

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP MANAJEMEN KEHAMILAN METODE VARNEY**

##### **2.1.1 PENGKAJIAN**

###### **A. Data Subjektif**

###### **1) Biodata**

###### **(a) Nama**

Untuk mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

###### **(b) Umur**

Usia yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun memprepodisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklamsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio seksaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Hatini,2018).

###### **(c) Suku/Bangsa**

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi, dan adat istiadat yang dianut (Hatini,2018).

(d) Agama

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

(e) Pendidikan

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

(f) Pekerjaan

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

(g) Alamat

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

2) Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil trimester III menurut Yanti (2017) diantaranya :

(a) Sesak napas

Sebab: Ekspansi ekspansi dan batas diafragma dengan pembesaran uterus dan rahim.

(b) Insomnia

Sebab: Gerakan bayi, kram otot, sering kencing dan sesak napas..

(c) Sering kencing

Sebab : akibat penekanan uterus/rahim juga kepala janin.

(d) Kontraksi braxton hicks

Sebab : kontraksi uterus dalam persiapan persalinan.

(e) Kram kaki

Sebab : penekanan saraf yang mensuplai ekstremitas bagian bawah yang disebabkan pembesaran perut ibu terlalu lelah, lama berdiri.

(f) Oedema

Sebab : berdiri terlalu lama, duduk kaki tergantung, pakaian ketat dan kaki ditinggikan, kurang olahraga.

(g) Varises

Sebab : pengaruh hormon, pembesaran rahim.

(h) Hemorhoid

Sebab : varices pada anus

3) Riwayat Pernikahan

Untuk mengetahui status pernikahan, pernikahan ke, umur ibu saat menikah dan untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan dan masa nifas(Hatini,2018).

4) Riwayat Menstruasi

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

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga (Hatini,2018).

6) Riwayat Penyakit Yang Lalu

Dikaji untuk mengetahui penyakit yang lalu seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka. Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes. Selain itu hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur pada luka jalan lahir(Hatini,2018).

7) Riwayat Gynekologi

Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya (Hatini,2018).

8) Riwayat Kehamilan Sekarang

Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin. Gerakan janin mulai dapat

dirasakan pada minggu 16-20 minggu usia kehamilan(Hatini,2018).

(a) Gerakan janin

Pada primigravida, pergerakan janin dapat dirasakan pertama kali oleh ibu pada usia kehamilan 18-20 minggu, sedangkan pada multigravida dapat dirasakan lebih awal, yaitu 16 minggu (Yanti, 2017).

(b) Tanda-tanda bahaya atau penyulit menurut Yanti (2017) adalah:

- (1) Perdarahan pervaginam kehamilan muda dan kehamilan lanjut
- (2) Hyperemesis gravidarum
- (3) Hipertensi gravidarum
- (4) Kematian janin dalam kandungan
- (5) Anemia dalam kehamilan
- (6) Kelainan lama kehamilan
- (7) Kelainan air ketuban
- (8) Kehamilan ganda
- (9) Kelainan letak janin
- (10) Nyeri perut bagian bawah
- (11) Sakit kepala yang hebat
- (12) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- (13) Gerakan janin tidak terasa

(c) Obat yang dikonsumsi, termasuk jamu (Muslihatun, dkk. 2009).

(d) Imunisasi TT

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi tubuh dari zat asing (infeksi). Satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaan selama hamil, yaitu imunisasi tetanus. Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid bertujuan untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Pemberian diberikan sekurang-kurangnya 2x dengan interval empat minggu (Yanti, 2017).

Pemberian imunisasi TT dapat dilihat pada tabel 2.1

**Tabel 2.1**

**Imunisasi TT pada Ibu Hamil**

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

TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup	99
------	-------------------------	-------------------------------	----

Sumber: Saifuddin, Abdul Bari. (2014). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta

9) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas pada kehamilan saat ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan saat ini melalui seksio sesaria atau per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini(Hatini,2018).

