

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Manajemen Kehamilan Trimester III

##### 2.1.1 Pengkajian

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

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

##### 1) Data Subyektif

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan yang terdiri dari data ibu dan suami meliputi:

##### a) Biodata

Nama suami/ istri : Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

Umur : Dalam kurun waktu reproduktif sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.

Suku dan bangsa : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan.

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

- Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.
- Pekerjaan : Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan social ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perl diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain-lain.
- Alamat : Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong. Alamat jug diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita.
- Telepon : Ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi

a) Keluhan Utama

Keluhan yang sering terjadi saat kehamilan trimester III adalah sering kencing atau peningkatan frekuensi berkemih, nyeri punggung bagian bawah, sesak nafas, pembengkakan di kaki atau edema dependen, nyeri ulu hati atau nyeri epigastrik, kram tungkai, insomnia dan konstipasi (Varney, 2007).

b) Riwayat Kesehatan

Dari data ini dapat kita gunakan sebagai penanda (*warning*) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi/hipotensi dan hepatitis.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga baik dari pihak suami maupun istri yang serumah/tidak serumah menderita penyakit menular dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan. Bila salah satu keluarga ada yang memiliki riwayat kembar kemungkinn kehamilan bisa kembar.

d) Riwayat Menstruasi

- (a) Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar usia 12-16 tahun. HPHT adalah hari pertama haid terakhir perlu dikaji untuk menentukan hari perkiraan lahir pada kehamilan ibu.
  - (b) Siklus menstruasi adalah jarak menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23 sampai 32 hari.
  - (c) Volume atau banyaknya darah menstruasi perlu dikaji karena data ini dapat menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Jawaban yang diberikan pasien bersifat subjektif, namun kita bisa mengkaji lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan pendukung, misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.
  - (d) Keluhan yang dirasakan, beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak. Keluhan dari pasien menentukan diagnosis tertentu.
- e) Riwayat Pernikahan  
Untuk mengetahui kondisi psikologi ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan dan masa nifasnya (Kemenkes, 2017).
- f) Riwayat Obstetri yang Lalu  
Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya.
- (1) Kehamilan  
Perlu dikaji apakah ibu pernah mengalami tanda bahaya kehamilan. Bila pernah, ditulis apa jenisnya, kapan terjadi tanda bahaya tersebut, bagaimana, dimana pertolongan dilakukan dan siapa yang menolong.
  - (2) Persalinan  
Perlu dikaji bagaimana proses persalinannya, bila dengan tindakan ada indikasi, siapa yang menolong, dimana persalinan terjadi, kapan, dan adakah komplikasi yang dialami seperti persalinan lama, perdarahan, bayi tidak menangis, atau ari-ari dirogoh, melahirkan pada usia berapa bulan, jenis kelamin anak, berat dan panjang badan lahir anak, adakah kelainan kongenital serta keadaan anak saat dilahirkan.
  - (3) Nifas  
Perlu dikaji berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan, dimana pemeriksaan kehamilan ibu dilakukan, siapa yang memeriksa
- g) Riwayat Kehamilan Sekarang

Perlu dikaji berapa kali ibu melakukan periksa kehamilan, dimana periksa kehamilan ibu dilakukan, siapa yang memeriksa, ibu mendapat obat apa saja, bagaimana pola ibu dalam meminum obat tersebut, sudah mendapat informasi atau nasihat apa saja, selain itu, perlu ditanya apakah ibu sudah merasakan gerakan janin, kapan pertama kali dirasakan, kapan terakhir gerakan janin dirasakan, apakah ibu sudah terbiasa menghitung gerak janin. Serta apakah ibu pernah mengalami tanda bahaya kehamilan. Bila pernah, kapan tanda bahaya tersebut terjadi dan apa yang sudah dilakukan terkait tanda bahaya tersebut.

h) Pola Kehidupan Sehari-hari

(1) Pola Makan

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 meu, frekuensi, jumlah per hari, pantang makanan

(2) Pola Minum

Kita harus dapat memperoleh data dari kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya. Apalagi dalam masa hamil dibutuhkan asupan cairan yang cukup tinggi. Hal-hal yang perlu kita tanyakan adalah frekuensi, jumlah per hari, jenis minuman.

(3) Pola Istirahat

Perlu menggali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul tentang pemenuhan kebutuhan istirahat ibu. Beberapa hal yang ditanyakan adalah berapa lama ibu tidur di malam dan siang hari.

(4) Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas perlu dikaji karena untuk mengetahui seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien. Jika kegiatan pasien terlalu berat kita dapat memberika peringatan sedini mungkin karena akan menimbulkan penyulit dalam kehamilan dan dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature.

(5) Kebersihan Diri

Kebersihan diri perlu dikaji karena mempengaruhi kesehatan pasien dan janin. Jika pasien memiliki masalah dalam kebersihan dirinya maka bidan harus memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dapat ditanyakan adalah frekuensi mandi, frekuensi mencuci rambut, frekuensi mengganti baju dan pakaian dalam.

(6) Aktivitas 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.

- i) Riwayat KB  
Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas
- j) Data Psikososial  
Respons keluarga sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu, adanya respons positif dari keluarga terhadap kehamilan akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya. Apabila respon keluarga baik dapat mempermudah melibatkannya dalam asuhan pada ibu, tetapi apabila sebaliknya maka harus didapatkan beberapa alternatif solusi mengenai hal yang menyebabkan respon negatif dari keluarga.

## 2) Data Objektif

Pengkajian data objektif dapat dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

- a) Pemeriksaan Umum
  - Keadaan umum : Kajian keadaan umum klien adalah guna mengidentifikasi keadaan normal atau adanya penyimpangan (Manurung, 2011).
  - Kesadaran : Tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien dalam keadaan tidak sadar)
  - Tanda tanda vital :
  - Tekanan darah : Tekanan darah ibu harus diperiksa setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah normal adalah 120/80-140/90 mmHg (Kemenkes, 2017).
  - Nadi : Nilai denyut nadi digunakan untuk menilai sistem kardiovaskuler. Normal denyut nadi adalah 60-90 kali/menit
  - Suhu : Mengukur suhu tubuh bertujuan untuk mengetahui suhu pasien normal atau tidak, suhu normal adalah 36,5-37,5 °C
  - Pernafasan : Normal 18-24 x/menit (Manurung, 2011)

- Berat badan : Berat badan merupakan indikator tunggal yang terbaik untuk menilai keadaan gizi seseorang. Ibu hamil trimester III kenaikan berat badan normal adalah 0,5 kg setiap minggu. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan (kg) dibagi tinggi badan (m) pangkat 2.
- Tinggi badan : Tinggi ibu hamil kurang dari 145cm berpotensi terjadi kesempitan panggul.
- LILA : LILA normal adalah >23,5 cm. LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia beresiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). (Kemenkes RI, 2017)
- TP : TP adalah tanggal taksiran persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT didapatkan.

#### b) Pemeriksaan Fisik

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

##### 1) Inspeksi

- Muka : Muka bengkak/oedema tanda eklampsi, terdapat cloasma gravidarum atau tidak. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis.
- Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan, sklera ikterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis.
- Hidung : Adakah secret, polip, ada kelainan lain. Kaji kebersihan jalan nafas.
- Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda ibu kurang vitamin C.
- Gigi : Karies gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi karies yang berkaitan dengan

emesis, hyperemesis gravidarum.

- Telinga : Tidak ada serumen yang berlebih, dan tidak berbau, serta bentuk simetris.
- Leher : Adanya pembesaran kelenjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak.
- Payudara : Mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara. Memeriksa bentuk, ukuran, simetris atau tidak. Putting susu pada payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam.
- Abdomen : Bekas luka operasi, terdapat linea nigra, stria livida dan terdapat pembesaran abdomen.
- Genetalia : Bersih/tidak, varises/tidak, ada condiloma/tidak, keputihan atau tidak.
- Anus : Tidak ada benjolan abnormal/pengeluaran darah dari anus.
- Ekstremitas : Adanya varises sering terjadi karna kehamilan berulang dan bersifat hereditas, edem tungkai sebagai tanda kemungkinan terjadinya preeklamsi, bendungan kepala sudah masuk PAP dan tekanan pada kava inferior.
- 2) Palpasi
- Leher : Tidak teraba bendungan vena jugularis. Jika ada ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung.  
Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensial terjadi kelahiran premature, lahir mati, kretinisme dan keguguran.  
Tidak tampak pembesaran limfe, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit missal TBC, radang akut dikepala.
- Payudara : Adanya benjolan pada payudara waspadai adanya Kanker Payudara dan menghambat laktasi. Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan 12 minggu tapi mulai keluar pada usia 20 minggu.
- Abdomen :
- Tujuan : a) Untuk mengetahui umur kehamilan.  
b) Untuk mengetahui bagian-bagian janin.  
c) Untuk mengetahui letak janin.

