibu menyusui (Saifuddin,2013).

d. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

Hormonal : Makan lebih banyak dari biasanya

Non hormonal : IUD tidak mempunyai efek hormonal (Tidak mengurangi/meningkatkan nafsu makan) sehingga tidak mempengaruhi pola makana/minum. Ibu yang anemis akibat status gizi kurang tidak dianjurkan memakai IUD.

2. Istirahat/tidur

Hormonal: Gangguan istirahat yang dialami disebabkan efek samping sakit kepala.

3. Aktifitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat melakukan aktifitas karena keluhan dari efek samping hormonal (Sakit kepala, badan terasa berat dan lain-lain).

4. Personal Hygiene

Hormonal: Pada akseptor KB suntik sering mengeluh keputihan

5. Kehidupan Seksual

Hormonal : Penggunaan kontrasepsi hormonal dapat mengentalkan lender servik sehingga

mengurangi kenyamanan hubungan seksual.

Non-hormonal : IUD tidak mempengaruhi hubungan seksual, IUD meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil. Setelah pemasangan IUD, kontak seksual dapat dilakukan kembali setelah tidak ada perdarahan (Saifuddin, 2010).

2.5.2 Objektif

a. Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum :

Data ini dapat digunakan untuk mengamati keadaan pasien secara keseluruhan.

a. Baik

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

b. Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistiyawati,2013:226).

(4) Kesadaran :

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati,2013:226).

c. Pemeriksaan tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg.Keadaan normal antara 120/80 mHg sampai 130/90 mmHg.Hipertensi sebagai kontraindikasi KB implan, suntik 3 bulan dan minipil bulan karena hormon progesteron mempengaruhi tekanan darah.

(b) Pengukuran suhu

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

(c) Nadi

Normalnya 60-80 kali per menit.

(d) Pernafasan

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

(e) 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.

d. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tampak pucat atau tidak

Mata : konjungtiva pucat atau tidak (menandakan anemia)

Bibir : bibir tampak pucat atau tidak.

Leher : Apakah ada pembesaran kelenjar thyroid atau tidak, dan vena jugularis atau tidak

Payudara : Payudara simetris atau tidak, ada benjolan yang abnormal atau tidak

Abdomen : Ada benjolan abnormal atau tidak, ada luka bekas sc atau tidak

Genetalia : Apakah ada pengeluaran cairan yang abnormal dari dalam vagina

e. Pemeriksaan penunjang

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

2.5.3 Analisa

a. Diagnosa kebidanan

PAPIAH (Partus, aterm, premature, imature, abortus, hidup) usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ... tahun, calon peserta KB, belum

ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan prognosa baik.

b. Masalah

Kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam.

c. Kebutuhan

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

d. Diagnose dan masalah potensial

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

2.5.4 Penatalaksanaan

Tujuan :

- a. Setelah dilakukan tindakan kebidanan keadaan akseptor baik dan kooperatif

- b. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping kb bertambah
- c. Ibu dapat memilih kb yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria Hasil :

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

1) Intervensi

Hormonal

- a) Lakukan pendekatan pada klien maupun keluarga
 - R: Agar tercipta suasana saling percaya antara bidan/petugas kesehatan dengan klien maupun keluarga dan agar tercipta suasana yang komprehensif antara bidan dan klien.
- b) Informasikan kepada ibu tentang keuntungan dan efek samping kontrasepsi hormonal
 - R: Mempersiapkan kemungkinan akibat atau efek samping yang mungkin terjadi.
- c) Siapkan alat dan obat (Suntik KB 3 bulanan)
 - R: Memudahkan dalam pelaksanaan
- d) Lakukan penyuntikan sesuai dengan prosedur pelaksanaan

R: Untuk meminimalkan terjadinya komplikasi setelah penyuntikan

e) Anjurkan ibu untuk control ulang/kembali sesuai jadwal atau jika sewaktu-waktu ada keluhan.

R: Meninjau ulang terhadap efek yang terjadi

f) Lakukan pencatatan pada kartu akseptor ibu

R: Pendokumentasian kartu control sebagai pengingat bagi akseptor kapan waktu suntuk ulang.

Non Hormonal

a) Lakukan pernyataan persetujuan (Informed Consent)

R: Tanda bukti persetujuan tindakan yang akan dilakukan (Tanggung jawab dan tanggung gugat) (Handajani,2010).

b) Berilah penjelasan tentang IUD, efek samping, keuntungan dan kerugiannya, kontraindikasi serta pemasangan

R: Alih informasi dan member kesempatan pada ibu untuk bertanya jika tidak mengerti. (Handajani,2010)

c) Siapkan alat untuk pemasangan IUD

R: Untuk memudahkan pemasangan dan untuk menjaga privasi pasien (Handajani,2010).

d) Siapkan klien di ruang tertutup dengan posisi litotomi

R: Ruang tertutup menjaga privasi klien dan posisi yang tepat dapat mempermudah tindakan.

e) Lakukan pemasangan IUD dengan teknik aseptik dan antiseptic

R: Untuk mencegah infeksi, komplikasi, dan pemasangan dilakukan dengan benar.

f) Rapikan klien dan tempat serta bereskan alat yang telah terpakai.

R: Tindakan pasca pemasangan yang tepat sesuai prosedur.

g) Berikan obat antibiotic dan analgetic

R: Untuk mengurangi rasa nyeri dan mencegah infeksi (Handajani, 2010).

h) Catat dalam rekam medic

R: Bukti bahwa klien telah mendapatkan pelayanan IUD, meliputi nama, tanggal pemasangan, lama penggunaan.

i) Anjurkan klien dalam 1 minggu control atau bila ada keluhan

R: Follow up pasca pemasangan ID serta deteksi dini adanya efek samping.

2) Implementasi

Sesuai dengan intervensi

3) Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau

penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien. Dengan kriteria:

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