10) Riwayat Psikososial

Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikis. Perubahan yang terjadi pada trimester III yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan.oleh karena itu, pemberian araan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani

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

#### 11) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

##### (a) Nutrisi

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

##### (b) Pola eliminasi

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

##### (c) Istirahat

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

(d) Personal Hygiene

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

(e) Aktifitas Seksual

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

12) Riwayat KB

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

**B. Data Objektif**

1) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan umum

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

(b) Kesadaran

Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu(Hatini,2018)

(c) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. Normalnya >145 cm, jika kurang dari 145cm kemungkinan panggul sempit (Romaulli,2011).

(d) Berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin (Hatini,2018).

(e) LILA

Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm(Hatini,2018)

(f) Tanda-Tanda Vital

Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/80 mmHg- 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variabel lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak

hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut permenit dengan rentang normal 60-100 denyut permenit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut permenit. Nilai normal suhu per aksila pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3 °C. Sedangkan pernafasan orang dewasa normal antara 16-20/menit(Hatini,2018).

## 2) Pemeriksaan Fisik

### (a) Muka

Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (cloasma gravidarum). Selain itu penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan wajah(Hatini,2018)

### (b) Mata

Pemeriksaan sklera bertujuan menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji muncunya anemia, konjungtiva normal warna merah muda. Selain itu perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-ekslamsi(Hatini,2018)

### (c) Mulut

Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis perhatikan kebersihan, karena pada kehamilan gusi menjadi mudah berdarah(Hatini,2018)

(d) Leher

Dalam keadaan normal, kelenjar tiroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil(Hatini,2018)

(e) Payudara

Payudara menjadi lunak dan membesar, vena-vena dibawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, aerola meluas dan kehitaman serta muncul strechmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI(Hatini,2018)

(f) Abdomen

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

(1) Leopold I

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

(2) Leopold II

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

(3) Leopold III

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

(4) Leopold IV

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

(5) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Frekuensi normalnya, normalnya 120-160x/menit. Janin mengalami bradycardia apabila Djj kurang dari 120x/menit selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia apabila Djj lebih dari 160x/menit selama 10 menit(Muslihatun,2009)

(6) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lonhson yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

(PAP) Berat janin =  $(TFU-12) \times 155$  gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

(PAP) Berat janin =  $(TFU-11) \times 155$  gram (Hatini,2018)

(g) Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal tidak ada haemorid pada anus(Hatini,2018)

(h) Ekstremitas

Meliputi edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, reflek pattela(Muslihatun,2009)

(i) Pemeriksaan Penunjang

(1) Hemoglobin

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar haemoglobinnya  $<10$  gram/dl. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin  $>10$  gram/dl.

(2) Golongan Darah

Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan.

(3) Pemeriksaan USG

Untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan kehamilan.

(4) Protein Urine dan Glukosa Urine

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

(5) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor Poedji Rochjati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk risiko rendah, risiko tinggi atau risiko sangat tinggi. Jumlah skor 2 termasuk risiko rendah penolong persalinan adalah bidan, skor 6-10 termasuk risiko tinggi penolong persalinan adalah dokter dan bidan tempat persalinan adalah Polindes atau Puskesmas atau rumah sakit, skor lebih dari 12 adalah risiko sangat tinggi penolong persalinan adalah dokter, tempat persalinan adalah rumah sakit (Kemenkes RI, 2010)

**Tabel 2.2**

**Kartu Skor Poeji Rochjati (KSPR)**

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	pernah gagal kehamilan	4					
	9		pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4					
		c. Diberi infus atau tranfuse	4					
	10	pernah operasi caesar	8					
II	11	penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria	4					
		c. TBC paru d. Payah jantung	4					
		e. Kencing manis(diabetes)	4					
		f. Penyakit menular seksual	4					
		12	bengkak pada muka , tungkai, dan tekanan darah tinggi	4				
		13	hamil kembar	4				
	14	hydramnion	4					
	15	bayi mati dalam kandungan	4					
	16	kehamilan lebih bulan	4					
	17	letak sungsang	8					
	18	letak lintang	8					
III	19	perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	preeklamsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						