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

Pemeriksaan abdomen pada ibu hamil meliputi :

1) Leopold I

Tabel 2.1  
Perkiraan TFU Terhadap Umur Kehamilan

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30-32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis
38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

*Sumber: Rukiyah dkk, 2009*

Tanda kepala : keras, bundar, melenting.

Tanda bokong : lunak, kurang bundar, kurang melenting.

2) Leopold II

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

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

3) Leopold III

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

Tujuan : Mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di sympisis.

4) Leopold IV

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

Tujuan : Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP.

3) Auskultasi

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

4) Perkusi

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

c) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium Darah

(a) Pemeriksaan Haemoglobin

Untuk mengetahui kadar Haemoglobin (Hb) dalam darah dan menentukan derajat anemia. Pemeriksaan minimal dilakukan dua kali selama hamil, yaitu pada trimester UK 12 minggu dan trimester III UK 27 minggu. Dengan memakai alat Sahli, kondisi Haemoglobin dapat di golongkan sebagai berikut :

Hb 11 gr % : tidak anemia.

Hb 9-10 gr % : anemia ringan.

Hb 7-8 gr % : anemia sedang.

Hb <7 gr % : anemia berat.

(b) Pemeriksaan golongan darah

2. Pemeriksaan panggul :

- Distansia spinarum : normal 24-26 cm.

- Distansia kristarum : normal 28-30 cm.

- Boudelouge : normal  $\pm$  18 cm.

- Lingkar panggul : normal 80-100 cm.

3. Pemeriksaan Laboratorium Urine

- Pemeriksaan albumin

Dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan pada kunjungan trimester III UK 27 minggu. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam urin dan berapa kadarnya.

- Pemeriksaan reduksi

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

## 4. Penilaian Faktor Resiko pada Kehamilan

Table 2.2 Skor Poedji Rohjati

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

Sumber : Buku KIA

## 2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : G \_ P \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ Uk ... minggu, tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal.

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

Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir .....

Do : Keadaan Umum : Baik/Lemah  
 Kesadaran : Composmentis/Letargis/Koma  
 TD : 90/60-120/80 mmHg  
 Nadi : 60-90 x/menit.  
 RR : 16-24 x/menit.  
 Suhu : 36,5°C - 37,5°C.  
 TB : ... cm.  
 BB sebelum hamil : ... kg  
 BB saat hamil : ... kg.  
 TP : Tanggal/bulan/tahun  
 LILA : > 23,5 cm.

#### Pemeriksaan Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).  
 Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.  
 Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah sudah masuk PAP atau belum.  
 Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP.  
 (konvergen/sejajar/divergen).  
 Auskultasi : DJJ 120-160 x/menit.

#### Masalah :

##### a) Peningkatan frekuensi berkemih

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

Obyektif : Kandung kemih teraba penuh.

##### b) Sakit punggung atas dan bawah

Subyektif : Ibu mengatakan punggung atas bawah terasa nyeri.

- Obyektif : Ketika berdiri terlihat postur tubuh ibu condong kebelakang (lordosis).
- c) Hiperventilasi dan sesak nafas  
 Subyektif : Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur.  
 Obyektif : *Respiration Rate* (Pernafasan) meningkat, nafas ibu tampak cepat, pendek dan dalam.
- d) Konstipasi  
 Subyektif : Ibu mengatakan sulit BAB.  
 Obyektif : Pada palpasi teraba massa tinja (skibala).
- e) Insomnia  
 Subyektif : Ibu mengatakan susah tidur.  
 Obyektif : Terdapat lingkaran hitam dibawah mata, wajah ibu terlihat tidak segar.
- f) Hemoroid  
 Subyektif : Ibu mengatakan memilikiambeien.  
 Obyektif : Nampak/tidak Nampak adanya benjolan pada anus.
- g) Keputihan  
 Subyektif : Ibu mengatakan mengeluarkan keputihan.  
 Obyektif : Nampak/tidak nampak keputihan dari jalan lahir.
- h) Kram  
 Subyektif : Ibu mengatakan sering mengalami kram pada kaki  
 Obyektif : Nampak/tidak nampak ibu kesakitan karena kram.

### 2.1.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Kemudian bidan mengamati pasien dan diharapkan siap bila diagnose atau masalah potensial benar-benar terjadi. Diagnosa potensial yang biasaya terjadi pada kehamilan Trimester III adalah:

- 1) Pre-eklampsi
- 2) Eklampsi
- 3) Perdarahan

### 2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Antisipasi tindakan segera, dalam pelaksanaannya bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, atau mungkin memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Untuk mencegah masalah potensial pada kehamilan maka diperlukan adanya KSPR pada buku KIA dan ANC terpadu.

### 2.1.5 Intervensi

Diagnosa	:	G_P____Ab____Uk ... minggu, letkep, punggung kanan/kiri, tunggal, hidup, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal
Tujuan	:	Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan dan persalinan berjalan normal tanpa komplikasi
Kriteria Hasil	:	Keadaan Umum : Baik. Kesadaran : Composmentis. Nadi : 60-90 x/menit. TD : 90/60 – 120/80 mmHg.
a. J		Suhu : 36,5-37,5°C
e		RR : 16-24 x/menit.
l		DJJ : Normal (120-160 x/menit), regular.
a		
s		TFU : Sesuai dengan usia kehamilan.
k		BB : Pertambahan tidak melebihi standar.
a		
n		

Intervensi:

- a. Beritahu pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin.  
R/ Hak dari ibu untuk mengetahui informasi keadaan ibu dan janin. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.
- b. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III dan cara mengatasinya.  
R/ Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan

perubahan-perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tau cara mengatasinya.

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

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

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

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

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

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

(Varney, 2007)

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

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

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

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

Masalah :

- 1) Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak nafas

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

Intervensi :

- a) Jelaskan penyebab terjadinya sesak nafas

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

- b) Sarankan ibu untuk menjaga posisi saat duduk dan berdiri.  
R : posisi duduk dan berdiri yang benar dapat mengurangi tekanan pada diafragma.
- c) Anjurkan ibu untuk tidur dengan bantal yang tinggi.  
R : karena uterus membesar sehingga diafragma terangkat sekitar 4 cm, dengan bantal yang tinggi dapat mengurangi tekanan pada diafragma.
- d) Anjurkan ibu untuk makan sedikit namun sering.  
R : makan berlebihan menyebabkan lambung teregang sehingga meningkatkan tekanan diafragma.
- e) Anjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar.  
R : pakaian yang longgar mengurangi tekanan pada dada dan perut.

## 2) Sering Miksi

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih.  
Kriteria hasil : Frekuensi berkemih 5-6 kali/hari.

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing.  
R : membantu ibu memahami alasan fisiologis dari penyebab sering kencing pada trimester III. Bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga ibu akan mengalami sering kencing.
  - b) Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari dan banyak minum di siang hari.  
R : mengurangi asupan cairan dapat menurunkan volume kandung kemih sehingga kebutuhan cairan ibu terpenuhi tanpa mengganggu istirahat ibu di malam hari.
  - c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan kencing  
R : menahan kencing dapat memenuhi kandung kemih sehingga menghambat turunnya bagian terendah janin.
  - d) Anjurkan ibu untuk tidak sering minum kopi atau teh.  
R : teh dan kopi memiliki sifat diuretic sehingga merangsang untuk sering kencing.
- ## 3) Kram pada tungkai
- Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan kram pada tungkai yang dialaminya.  
Kriteria hasil : Kram pada tungkai berkurang dan aktifitas ibu tidak terganggu.

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab kram tungkai

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

- b) Anjurkan ibu untuk mengurangi penekanan yang lama pada kaki  
R : penekanan yang lama pada kaki dapat menghambat aliran darah.
- c) Anjurkan ibu untuk memberikan pijatan pada daerah yang mengalami kram.  
R : pijatan dapat meregangkan otot dan memperlancar aliran darah.
- d) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.  
R : senam hamil dapat memperlancar aliran darah dan suplai O<sub>2</sub> ke jaringan terpenuhi

#### 4) Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri punggung yang dialaminya.

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

Intervensi :

- a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab nyeri.  
R : nyeri punggung terjadi karena peregangan pusat gravitasi dan perubahan postur tubuh akibat perubahan titik berat pada tubuh.
- b) Anjurkan ibu menghindari pekerjaan berat.  
R : pekerjaan yang berat dapat meningkatkan kontraksi otot sehingga suplai darah berkurang dan merangsang reseptor nyeri.
- c) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu berhak tinggi.  
R : hak tinggi akan menambah sikap ibu menjadi hiperlordosis dan spinase otot-otot pinggang sehingga nyeri bertambah.
- d) Anjurkan ibu mengompres air hangat pada bagian yang terasa nyeri.  
R : kompres hangat akan meningkatkan vaskularisasi dari daerah punggung sehingga nyeri berkurang.
- e) Anjurkan ibu untuk memijat bagian yang terasa nyeri.  
R : pijatan dapat meningkatkan relaksasi sehingga nyeri berkurang.
- f) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.  
R : senam akan menguatkan otot dan memperlancar aliran darah.

#### 5) Keputihan

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

Kriteria hasil : Keputihan pada ibu dapat berkurang.

Intervensi :

- a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab keputihan

R : keputihan terjadi karena peningkatan pembentukan sel-sel, peningkatan produksi lender akibat stimulasi hormonal pada leher Rahim.

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

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

6) Konstipasi

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

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

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi tinggi serat, seperti sayur dan buah-buahan.  
R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.
- b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.  
R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.
- c) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB secara teratur.  
R/ Kebiasaan berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengulur waktu defekasi dapat menghindari penumpukan feses/keras.

7) Hemoroid

Tujuan : Nyeri akibat hemoroid berkurang dan tidak menimbulkan komplikasi.

: Hemoroid berkurang dan kebutuhan nutrisi

Kriteria Hasil terpenuhi.

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat.  
R/ karsinogen dalam usus diikat oleh serat sehingga feses lebih cepat bergerak dan mudah dikeluarkan, serat juga dapat mempertahankan kadar air pada proses pencernaan sehingga saat absorpsi di dalam usus tidak kekurangan air dan konsistensi tinja akan lunak.
- b) Anjurkan ibu untuk banyak minum air.  
R/ air merupakan pelarut penting yang dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrisi ke sel, dan pembuangan sampah tubuh.
- c) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.  
R/ Hangatnya air tidak hanya memberi kenyamanan, tetapi juga memperlancar sirkulasi.

- d) Anjurkan ibu untuk menghindari duduk terlalu lama atau memakai pakaian yang terlalu ketat.  
R/ duduk terlalu lama atau menggunakan pakaian terlalu ketat merupakan faktor predisposisi terjadinya hemoroid.
- 8) Insomnia
- Tujuan : Ibu tidak mengalami insomnia
- Kriteria Hasil : Kebutuhan istirahat ibu terpenuhi
- Intervensi :
- a) Anjurkan ibu untuk tidak banyak memikirkan sesuatu sebelum tidur.  
R/ Kecemasan dan kekhawatiran dapat menyebabkan insomnia.
- b) Anjurkan ibu untuk minum hangat sebelum tidur.  
R/ air hangat memiliki efek sedasi atau merangsang untuk tidur.
- c) Anjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang dapat menimbulkan stimulus sebelum tidur.  
R/ Aktivitas yang menyebabkan otot berkontraksi akan menyebabkan insomnia pada ibu.

### 2.1.6 Implementasi

Implementasi mengacu pada intervensi. Merupakan aplikasi atau tindakan asuhan kepada klien dan keluarga yang telah direncanakan pada intervensi secara efisien dan aman.

### 2.1.7 Evaluasi

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

- S : Subyektif  
Merupakan informasi/data yang diperoleh dari keluhan pasien
- O : Obyektif  
Merupakan informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya
- A : Analisa  
Merupakan penilaian yang disimpulkan dari informasi

subyektif dan obyektif

P : Perencanaan

Merupakan rencana tindakan kebidanan yang dibuat sesuai masalah klien

## 2.2 Konsep Manajemen Persalinan

### 2.2.1 Data Subjekif

#### a. Keluhan Utama

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

#### b. Kebutuhan Dasar

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

##### 1) Nutrisi

Data focus yang perlu dikaji adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan serta minum, jenis makanan, jumlah makanan yang dimakan, jenis minuman serta berapa banyak yang diminum, hal ini digunakan untuk kekuatan ibu selama proses persalinan berlangsung.

##### 2) Istirahat

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

##### 3) Personal hygiene

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

##### 4) Eliminasi

Data fokusnya yaitu kapan terakhir buang air besar (BAB) dan terakhir buang air kecil (BAK). Kandung kemih yang penuh akan menghambat proses penurunan bagian terendah janin.

#### c. Respon keluarga terhadap persalinan

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya.

### 2.2.2 Data Objektif

#### a. Pemeriksaan Umum

##### 1) Keadaan Umum

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

##### 2) Kesadaran

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

#### b. Tanda-tanda Vital

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

##### 1) Tekanan Darah

Tekanan sistolik normal 120-140 mmHg, tekanan diastolik normal 70-90 mmHg. 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.

##### 2) Nadi

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

##### 3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Pernafasan normal 16 – 24 x/menit.

##### 4) Suhu

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

#### c. Pemeriksaan Fisik

##### a. Abdomen

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan, seperti:

##### a) Pemeriksaan Leopold

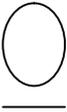
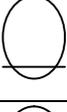
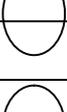
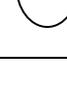
Pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin.

(1) Leopold I : Pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin

- (2) Leopold II : Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin
  - (3) Leopold III : Normalnya teraba bagian yang bulat, keras, melenting pada bagian bawah uterus ibu (symphysis), apakah sudah masuk PAP.
  - (4) Leopold IV : Dilakukan jika pada Leopold III janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan symphysis ibu (perlimaan) untuk mengetahui penurunan presentasi
- b) Kontraksi Uterus  
Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan.
- c) Denyut Jantung Janin (DJJ)  
Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit.
- b. Genetalia  
Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi :
- a) Kebersihan
  - b) Pengeluaran pervaginam. Adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*)
  - c) Tanda-tanda infeksi vagina
- d. Pemeriksaan dalam  
Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui pengeluaran vulva vagina, pembukaan, effacement, keadaan ketuban, presentasi, denominator (puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi) dan bidang hodge.  
Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi :
- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
  - 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
  - 3) Untuk menyelesaikan persalinan
- Pemeriksaan dalam dilakukan untuk menilai:
- 1) Ada tidaknya varises, benjolan ataupun lendir darah
  - 2) Pembukaan atau dilatasi serviks 1-10cm
  - 3) Effacement (pemendekan dan penipisan serviks selama tahap pertama persalinan). Pada kehamilan aterm pertama effacement biasanya terjadi lebih dulu daripada dilatasi serviks. Pada kehamilan berikutnya, effacement dan dilatasi cenderung bersamaan. Tingkat effacement dinyatakan dalam presentase 25%-100%
  - 4) Ketuban

- 5) Bagian terdahulu: Kepala/bokong
- 6) Bagian terendah : UUK/UUB
- 7) Tidak terdapat bagian kecil janin disekitar bagian terdahulu
- 8) Hodge I/II/III/IV
- 9) Penyusupan/Moulage -/+. Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan resiko disporposi kepala panggul (CPD).

Tabel 2.3  
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

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

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013.

### 2.2.3 Analisa

Diagnosa : G\_ P\_\_\_\_\_ Ab \_\_\_\_\_ UK \_\_\_ minggu Kala I fase Laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin\_\_\_\_\_

Masalah :

Masalah pada ibu bersalin berkaitan dengan ketidaknyamanan ibu bersalin yang disebabkan oleh ketidaktahuan ibu terhadap ketidaknyamanan yang dirasakan seperti nyeri punggung terkait dengan pola istirahat ibu, keluhan ini disebabkan oleh kontraksi yang disebabkan oleh posisi oksiput posterior janin. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang menekan tulang ekor. Selain nyeri punggung pada persalinan, psikologis ibu juga terganggu seperti terjadi ketakutan, kecemasan, kesendirian, stress atau kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan pembentukan katekolamin dan menimbulkan kemajuan persalinan melambat. Pola eliminasi ibu juga akan terganggu seperti terjadi hemoroid yang disebabkan oleh tekanan darah vena yang bertumpuk tindih dengan vena yang lain.