(6) Deteksi Preeklampsia

Preeklampsia dapat dideteksi dengan 3 cara, yaitu:

(a) Indeks Masa Tubuh (IMT)

Jika penambahan berat badan abnormal ( $>30$ kg) dapat dicurigai terjadi *preeklampsia* (Dinkes Magetan, 2018).

(b) *Mean Arterial Pressure test (MAP)*

Diukur pada usia kehamilan 12-28 minggu, dengan cara (TD sistolik + 2 (TD diastolik)) : 3. Hasil positif jika >90mmHg, negatif jika <90mmHg (Dinkes Magetan, 2018).

(c) *Roll Over Test (ROT)*

Diukur pada usia kehamilan 12-28 minggu, dengan cara pasien tidur miring kiri lalu diukur tekanan darah dan dicatat, selanjutnya pasien terlentang dan diukur tekanan darahnya. Hasil positif apabila selisih tekanan diastolik antara posisi baring kiri dan terlentang menunjukkan >15mmHg (Dinkes Magetan, 2018).

Apabila  $\geq 2$  dari 3 cara hasilnya positif maka dapat didiagnosis *preeclampsia*.

## **2.1.2 IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH**

a. Diagnosa kebidanan

G...P.....Ab.... usia kehamilan.....minggu, janin tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, letak kepala/lintang/sungsang, punggung kanan/kiri, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik dengan resiko rendah/tinggi)

b. Masalah

Masalah menurut Yanti (2017) adalah :

1) Sesak napas

Sebab : ekspansi dan batas diafragma dengan pembesaran uterus/rahim.

2) Insomnia

Sebab : gerakan bayi, kram otot, sering kencing, dan sesak napas.

3) Sering kencing

Sebab : akibat penekanan uterus/rahim juga kepala janin.

4) Kontraksi braxton hicks

Sebab : kontraksi uterus dalam persiapan persalinan.

5) Kram kaki

Sebab : penekanan saraf yang mensuplai ekstremitas bagian bawah yang disebabkan pembesaran perut ibu terlalu lelah, lama berdiri.

6) Oedema

Sebab : berdiri terlalu lama, duduk kaki tergantung, pakaian ketat dan kaki ditinggikan, kurang olahraga.

7) Varises

Sebab : pengaruh hormon, pembesaran rahim.

8) Hemorhoid

Sebab : varices pada anus.

### **2.1.3 IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman (Muslihatun,2009). Berikut ini adalah beberapa potensial yang mungkin ditemukan pada pasien selama kehamilan:

- a. Potensial eklamsi
- b. Potensial atoni uteri
- c. Potensial ketuban pecah dini
- d. Potensial hipertensi karena kehamilan
- e. Hipertensi kronik
- f. Hemoragik antepartum
- g. Preeklamsi berat atau ringan
- h. Letak lintang

### **2.1.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

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

menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut(Muslihatun,2009).

### 2.1.5 INTERVENSI

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

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan, dan persalinan berjalan dengan baik.

Kriteria hasil :

Kriteria ibu menurut Romauli (2011):

- a. Keadaan umum baik
- b. Kesadaran komposmentis
- c. Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90mmHg, N:76-88x/menit, S:36,5–37,5°C, R:16-24x/menit).
- d. Peningkatan BB 0,4kg setiap minggu
- e. Pemeriksaan laboratorium Hb  $\geq 11g\%$ , protein *urine* negatif, reduksi *urine* negatif.
- f. Keadaan janin menurut Manuaba (2012):

- 1) DJJ (+), frekuensi 120-160x/menit, intensitas kuat, irama teratur.
- 2) TBJ normal seperti tabel 2.500gram-4.000gram
- 3) Situs bujur dan presentasi kepala.
- 4) Gerakan janin 10 gerakan/12 jam

**Intervensi :**

1. Jelaskan kondisi kehamilan pada ibu dan keluarga  
R/ Informasi yang dikumpulkan selama kunjungan antenatal memungkinkan bidan dan ibu hamil untuk menentukann pola perawatan antenatal yang tepat. Memberikan informasi tentang gerakan janin dapat memberikan ketenangan ibu(Fraser,2011)
2. Komunikasikan dengan ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan. Membedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi (Varney,2007)  
R/ Persiapan untuk mengajukan pertanyaan, memberikan informasi dan mendiskusikan isu-isu tentang kesejahteraan fisik dan emosi atau psikologis wanita (Medforth,2012)
3. Sarankan pada ibu untuk istirahat cukup selama hamil  
R/ Kesejahteraan janin ditunjang dari suplai O2 yang cukup pada ibu
4. Sarankan ibu makan paling sedikit bertambah 1 porsi untuk setiap harinya, makan dalam jumlah sedikit tetapi frekuensinya sering, makanlah mikronutrien secara alami (Indrayani,2011)

R/ Pada masa kehamilan memerlukan asupan nutrisi yang tinggi untuk proses perkembangan janin selanjutnya.

5. Diskusikan dengan ibu rencana persalinan

R/ Rencana persalinan akan efektif jika dibuat dalam bentuk tertulis bersama bidan yang berbagi informasi sehingga ibu dapat membuat rencana sesuai dengan praktik dan layanan yang tersedia (Fraser,2011). Beberapa hal yang mungkin didiskusikan dalam perencanaan persalinan diantaranya tempat persalinan, pendamping persalinan, posisi untuk persalinan, pereda nyeri, makan dan minum saat persalinan, kala II persalinan, kebutuhan untuk penjahitan perineum, pemberian IMD, pemberian Vit K, diskusikan setiap budaya atau agama yang mungkin ingin dipantau ibu(Medforth,2012)

6. Diskusikan tanda dan gejala persalinan dan kapan harus menghubungi bidan (Varney,2007)

R/ Informasi yang perlu diketahui seorang wanita (ibu hamil) demi kesehatan dan keamanan diri dan bayinya (Varney,2007)

7. Jelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan seperti sakit kepala hebat, perdarahan pervaginam. Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi normal atau komplikasi (Varney,2007)

R/ Menemukan penyakit ibu sejak dini, jika didapatkan kelainan sejak dini yang dapat mengganggu tumbuh kembang janin, harus

diikuti upaya untuk memberikan pengobatan adekuat  
(Fraser,2011)

8. 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)

9. Diskusikan dengan ibu dalam menentukan jadwal kunjungan selanjutnya

R/ Penjelasan kunjungan ulang berikutnya bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya dijadwalkan sebagai berikut, antara 28-36 setiap 2 minggu, antara 36 hingga persalinan dilakukan setiap minggu (Manuaba,2007)

#### **MASALAH:**

1. Nyeri pinggang bagian bawah sehubungan dengan spasme otot-otot pinggang akibat pembesaran uterus

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu bahwa nyeri pinggang adalah hal yang fisiologis sehingga sering terjadi pada ibu hamil

R/ nyeri pada pinggang sebagian besar disebabkan karena perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat

badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

b) Ajarkan pada ibu relaksasi dan distraksi

R/ teknik relaksasi yang benar menambah suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sehingga sirkulasi lancar dan rasa nyeri dapat berkurang

c) Kompres hangat jangan terlalu panas pada punggung. Seperti gunakan bantal pemanas, mandi air hangat, duduk dibawah siraman air hangat.