#### 2.2.4 Penatalaksanaan

- a. Berikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan normal.
- b. Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.
- c. Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan.
- d. Pantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.
- e. Berikan KIE pada klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.
- f. Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada ibu selama proses persalinan.
- g. Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.
- h. Berikan KIE kepada ibu untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

#### 2.2.5 Manajemen Kebidanan Kala II

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

##### a. Subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

##### b. Objektif

- 1) Perineum menonjol.
- 2) Vulva dan anus membuka.
- 3) Frekuensi his semakin sering (> 3x/ menit).

- 4) Intensitas his semakin kuat.
  - 5) Durasi his >40 detik
- Pemeriksaan dalam :
- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
  - 2) Ketuban : sudah pecah (negatif).
  - 3) Pembukaan : 10 cm
  - 4) Penipisan : 100%
  - 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) Pukul 12.00
  - 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
  - 7) Molage 0 (nol)
  - 8) Hodge IV

**c. Analisa**

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

**d. Penatalaksanaan**

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

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

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mengenali tanda kala II persalinan
- 2) Memastikan kelengkapan alat bahan dan obat untuk menolong persalinan.
- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Melepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, kemudian cuci tangan
- 5) Memakai sarung tangan Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada tangan kanan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril
- 7) Membersihkan 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
- 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 tangandilepaskan.
- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Mengajarkan ibu teknik meneran yang benar
- 14) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
- 15) Menganjurkan ibu istirahat jika kontraksi mereda dan mensejajarkan kedua kakinya agar tidak kram
- 16) Menganjurkan suami/keluarga untuk terus memberi dukungan pada ibu dan memberi ibu minum atau mengelap keringat ibu
- 17) Meminta ibu untuk mengambil posisi yang telah diajarkan kemudian meneran ketika ada kontraksi yang kuat untuk meneran dan beristirahat dengan mensejajarkan kaki ketika kontraksi mereda
- 18) Meletakkan kain jarik (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 19) Meletakkan underpad dibawah bokong
- 20) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 21) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 22) Setelah kepala bayi terlihat dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi underpad. 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 bernafas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 23) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
- 24) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar
- 25) Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal, menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemungkinan gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- 26) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 27) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).
- 28) 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).
- 29) Memberikan pujian dan ucapan selamat pada ibu atas kelahiran bayinya
  - 30) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
  - 31) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
  - 32) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
  - 33) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral
  - 34) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama
  - 35) Pemotong dan klem menggunakan klem tali pusat
  - 36) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi.
  - 37) Menganjurkan ibu untuk sering melihat hidung bayi, jangan sampai tertutupi dada ibu
  - 38) Menganjurkan ibu untuk memegang bayinya agar tidak jatuh.

#### Implementasi

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

#### Evaluasi

- 2) Keadaan umum bayi: jenis kelamin, spontanitas menangis, dan warna kulit
  - 3) Keadaan umum pasien: kontraksi, perdarahan dan kesadaran
  - 4) Kepastian adanya janin kedua
- Hasil evaluasi ini merupakan data dasar untuk kala III

### 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\_\_\_\_\_ dengan Inpartu Kala III.

**d. Penatalaksanaan**

Tujuan : kala III berjalan normal tanpa komplikasi.

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

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 2) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, dan anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
  - a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
  - b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
    - (1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
    - (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
    - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
    - (4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
    - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban 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). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- 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) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

### 2.2.7 Manajemen Kebidanan Kala IV

#### a. Subjektif

Pasien mengatakan perutnya mulas.

#### b. Objektif

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

#### c. Analisa

P\_\_\_Ab\_\_\_ dengan Inpartu kala IV.

#### d. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil: Perdarahan < 500 cc.

Kontraksi uterus baik

TFU 2 jari di bawah pusat

TTV : Nadi : normal 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 3) Celupkan 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) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 6) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan ibu.
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)
- 8) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

- 9) Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 12) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
- 13) Celupkan 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) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 15) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk memberikan vitamin K<sub>1</sub> (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 16) Lakukan pemeriksaan fisik bayi lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik. (pernapasan 40-60 x/menit dan suhu tubuh normal 36,5-37,5°C) tiap 15 menit.
- 17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K, 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) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

## 2.3 Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas

### 2.3.1 Data Subjektif

#### a. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan utama yang biasanya dirasakan saat nifas antara lain:

1. Ketidaktahuan ibu terhadap nyeri pada perut sehubungan dengan proses involusi uteri
2. Keragu-raguan untuk berinteraksi dengan bayi
3. Masalah tingkat pengetahuan dalam menyusui
4. Gangguan pola eliminasi seperti konstipasi
5. Gangguan pola tidur
6. Kurang pengetahuan mengenai perawatan bayi

#### b. Kehidupan Sosial dan Budaya

Untuk mengetahui klien dan keluarga menganut adat dan istiadat yang menguntungkan atau merugikan klien, khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantang makanan mengakibatkan proses pengembuhan luka terhambat dan penggunaan stagen yang terlalu kencang dapat menghambat sirkulasi darah ke kaki dan berakibat terjadi bengkak pada kaki.

c. Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya

1. 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.

2. Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan 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.

3. 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.

d. Kebutuhan Dasar

1. Nutrisi

Ibu nifas harus mendapat asupan nutrisi 2.300-2.700 kal. Bidan dapat menanyakan pada pasien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari, frekuensi makan memberi petunjuk pada bidan tentang seberapa banyak asupan makanan yang dimakan, banyaknya yang dimakan, dan pantang makan makanan.

2. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi, kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. Normal bila BAK spontan setiap 3-4 jam. Sedangkan untuk BAB 2-3 hari postpartum.

3. Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa lama, kebiasaan sebelum tidur, misalnya membaca, mendengarkan music, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan serta akan mempengaruhi dari produksi ASI. Untuk istirahat diperlukan waktu istirahat rata-rata 6-8 jam.

4. Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. Mandi minimal 2x dalam sehari, gosok gigi minimal 2x dalam sehari, ganti pembalut setiap kali penuh atau sudah lembab.

5. Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas sehari-hari karena data ini akan memberikan gambaran seberapa berat aktivitas ibu yang dilakukan diumah. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, 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.

6. Aktivitas seksual

Data yang diperlukan 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.

### 2.3.2 Data 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 fisik pasien yang 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.

2. Kesadaran :

Untuk mendapatkan gambaran 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 atau 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.

### 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.

##### a) Wajah

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

##### b) Mata

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

##### c) Dada

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

##### d) Abdomen

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

#### 2. Palpasi

Suatu teknik pemeriksaan untuk menilai kelainan pada pasien dengan satu atau kedua telapak tangan.

a) Leher

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

b) Payudara

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

c) Abdomen

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

d) Ekstremitas

Dikaji untuk menentukan apakah oedema ada (mengindikasi adanya pre-eklamsi atau eklamsi)/tidak, varices ada/tidak (mengacu terjadinya tromboflebitis)/tidak, tanda human ada (menunjukkan adana 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/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).

5. Terapi

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

### 2.3.3 Analisa

Diagnosis, masalah, serta kebutuhan ibu postpartum dan nifas tergantung dari hasil pengkajian terhadap ibu.

a. Diagnosa Kebidanan

P....Ab...Postpartum normal hari ke...

b. Masalah

Masalah pada ibu nifas berkaitan dengan ketidaknyamanan ibu nifas yang disebabkan oleh ketidaktahuan ibu terhadap ketidaknyamanan yang dirasakan dari tergantungnya pola istirahat ibu seperti terdapat kebiasaan didalam keluarga tidak diperbolehkan untuk tidur siang dengan alasan tertentu sesuai dengan adat, ketidaktahuan tentang pola nutrisi seperti didalam lingkungan keluarga memegang adat atau kepercayaan sehingga ibu harus tarak, makan keringan dan tidak boleh makan makanan berbau amis yang akan mengakibatkan pola eliminasi ibu terganggu seperti terjadi konstipasi. Selain itu jika terdapat luka jahitan, akan menyebabkan luka jahitan ibu tidak lekas sembuh, kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui, dan kurangnya pengetahuan mengenai perawatan bayi baru lahir.

c. Diagnosa

1. Anemia

Subjektif : Cepat lelah dan pusing

Objektif : Konjungtiva dan muka pucat hb < 11%

2. Bendungan ASI

Subjektif : ASI tidak keluar, payudara terasa berat dan keras

Objektif : payudara bengkak, kulit mengkilap tidak merah, nyeri tekan dan suhu meningkat

d. Kebutuhan

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

1. Ibu kejang, lakukan tindakan segera untuk mengatasi kejang dan berkolaborasi merujuk ibu untuk perawatan selanjutnya.
2. 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.