R/ Membantu meredakan sakit akibat ketegangan otot

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

R/ Lordosis progresif menggeser pusat gravitasi ibu ke belakang tungkai. Perubahan postur maternal ini dapat menyebabkan nyeri punggung bagian bawah di akhir kehamilan (Fraser, 2011). Sepatu bertumit tinggi yang tidak stabil dapat meningkatkan masalah lordosis (Varney, 2007).

e) Jelaskan ibu tentang body mekanik. Tekuk kaki ketimbang membungkuk ketika mengangkat apapun, saat bangkit dari setengah jongkok lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan (Varney, 2007).

R/ untuk menghindari ketegangan otot (Varney, 2007) sehingga rasa nyeri berkurang.

2. Sesak nafas sehubungan dengan pembesaran uterus mendesak diafragma

Intervensi :

a) Menjelaskan dasar fisiologis penyebab terjadinya sesak nafas.

R/ Tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas (Varney, 2007).

b) Ajarkan ibu cara meredakan sesak nafas dengan pertahankan postur tubuh setengah duduk.

R/ Menyediakan ruangan yang lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru (Varney, 2007).

3. Oedema sehubungan dengan penekanan uterus yang membesar

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk istirahat dengan kaki lebih tinggi dari badan

R/ membantu memperlancar sirkulasi darah

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

R/ Penggunaan penopang perut dapat mengurangi tekanan pada akstrimitas bawah (melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul) sehingga aliran darah balik menjadi lancar (Varney, 2007).

4. Sering kencing sehubungan dengan tekanan pada visica urinaria oleh bagian terendah janin.

Intervensi:

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

R/ Membantu klien memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia. Pembesaran uterus trimester ketiga menurunkan kapasitas kandung kemih, mengakibatkan sering berkemih.

- b) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 7 sampai 8 gelas/hari, penurunan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat, dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang.

R/ Mempertahankan tingkat cairan

5. Nyeri epigastrium sehubungan dengan pembesaran uterus mendesak lambung

Intervensi:

- a) Makan dalam porsi kecil tetapi sering.

R/ Mengindari lambung menjadi penuh.

- b) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung

R/ Postur tubuh membungkuk hanya menambah masalah karena posisi ini menambah tekanan pada lambung.

6. Obstipasi sehubungan dengan pengaruh dari hormon kehamilan yang meningkat

Intervensi:

- a) Anjurkan ibu untuk memperbanyak minum air putih (8 gelas/hari) dan makanan berserat.

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

- b) Anjurkan ibu untuk memiliki pola defekasi yang baik dan teratur.

R/ hal ini mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi dan kesadaran untuk tidak menunda defekasi. Dan menghindari penumpukan feses yang dapat menyebabkan feses menjadi keras.

7. Mudah kram sehubungan dengan kelelahan dan pembesaran uterus

Intervensi:

- a) Ajarkan ibu cara meredakan kram tungkai kaki

R/ Untuk mencegah kram kaki, wanita hamil dapat menaikkan kaki, mempertahankan ekstremitas tetap dan menghindari mendorong jari kaki

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

R/ Terapi untuk mengurangi rasa kram pada kaki.

- c) Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung kalsium dan fosfor (Varney, 2007) misalnya susu, pisang hijau, dll

R/ kram kaki diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau

ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh (Varney, 2007).

#### 8. Insomnia

Intervensi:

a) Meminum susu hangat atau teh hangat atau mandi air hangat sebelum istirahat.

R/ Memberikan rasa nyaman pada tubuh sehingga ibu lebih rileks dan dapat tidur lebih nyenyak.

b) Menghindari minuman berkafein/ makan pada malam hari.

R/ Kafein/makan pada malam hari menyebabkan ibu susah tidur.