#### 2.3.4 Penatalaksanaan

1) Kunjungan Nifas

a. Kunjungan I

Kriteria hasil

- a) Tanda-tanda Vital ibu dalam batas normal

Tekanan Darah : 90/60 mmHg – 120/90 mmHg  
 Nadi : 60-100 kali/menit  
 Suhu : 37°C-38°C  
 Pernafasan : 16-24 kali/menit

- b) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras
- c) Tidak terjadi perdarahan post partum
- d) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi, ASI keluar dengan lancar
- e) TFU dan lochea sesuai dengan masa involusi
- f) Ibu BAK dan BAB tanpa ada gangguan
- g) Terjalin *bounding attachment* antara ibu dan bayi

#### Intervensi

- a) Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas karena persalinan atonia uteri.

R/ Ibu nifas setelah 2 jam post partum masih memiliki risiko besar untuk mengalami perdarahan dan salah satu penyebabnya adalah atonia uteri. Atonia uteri adalah uterus yang tidak bisa berkontraksi sehingga menyebabkan pembuluh darah tetap terbuka dan mengakibatkan terjadinya perdarahan.

- b) Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila rujukan berlanjut.

R/ Selain dikarenakan oleh atonia uteri, perdarahan juga dapat disebabkan oleh adanya laserasi pada jalan lahir yang mengakibatkan perdarahan aktif.

- c) Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

R/ Atonia uteri adalah keadaan dimana uterus tidak berkontraksi dengan baik, hal tersebut dapat terjadi karena kadung kemih ibu yang penuh. Oleh karena itu, berikan konseling kepada ibu untuk tidak menahan kencing dan ajarkan ibu untuk melakukan masase uterus.

- d) Lakukan konseling pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.

R/ ASI merupakan asupan pokok bayi yang mengandung berbagai macam zat yang dibutuhkan oleh bayi. Oleh karena itu, memberikan ASI sedini mungkin sangat diperlukan untuk mewujudkan pemberian ASI eksklusif. Kegiatan menyusui juga dapat membantu proses involusi uterus.

e) Ajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayinya.  
R/ Ibu nifas mengalami perubahan psikologis yang perlu diperhatikan. *Rooming In* atau rawat gabung dapat menjadi salah satu cara untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayinya.

a) Jaga agar bayi tetap hangat dan sehat dengan cara mencegah hipotermia.

R/ Bayi baru lahir cenderung cepat kehilangan panas, oleh karena itu pastikan bayi tetap hangat.

b) Menjadwalkan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan kedua dilakukan pada 6 hari post partum.

#### b. Kunjungan II

##### Kriteria hasil

a) Tanda-tanda Vital ibu dalam batas normal

Tekanan Darah : 90/60 mmHg – 120/90 mmHg

Nadi : 60-100 kali/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Pernafasan : 16-24 kali/menit

b) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras

c) TFU dan lochea sesuai dengan masa involusi

d) Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti demam  $>38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, adanya pengeluaran pervaginam yang berbau.

e) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi, ASI keluar dengan lancar

f) Tidak ada gangguan dalam memenuhi kebutuhan dasar ibu.

##### Intervensi

a) Pastikan involusi uteri berjalan normal.

R/ Involusi merupakan proses kembalinya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil. Involusi uterus yang berjalan normal ditandai dengan uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus sesuai dengan waktu, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.

b) Lakukan penilaian adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan, seperti perdarahan abnormal.

R/ Salah satu penyebab kematian ibu adalah adanya infeksi masa nifas sangat penting untuk membimbing ibu dan keluarga untuk mengenali secara dini tanda bahaya masa nifas seperti demam  $>38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, adanya pengeluaran pervaginam yang berbau dan banyak, pusing hingga penglihatan kabur.

c) Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

R/ Ibu nifas membutuhkan tambahan kalori sebanyak 500 kalori dalam sehari dan setidaknya minum 3 liter air setiap hari. Tidak diperkenankan adanya pantangan makanan kecuali jika ibu memiliki riwayat alergi. Ibu nifas juga membutuhkan istirahat cukup, apabila ibu mengalami kelelahan akan berakibat pada menurunnya produksi ASI.

d) Pastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit.

R/ Masalah yang terjadi pada ibu nifas banyak terjadi pada proses laktasi. Cara menyusui yang salah akan menyebabkan puting lecet sehingga ibu akan merasa kesakitan pada saat menyusui atau bahkan terjadi bendungan ASI apabila ASI tidak dikeluarkan. Hal tersebut akan berdampak pada kesehatan bayinya karena kurang mendapat ASI.

e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai perawatan pada bayi.

R/ Sebagai orang tua baru, ibu pasti membutuhkan dukungan dan pembelajaran mengenai cara merawat bayinya seperti cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga agar bayi tetap hangat. Hal tersebut sangat perlu dilakukan sebagai salah satu bentuk upaya mengurangi risiko *postpartum blues*.

f) Menjadwalkan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ketiga dilakukan pada 2 minggu postpartum.

c. Kunjungan III

Kriteria hasil

a) Tanda-tanda Vital ibu dalam batas normal

Tekanan Darah : 90/60 mmHg – 120/90 mmHg

Nadi : 60-100 kali/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Pernafasan : 16-24 kali/menit

b) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras

c) TFU dan lochea sesuai dengan masa involusi

d) Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti demam  $>38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, adanya pengeluaran pervaginam yang berbau.

e) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi, ASI keluar dengan lancar

f) Tidak ada gangguan dalam memenuhi kebutuhan dasar ibu.

### Intervensi

- a) Pastikan involusi uteri berjalan normal.
  - R/ Involusi merupakan proses kembalinya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil. Involusi uterus yang berjalan normal ditandai dengan uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus sesuai dengan waktu, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- b) Lakukan penilaian adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan, seperti perdarahan abnormal.
  - R/ Salah satu penyebab kematian ibu adalah adanya infeksi masa nifas sangat penting untuk membimbing ibu dan keluarga untuk mengenali secara dini tanda bahaya masa nifas seperti demam  $>38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, adanya pengeluaran pervaginam yang berbau dan banyak, pusing hingga penglihatan kabur.
- c) Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
  - R/ Ibu nifas membutuhkan tambahan kalori sebanyak 500 kalori dalam sehari dan setidaknya minum 3 liter air setiap hari. Tidak diperkenankan adanya pantangan makanan kecuali jika ibu memiliki riwayat alergi. Ibu nifas juga membutuhkan istirahat cukup, apabila ibu mengalami kelelahan akan berakibat pada menurunnya produksi ASI.
- d) Pastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
  - R/ Masalah yang terjadi pada ibu nifas banyak terjadi pada proses laktasi. Cara menyusui yang salah akan menyebabkan puting lecet sehingga ibu akan merasa kesakitan pada saat menyusui atau bahkan terjadi bendungan ASI apabila ASI tidak dikeluarkan. Hal tersebut akan berdampak pada kesehatan bayinya karena kurang mendapat ASI.
- e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai perawatan pada bayi.
  - R/ Sebagai orang tua baru, ibu pasti membutuhkan dukungan dan pembelajaran mengenai cara merawat bayinya seperti cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga agar bayi tetap hangat. Hal tersebut sangat perlu dilakukan sebagai salah satu bentuk upaya mengurangi risiko *postpartum blues*.

f) Menjadwalkan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ketiga dilakukan pada 6 minggu postpartum.

d. Kunjungan IV

Kriteria hasil

a) Tanda-tanda Vital ibu dalam batas normal

Tekanan Darah : 90/60 mmHg – 120/90 mmHg

Nadi : 60-100 kali/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Pernafasan : 16-24 kali/menit

b) Tidak terdapat masalah pada masa nifas ibu.

c) Ibu sudah mengerti dan menentukan jenis alat kontrasepsi yang akan digunakan.

Intervensi

a) Tanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu atau bayinya.

R/ Menjelang berakhirnya masa nifas, tanyakan pada ibu apakah ada masalah atau penyulit yang dirasakan ibu seperti pada proses laktasi ataupun pada perawatan bayinya.

b) Berikan konseling untuk KB secara dini.