### **2.1.6 IMPLEMENTASI**

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan (Intervensi) secara efektif dan aman, memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Muslihatun,2009)

### **2.1.7 EVALUASI**

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

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

### **CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN**

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

#### **A. SUBJEKTIF**

##### **Keluhan Utama**

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

#### **B. OBJEKTIF**

- 1) Pemeriksaan Umum
  - (a) Keadaan umum

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

(b) Kesadaran

Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu(Hatini,2018)

(c) Tanda-Tanda Vital

Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/80 mmHg- 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variabel lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut permenit dengan rentang normal 60-100 denyut permenit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut permenit. Nilai normal suhu per aksila pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3 °C. Sedangkan pernafasan orang dewasa normal antara 16-20/menit (Hatini,2018).

2) Pemeriksaan Fisik

(a) Abdomen

Meliputi adanya bekas luka, hiperpigmentasi(linea nigra, striae gravidarum) Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, preentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 28 minggu)

dan penurunan kepala janin (usia kehamilan dari 36 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu(Muslihatun,2009)

#### Leopold I

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

#### Leopold II

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

#### Leopold III

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

#### Leopold IV

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

(b) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Frekuensi normalnya, normalnya 120-160x/menit. Janin mengalami bradycardia apabila Djj kurang dari 120x/menit selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia apabila Djj lebih dari 160x/menit selama 10 menit(Muslihatun,2009)

**C. ANALISA**

G... P... Ab... usia kehamilan ... minggu, janin tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterin, letak kepala lintang/sungsang, punggung kanan/kiri, presentasi kepala,keadaan umum ibu dan janin baik dengan resiko rendah/tinggi.

**D. PENATALAKSANAAN**

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan normal, namun tetap untuk dilakukan pemeriksaan secara berkala.
2. Lakukan evaluasi terhadap kondisi ibu, jika pada kunjungan sebelumnya ibu mengalami masalah.
3. Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan nutrisi, cairan dan istirahat selama kehamilan, terutama pada kehamilan Trimester III.

4. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada Trimester III dan cara mengatasinya.
5. Diskusikan dengan ibu untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk mengetahui komplikasi yang mungkin timbul.
6. Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, edema, sesak napas, keluar cairan pervaginam demam tinggi, pergerakan janin kurang, bengkak pada kaki atau tangan serta anjurkan kepada ibu agar segera datang ke fasilitas kesehatan jika mengalami tanda bahaya tersebut.
7. Jelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan seperti rasa nyeri yang semakin kuat dan teratur, keluar lendir darah, dan keluar cairan ketuban serta anjurkan kepada ibu agar segera datang ke fasilitas kesehatan jika mengalami tanda-tanda persalinan.
8. Diskusikan pada ibu untuk mempersiapkan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi.
9. Diskusikan ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya, yaitu satu minggu lagi atau sewaktu-waktu ada keluhan.

## **2.2 KONSEP MANAJEMEN PERSALINAN**

### **2.2.1 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA I**

#### **2.2.1.1 PENGKAJIAN**

##### **A. Data Subjektif**

###### **1) Keluhan Utama**

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. 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 yang disertai darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2013).

###### **2) Pola Kebiasaan Sehari-hari**

###### **(a) Pola Makan**

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

###### **(b) Pola Minum**

Digunakan untuk mengetahui intake cairan yang akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data

fokusnya kapan terakhir kali minum, jumlah yang diminum, dan apa yang diminum.

(c) Pola Istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari.

(d) Aktivitas Seksual

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

(e) Riwayat Psikososial dan Budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menerima kondisi dan perannya. Untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan.

## **B. Data Objektif**

### **1) Pemeriksaan Umum**

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

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien

tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2013).

(b) Lemah

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

(c) Tanda Vital

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

(d) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani dkk, 2013).

(e) Nadi

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

(f) Pernapasan

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

(g) Suhu

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

2) Pemeriksaan Fisik

(a) Kepala

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

(b) Rambut

Dikaji tentang warna, kebersihan dan mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2013).

(c) Telinga

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

(d) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi pucat pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadi anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, 2013).