R/ Konseling mengenai Kb sangat penting untuk diberikan pada ibu menjelang akhir masa nifasnya agar ibu dapat menentukan jenis kontrasepsi yang cocok untuk dirinya.

2) Evaluasi

Langkah ini adalah langkah terakhir dari asuhan yang diberikan. Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan kepada klien yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Muslihatun, 2009).

## 2.4 Manajemen Asuhan Kebidanan pada Neonatus

### 2.4.1 Data Subjektif

1) Biodata

a) Identitas Neonatus

Nama neonatus : 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 : Yang dikaji alat genetalia bayi untuk mengetahui apakah bayi laki-laki atau perempuan
- Alamat : Dikaji alamat lengkap rumah untuk memudahkan kunjungan rumah.
- b) Identitas Orang tua
- Nama ibu : Yang dikaji nama lengkap ibu untuk memudahkan memanggil /menghindari kekeliruan.
- Umur ibu : Yang dikaji dari tanggal, bulan, tahun kelahiran ibu. dengan mengetahui umur ibu bertujuan untuk menentukan ibu termasuk beresiko tinggi/tidak
- Pekerjaan : Yang dikaji jenis pekerjaan ibu untuk menentukan tingkat social ekonomi.
- Pendidikan : Yang dikaji berupa pendidikan terakhir ibu sesuai ijazah terakhir untuk menentukan tingkat pendidikan ibu sehingga memudahkan dalam pemberian KIE.
- Agama : Yang dikaji berupa jenis keyakinan yang dianut ibu sesuai pada kartu keluarga ibu.
- Alamat : Yang dikaji berupa alamat lengkap tempat tinggal ibu untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.
- Nama Suami : Yang dikaji berupa nama lengkap suami untuk menghindari terjadinya kekeliruan.
- Umur : Yang dikaji dari tanggal, bulan dan tahun suami dilahirkan. Dengan mengetahui usia suami dapat menentukan apakah termasuk dalam kategori resiko tinggi atau tidak.
- Pekerjaan : Yang dikaji berupa jenis pekerjaan suami setiap hari sesuai dengan kartu keluarga untuk mengetahui tingkat

sosial ekonomi.

Pendidikan : Yang dikaji berupa pendidikan terakhir suami sesuai ijazah terakhir untuk memudahkan pemberian KIE.

Alamat : Yang dikaji berupa alamat lengkap tempat tinggal untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal...jam...WIB. Masalah atau keluhan yang lazim dialami bayi baru lahir antara lain (Marmi, 2015) :

- a) Bercak mongol, terlihat seperti bercak rata berwarna biru, biru hitam atau abu-abu. Umumnya terdapat pada sisi punggung bawah, paha belakang, kaki, punggung atas, bokong dan bahu. Tidak memiliki hubungan dengan penyakit tertentu.
- b) Hemangioma, adalah proliferasi dari pembuluh darah yang tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah.
- c) Ikterus, pewarnaan kuning yang tampak pada sklera dan kulit yang disebabkan oleh penumpukan bilirubin.
- d) Muntah dan gumoh, bayi yang kenyang sering mengeluarkan ASI yang sudah ditelannya. Jika sedikit disebut dengan bayi gumoh. Menegeluarkan susu yang telah diminum dalam jumlah kecil, merupakan hal yang biasa pada bayi, biasanya bersifat sementara dan tidak mengganggu pertumbuhan. Jika banyak maka disebut dengan bayi muntah.
- e) Oral trush, adalah kandidias selaput, lendir mulut, biasanya mukosa dan lidah, dan kadang-kadang palatum. Penyakit ini ditandai dengan plek-plek putih dari bahan lembut menyerupai gumpalan susu yang dapat dikelupas. Penyakit ini biasanya menyerang bayi yang sakit atau lemah, individu dengan kondisi kesehatan buruk.
- f) Diaper rash, biasa disebut ruam popok adanya kelhan bintik merah pada kelamin dan bokong pada bayi yang mengenakan pempers diakibat gesekan-gesekan kulit dengan pempers.
- g) Seborrhea, adalah suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan. Proses pergantian tersebut terjadi setiap bulan.

- h) Bisulan, puncak terjadinya bisul-bisul ini saat bayi berusia dua hari dan biasanya dialami selama kurang lebih 2 minggu. Gangguan ini bisa timbul diseluruh tubuh bayi.
- i) Miliariasis, merupakan kelainan kulit yang sering ditemukan pada bayi dan balita. Hal ini dikarenakan produksi keringat berlebihan disertai sumbatan pada saluran kelenjar keringat. biasanya anggota badan yang diserang adalah dahi, leher, kepala, dada, punggung dan tempat-tempat tertutup yang mengalami gesekan dengan pakaian.
- j) Diare, buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonatus dikatakan diare bila frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali
- k) Konstipasi, adalah sulit buang air besar tinja keras, nyeri di daerah anus, bahkan keluar darah segar akibat perlukaan anus. Pada bayi yang mengkonsumsi ASI, buang air besarnya 2-5 hari sekali asal konsistensi tinjanya lembek tidak dianggap konstipasi. Pada bayi yang mengkonsumsi susu formula buang air besar yang keras 2-4 hari sekali sudah dianggap konstipasi.
- l) Batuk pilek, adalah penyakit saluran pernapasan.

### 3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

#### a) Riwayat Prenatal

Anak beberapa, riwayat kehamilan yang memengaruhi bayi baru lahir (BBL) adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes mellitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), *tuberculosis* (TBC), frekuensi *antenatalcare* (ANC), di mana keluhan-keluhan selama hamil, hari pertama haid terakhir (HPHT), dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil (Sondakh, 2013).

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

#### b) Riwayat Natal

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).

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).

c) *Riwayat Postnatal*

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

4) Riwayat Psikologi dan Sosial

a) Riwayat Psikologi

Kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru. Selisih dengan anak sebelumnya berapa tahun. Ini bertujuan untuk menentukan apakah terjadi sibling atau tidak. (Sondakh, 2013).

b) Riwayat Sosial

Riwayat sosial meliputi informasi tentang tinggal ibu, pola perawatan pranatal, dan status sosioekonomi. Bidan harus mencatat bagaimana keluarga membiayai kebutuhan keluarga, siapa yang tinggal di dalam rumah, dan siapa yang akan menjadi pemberi perawatan utama bagi bayi baru lahir. Penting untuk memahami apakah hubungan ibu dengan pasangannya saat ini stabil atau mengalami perpisahan karena itu akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk berfokus pada tugas keibuannya. Bidan harus memastikan siapa pembuat keputusan di dalam rumah (ibu, ayah, pasangan, nenek, orang tua asuh) sehingga orang itu dapat dilibatkan dalam diskusi tertentu.

5) Kebutuhan Dasar

a) Kebutuhan 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.

b) Pola Eliminasi: proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.

c) Pola Istirahat: pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari.

d) Kebutuhan Aktivitas: pada bayi seperti menangis, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), serta memutar kepala untuk mencari puting susu (Sondakh, 2013).

#### 2.4.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran : Composmentis

- b) Keadaan Umum : Baik
  - c) Suhu : normal (36,5-37°C)
  - d) Pernapasan : normal (40-60 kali/menit)
  - e) Denyut jantung : normal (130-160 kali/menit)
  - f) Berat badan : normal (2.500-4.000 gram)
  - g) Panjang badan : antara 48-52 cm
- 2) Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)
- a) Kepala
 

Ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus (Muslihatun, 2010). Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam, ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol. Ubun-ubun berdenyut karena belahan tulang tengkoraknya belum menyatu dan mengeras dengan sempurna (Marmi, 2015).
  - b) Muka
 

Warna kulit merah, tampak simetris dan tidak ada kelainan wajah yang khas seperti sindrom down (Marmi, 2015).
  - c) Mata
 

Sklera putih, periksa adanya perdarahan subkonjungtiva atau retina, periksa adanya strabismus. Normalnya mata bayi bersih, tidak ada kotoran/sekret.
  - d) Hidung
 

Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cupinghidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.
  - e) Mulut
 

Labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah (Muslihatun, 2010). Normalnya, bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah.
  - f) Telinga
 

Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan telinga.
  - g) Leher :
 

Pergerakan harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher
  - h) 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 bertujuan untuk mengetahui apakah papilla mammae normal, simetris, atau ada edema. Pemeriksaan palpasi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengeluaran susu (*witch's milk*) pada bayi usia 0-1 minggu. Pembesaran dada

dapat terjadi pada bayi laki-laki dan perempuan dalam tiga hari pertama setelah lahir. Hal ini disebut *newborn breast swelling* yang berhubungan dengan hormon ibu dan akan menghilang dalam beberapa hari sampai beberapa minggu.

Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris.

i) Abdomen

Periksa bentuk abdomen bayi. Apabila abdomen bayi cekung, kemungkinan terjadi hernia diafragmatika. Apabila abdomen bayi kembung, kemungkinan disebabkan oleh perforasi usus yang biasanya akibat ileus mekonium. Periksa adanya benjolan, distensi, gatrokisis, omfalokel. Abdomen tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas.

j) Tali pusat

Periksa kebersihan, tidak/adanya perdarahan, terbungkus kassa/tidak. Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya.

Normalnya tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat.

k) Genetalia

Kelamin laki-laki: panjang penis, testis sudah turun dan berada dalam skrotum, orifisium uretra di ujung penis, dan kelainan (fimosis, hipospadia/epispadia). Kelamin perempuan: labia mayor dan labia minora, klitoris, orifisium vagina, orifisium uretra, sekret, dan kelainan.

Pada bayi laki-laki panjang penis 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 hormone ibu (*withdrawl bleeding*).

Pada bayi laki-laki normalnya terdapat lubang uretra pada ujung penis, memastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir

l) Anus

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

## m) Punggung

Pada saat bayi tengkurap, lihat dan raba kurvatura kolumna vertebralis untuk mengetahui adanya skoliosis, pembengkakan, spina bifida, mielomeningoel, dan kelainan lainnya. Normalnya tidak pembengkakan, kulit utuh, tidak ada benjolan pada tulang belakang, tidak ada kelainan.

## n) 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), sindaktili (jari yang kurang), atau normal.

## o) Ekstremitas bawah, tungkai, dan kaki

Periksa apakah kedua kaki bayi sejajar dan normal. Periksa jumlah jari kaki bayi, apakah terdapat polidaktili, sindaktili, atau normal. Refleks *plantar grasp* dapat diperiksa dengan cara menggosokkan sesuatu di telapak kak bayi dan jari-jari kaki bayi akan melekuik secara erat. Refleks Babinski ditunjukkan pada saat bagian samping telapak kaki bayi digosok dan jari-jari kaki bayi akan menyebar dan jempol kaki ekstensi (Tando, 2016). Normalnya, kedua lengan dan kaki sama panjang, bebas bergerak, dan jumlah jari-jari lengkap.

## 3) Pemeriksaan Neurologis

- a) Refleks Moro/Terkejut
- b) Refleks Menggenggam
- c) Refleks Rooting/Mencari
- d) Refleks Mengisap
- e) Glabella Refleks
- f) Gland Refleks
- g) Tonick Neck Refleks

## 4) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : Berat badan bayi normal 2500 – 4000 gram.

Panjang badan : Panjang badan bayi lahir normal 48-52 cm.

Lingkar kepala : Lingkar kepala bayi normal 33 – 35 cm.

Lingkar dada : Normal 32 – 34 cm.

Lingkar lengan atas : Normal 11 – 12 cm.

Ukuran kepala

Diameter : Antara foramen magnum dan ubun-ubun besar (9,5 cm).

Diameter : Antara foramen magnum ke pangkal suboksipitofrontalis hidung (11 cm).

Diameter frontooksipitalis	: Antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm).
Diameter mentooksipitalis	: Antara dagu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm).
Diameter submentobregmantika	: Antara os hyoid ke ubun-ubun besar (9,5 cm).
Diameter biparietalis	: Antara dua tulang parietalis (9 cm).
Diameter bitemporalis	: Antara dua tulang temporalis (8 cm).

### 2.4.3 Analisa

Diagnosis	: bayi baru lahir normal, umur...jam...
Data subjektif	: bayi lahir tanggal...jam...dengan keadaan bayi baik
Data objektif	: Berat badan : 2500-4000 gram Panjang badan : 48-52 cm Lingkar dada bayi : 32-34 cm Lingkar kepala bayi : 33-35 cm Denyut nadi normal : (120-140 kali/menit) Pernapasan normal : (40-60 kali/menit) Tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik. Kulit kemerah-merahan Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk Rambut kepala tumbuh baik, rambut lanugo hilang
Masalah	: - hipotermi -Ikterus Neonatorum -Oral Trush -Diaper Rash (Ruam popok) -Seborrhea -Bisul Pada Bayi -Miliariasis -Diare -Obstipasi/Konstipasi -Muntah dan Gumoh -Infeksi -Caput Suksedaneum -Cephalhematoma

### 2.4.4 Penatalaksanaan

Menurut Sondakh (2013), perencanaan pada bayi baru lahir normal meliputi:

Diagnosis: By. Ny "... " umur... dengan bayi baru lahir spontan keadaan bayi baik

Tujuan:

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

Kriteria Hasil:

- a. Bayi dalam keadaan sehat.
- b. Keadaan umum = baik
- c. TTV dalam batas normal:
  - Denyut nadi = normal (120-140 kali/menit)
  - Pernapasan = normal (40-60 kali/menit)
  - Suhu = 36,5-37,5°C.
- d. Tidak ada tanda-tanda infeksi: kejang, letargis, napas cepat/lambat, ada tarikan dinding dada ke dalam, ada pustul di kulit, mata bengkak dan bernanah, pusar kemerahan meluas sampai ke dinding perut lebih dari 1 cm atau bernanah.

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 agar tetap hangat dengan mengeringkan kepala dan tubuh bayi baru lahir, pakaikan penutup kepala dan bungkus dalam selimut hangat, tempatkan bayi baru lahir dalam lingkungan hangat atau pada lengan orangtua, dan perhatikan suhu lingkungan.
  - R/ Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembapan bayi dari aliran udara atau pendingin udara. Mencegah kehilangan panas melalui konduksi, dimana panas dipindahkan dari bayi baru lahir ke objek atau permukaan yang lebih dingin daripada bayi. Digendong erat dekat tubuh orangtua dan kontak kulit dengan kulit menurunkan kehilangan panas bayi baru lahir. Kehilangan panas secara konveksi terjadi bila bayi kehilangan panas ke aliran udara yang lebih dingin. Kehilangan melalui radiasi terjadi bila panas dipindahkan bayi baru lahir ke objek atau permukaan yang tidak berhubungan langsung dengan bayi baru lahir.
4. Segera kontak dengan ibu kemudian dorong untuk melakukan pemberian ASI
  - R/ Jam pertama dari kehidupan bayi adalah masa yang paling khusus bermakna untuk interaksi keluarga di mana ini dapat

meningkatkan awal kedekatan antara orangtua dan bayi serta penerimaan bayi baru lahir sebagai anggota keluarga baru. ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari (Sondakh, 2013).

5. Pastikan pemberian vitamin K1 (Phytomenadione) secara intramuskular sudah dilakukan.
  - R/ Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan. Maka untuk mencegah hal tersebut, diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri, Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B.
6. Lakukan perawatan tali pusat.
  - R/ Perawatan tali pusat yang tepat dapat meningkatkan pengeringan dan pemulihan, meningkatkan nekrosis dan pengelupasan normal, dan menghilangkan media lembab untuk pertumbuhan bakteri.
7. Pastikan pemberian imunisasi HB 0 sudah dilakukan.
  - R/ Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.
8. Berikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, dan tanda bahaya umum.
  - R/ Meningkatkan pemahaman tentang prinsip-prinsip dan teknik perawatan bayi baru lahir, membantu mengembangkan ketrampilan orangtua sebagai pemberi perawatan. Konseling tanda bahaya umum dapat meningkatkan pemahaman orangtua terhadap tanda bahaya yang muncul pada bayi baru lahir, sehingga orangtua dapat segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Masalah:

#### 1. Hipotermi

Tujuan: mencegah terjadinya hipotermi

Kriteria Hasil: KU : baik

S : 36,5 – 37,5°C

N : 120 – 140x/menit

Intervensi:

- a. Bantu orangtua dalam mempelajari tindakan yang tepat untuk mempertahankan suhu bayi, seperti menggendong bayi dengan tepat dan menutup kepala bayi bila suhu aksila lebih rendah dari 36,1°C dan periksa suhu 1 jam kemudian.  
R/ informasi membantu orangtua menciptakan lingkungan optimal untuk bayi mereka. Membungkus bayi dan memberikan penutup kepala membantu menahan panas tubuh.
- b. Kaji lingkungan terhadap kehilangan termal melalui konduksi, konveksi, radiasi atau evaporasi. Misalnya ruangan yang dingin atau berangin, pakaian yang tipis, dan sebagainya. Atau untuk bayi dengan kelebihan termal, misalnya keranjang menghadap sinar matahari atau dekat pemanas.  
R/ suhu tubuh bayi berfluktuasi dengan cepat sesuai perubahan suhu lingkungan.
- c. Tunda memandikan bayi kurang dari 6 jam setelah bayi lahir.  
R/ mencegah bayi kehilangan panas tubuh (Sondakh, 2013).
- d. Mandikan bayi dengan cepat untuk menjaga supaya bayi tidak kedinginan, hanya membuka bagian tubuh tertentu dan mengeringkannya segera.  
R/ mengurangi kemungkinan kehilangan panas melalui evaporasi dan konveksi.
- e. Perhatikan tanda – tanda stres dingin (misalnya peka rangsang, pucat, distress pernapasan, tremor, letargi, jitterness, dan kulit dingin)  
R/ hipotermi yang meningkatkan laju penggunaan oksigen dan glukosa, sering disertai dengan hipoglikemia dan distress pernapasan. Pendinginan juga mengakibatkan vasokonstriksi perifer, dengan penurunan suhu kulit yang terlihat menjadi pucat atau belang.

## 2. Ikterus

Tujuan : mencegah terjadinya ikterus/ hiperbilirubin

Kriteria hasil : KU : baik

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

Intervensi:

- a. Mulai pemberian makan oral awal pada bayi, khususnya ASI.  
R/ memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dapat mencegah terjadinya ikterus pada bayi. Keberadaan flora usus yang sesuai untuk pengurangan bilirubin terhadap urobilinogen, turunkan

sirkulasi enterohepatik bilirubin (melintasi hepar dan duktus venosus menetap), dan menurunkan reabsorpsi bilirubin dari usus dengan meningkatkan pasase mekonium.

- b. Pertahankan bayi tetap hangat dan kering, pantau kulit dan suhu sesering mungkin.

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

- c. Perhatikan usia bayi pada awitan ikterik, bedakan tipe fisiologis akibat ASI atau patologis.

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

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

### 3. Infeksi

Tujuan : Infeksi Teratasi

KH : Suhu : 36,5-37,5<sup>0</sup>C

Pernapasan : frekuensi 30-60 kali permenit

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

Intervensi :

- a. Beritahu pada ibu mengenai kondisi bayinya

R/ bayi dengan infeksi memerlukan perawatan khusus.

- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi

R/ membunuh kuman penyebab penyakit.

- c. Observasi suhu badan bayi

R/ suhu >37,5<sup>0</sup>C tanda gejala infeksi

- d. Berikan kompres hangat apabila suhu tubuh bayi tinggi

R/ terjadi perpindahan panas secara konduksi. Kompres hangat yang memiliki suhu lebih rendah dari suhu badan bayi akan menyerap panas dari suhu badan bayi yang tinggi.

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

R/ keadaan infeksi memerlukan terapi yang sesuai untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi menjadi semakin berat.

#### 4. Asfiksia

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

KH : Frekuensi pernafasan neonates normal (40-60 kali/menit)

Intervensi :

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

R/ Membantu menentukan kebutuhan terhadap intervensi segera, misalnya penghisapan pemberian oksigen.

b. Hangatkan tubuh bayi

R/ Menurunkan efek stress dingin (kebutuhan oksigen yang meningkat) dan berhubungan dengan hipoksia.

c. Tempatkan bayi dengan posisi Trendelenburg

R/ Memudahkan drainase mucus dari nasofaring dan trakea dengan gravitasi.

d. Bersihkan jalan nafas menggunakan spuit balon atau kateter penghisap DeLee

R/ Membantu menghilangkan akumulasi cairan, memudahkan upaya pernafasan dan membantu mencegah aspirasi

#### **Evaluasi**

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

Dx : By. Ny "... " umur... dengan bayi baru lahir normal

S : Data subjektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.

A : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya tindakan segera.

P : Penatalaksanaan

Tindakan yang dilakukan berdasarkan analisis/assessment, dilakukan untuk mengurangi dan menghilangkan masalah klien.

## 2.5 Manajemen Asuhan Kebidanan pada Masa Interval

### 2.5.1 Data Subjektif

- 1) Alasan datang  
Untuk mengetahui alasan ibu datang ke pelayanan kesehatan.
- 2) Riwayat kesehatan
  - a) 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 .
  - b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell).
  - c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin.
  - d) 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 memilihcara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami.
  - e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin.
- 3) Riwayat Obstetri
  - a) Haid  
Untuk mengetahui haid teratur atau tidak karena beberapa alat kontrasepsi dapat membuat siklus haid menjadi tidak teratur. Siklus haid beberapa alat kontrasepsi dapat membuat haid menjadi lebih lama dan banyak diantaranya implan. Dan apakah ibu mengalami disminore atau tidak apabila sedang haid, penggunaan alat kontrasepsi iud juga dapat menambah rasa nyeri saat haid.
  - b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu  
Apabila ibu sedang menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah meode pilihan terakhir. Namun apabila ibu telah melahirkan namun tidak menyusui dianjurkan untuk menggunakan pil kombinasi.
  - c) Riwayat KB

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

- 4) Pola kebiasaan sehari-hari
  - a) Nutrisi  
Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi ibu dan apakah terdapat dampak apabila ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.
  - b) Eliminasi  
Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan siklus BAB dan BAK setelah ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.
  - c) Istirahat  
Untuk mengetahui apakah efek samping dalam penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu pola tidur ibu atau tidak. Seperti apabila ibu menggunakan KB suntik yang memiliki efek samping mual, pusing dan sakit kepala apakah sampai mengganggu pola istirahat ibu atau masih dalam batas wajar.
  - d) Seksual  
Pada ibu yang menggunakan alat kontrasepsi AKDR apakah ada keluhan saat melakukan hubungan suami istri atau tidak dan pada pengguna alat kontrasepsi jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina sehingga dapat menurunkan gairah seksual.

### 2.5.2 Data Objektif

- 1) Pemeriksaan umum
 

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

Pemeriksaan antropometri  
Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas.
- 2) Pemeriksaan fisik
  - a) Muka  
Kloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah, dan apakah wajah ibu pucat karena menandakan ibu mengalami anemia sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut.
  - b) Leher  
Untuk mengetahui ada tidaknya perbesaran pada kelenjar gondok, adakah tumor/tidak.
  - c) Payudara

Apakah ada benjolan abnormal pada payudara sebagai antisipasi awal apabila terdapat tumor pada payudara.

d) Abdomen

Untuk mengetahui ada tidaknya setrie dan luka bekas oprasi dan apakah kontraksi uterus baik atau tidak.

e) Genetalia

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

f) Anus

Untuk mengetahui ada tidaknya hemoroid dan varises.

g) Ekstremitas

Untuk mengetahui ada tidaknya farises dan apakah reflek patella positif atau negatif.

3) Pemeriksaan penunjang

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

### 2.5.3 Analisa

Diagnosa : PAPIAH usia 15 – 49 tahun, anak terkecil usia .... Tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa Baik.

Tujuan : a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.  
b) Pengetahuan ibu tentang macam – macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

1) Data Subjektif

Data subjektif berupa pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, riwayat obstetri sekarang, dan keterangan ibu yang berkaitan dengan keluhannya.

2) Data Objektif

KU : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
TD : 90/60-120/80 mmHg  
RR : 16-24x/ menit  
Nadi : 60-90x/menit  
Suhu : 36,5°C-37,5°C

Kriteria Hasil :

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

#### 2.5.4 Penatalaksanaan

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).  
R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keunungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.  
R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.  
R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.  
R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.  
R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.
- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.  
R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah :

##### a) Amenorhea

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

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan

Hasil keadaannya

Intervensi :

1. Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea  
R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim  
R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya
3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.  
R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b) Pusing

Tujuan : Pusing dapat teratasi

Kriteria : Mengerti efek samping dari KB

Hasil hormonal

Intervensi :

1. Kaji keluhan pusing pasien  
R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.
2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.  
R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal
3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.  
R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c) Perdarahan Bercak/Spotting

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

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah

Hasil bercak/spotting berkurang.

Intervensi :

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah  
R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

**Evaluasi :**

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

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