(e) Hidung

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

(f) Mulut

Bibir

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

Lidah

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

Gigi

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

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

(g) Leher

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

(h) Dada

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

(i) Payudara

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

(j) Denyut Jantung

Dikaji apakah ada bunyi tambahan pada jantung dan adanya disritmia jantung.

(k) Gangguan Pernapasan

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

(l) Perut

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

(1) Bekas operasi SC

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

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

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

(m) Pemeriksaan Leopold

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

(n) Kontraksi Uterus

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

(o) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Untuk menentukan TBJ dapat menggunakan rumus dari Johnson Thusak yang didasarkan pada TFU yang dapat dibuat variasi berdasarkan turunnya bagian terendah pada panggul (Umami Hani dkk, 2010).

**Tabel 2.3**

**Pengukuran Berat Janin Sesuai Penurunan Kepala**

<b>Bagian Terendah</b>	<b>Pengukuran</b>
Hodge I	(TFU-13) x 155 gram
Hodge II	(TFU-12) x 155 gram
Hodge III	(TFU-11) x 155 gram

Sumber : Umami Hani, 2010

(p) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

(q) Genital

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

(1) Kebersihan

(2) Pengeluaran pervaginam Adanya pengeluaran lendir darah

(3) Tanda-tanda infeksi vagina

(4) Pemeriksaan dalam

Pembukaan : 1-10 cm

Penipisan : 25-100%

Bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK, tidak ada bagian kecil/berdenyut disekitar bagian terdahulu

Molase:0/+1/+2/+3

(r) Anus

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

(s) Data Penunjang

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

(1) USG

(2) Laboratorium meliputi: kadar Hemoglobin (Hb), Golongan Darah.

#### **2.2.1.2 IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH**

Diagnosa : G\_P\_ \_ \_ Ab\_ \_ \_UK\_ \_ minggu T/H/I

letak kepala punggung kanan/kiri, kala I fase laten/aktif Persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Data Objektif : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 90/60 – 140/90 mmHg

Nadi : 60 – 96 kali/menit

Pernapasan : 16 – 24 kali/menit

Suhu : 36,5 – 37,5°C

LILA :  $\geq 23$  cm

Tinggi badan :  $\geq 145$  cm

BB hamil : ... kg

Tafsiran persalinan : ...

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai usia kehamilannya, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong)

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

kecil janin pada bagian kanan/kiri

Leopold III : Teraba keras, bundar,  
melenting (kepala)

Leopold 4 : Untuk mengetahui  
seberapa jauh kepala janin masuk PAP  
(konvergen/sejajar/devergen)

Auskultasi : DJJ : 120 – 160  
kali/menit

### **2.2.1.3 IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL**

- 1) Diagnosa potensial pada kala I adalah perdarahan intrapartum, eklamsia, partus lama, infeksi intrapartum, partus lama, asfiksia intra uterus.
- 2) Diagnosa potensial pada kala II adalah syok, dehidrasi, infeksi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/lilitan tali pusat (JNPK-KR,2014)
- 3) Diagnosa potensial pada kala III yang mungkin terjadi adalah retensio plasenta, ruptur uteri, dan kontraksi inadkuat.
- 4) Diagnosa potensial pada kala IV yang mungkin terjadi adalah atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik, dan potensial terhadap robekan perineum derajat II, III, & IV.

#### **2.2.1.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

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

#### **2.2.1.5 INTERVENSI**

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

Kriteria : TD : 130-100/90-70 mmHg

Hasil

Nadi : 80-100x/menit

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

DJJ : 120-160x/menit

Kontraksi semakin adekuat secara teratur. Warna dan adanya air ketuban normal yaitu utuh/jernih. Penyusupan (molase) tulang kepala janin normal yaitu Molase: 0/+1/+2/+3. Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada. Penurunan kepala normal yaitu setiap kemajuan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah

janin Kandung kemih kosong.

**Intervensi :**

1. Berikan konseling, informasi dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.  
  
R/ Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya (Rohani, 2013).
2. Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.  
  
R/ Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi.
3. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut.  
  
R/ Stres, rasa takut dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama persalinan karena ketidakseimbangan epinefrin dan norepinefrin dapat meningkatkan disfungsi pola persalinan.
4. Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1 – 2 jam  
  
R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan

trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

5. Pemberian cairan dan nutrisi pada klien.

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

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

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

7. Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin.

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

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

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

9. Posisikan klien miring ke kiri.

R/ Mencegah janin kekurangan oksigen

10. Catat kemajuan persalinan.

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

## **MASALAH**

### 1. Cemas menghadapi proses persalinan

Intervensi :

#### (a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

#### (b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

#### (c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

### 2. Nyeri

Intervensi :

#### (a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu menghadapi proses persalinan.

#### (b) Berikan sentuhan fisik misalnya tungkai, kepala, dan lengan

R/Sentuan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(c) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi

(d) Pengipasan atau penggunaan handul sebagai kipas

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(e) Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3. Distress janin

Intervensi :

(a) Lakukan pemasangan oksigen

R/Distress janin merupakan kondisi ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal.

4. Ketuban Pecah Dini

Intervensi :

(a) Beri ibu obat antibiotik

R/antibiotik profilaksis pada pasien KPD yang aterm. Penggunaan antibiotik profilaksis boleh dilakukan pada pasien dengan infeksi *Group B Streptococcus*. Antibiotik yang dipilih adalah Penicillin G 5 juta unit secara intravena

sebagai dosis inisial, dilanjutkan 2,5-3 juta unit setiap 4 jam hingga persalinan. Jika pasien alergi penicillin dapat diberikan clindamycin 900 mg intravena setiap 8 jam hingga persalinan (Rukiyah, 2010)

#### **2.2.1.6 IMPLEMENTASI**

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan yang berpedoman pada panduan persalinan normal 60 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

#### **2.2.1.7 EVALUASI**

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

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

## 2.2.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA II

### A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan merasa mulas seperti ingin buang air besar.

### B. OBJEKTIF

(1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

(2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.

(3) Perineum menonjol.

(4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

(5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah  
(Widiastini,2018)

(6) Pemeriksaan dalam :

(a) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah

(b) Ketuban : sudah pecah

(c) Pembukaan : 10 cm

(d) Penipisan : 100%

(e) Bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK jam ...

(f) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar kepala bayi

(g) Moulage 0

(h) Hodge IV

### **C. ANALISA**

Ny. X G\_P\_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ UK\_ \_ minggu presentasi belakang kepala kala II persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

### **D. PENTALAKSANAAN**

1. Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
2. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran
3. Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk meneran .Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diperut ibu untuk mengeringkan bayi .
4. Letakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
5. Buka tutup partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan
6. Pakai sarung tangan DTT / steril pada kedua tangan
7. Lindungi perineum dengan satu tangan dan tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal
8. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
9. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar spontan, setelah putar paksi luar pegang secara biparietal. Lahirkan kedua bahu bayi

10. Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

11. Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan atas lanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki

**MASALAH:**

1) Kekurangan cairan

Intervensi :

(a) Anjurkan ibu untuk minum

R/Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minuman.

(b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(c) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat diminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi

Intervensi :

(a) Pasang infusl menggunakan jarum dengan diameter 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu tubuh meningkat menyebabkan dehidrasi.

(b) Berikan ampicilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(c) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3) Kesempitan pintu bawah panggul (PBP)

Intervensi :

(a) Lakukan episiotomi pada ibu

R/Episiotomi adalah insisi bedah yang dibuat untuk memudahkan proses persalinan. Episiotomi masih dilakukan pada > 50% persalinan pervaginam, dan paling sering terjadi pada wanita nulipara. Episiotomi diperkenalkan untuk mengurangi komplikasi trauma dasar panggu pada saat kelahiran, yang mencakup perdarahan, infeksi, prolaps genital, dan inkontinensia.

4) Letak Sungsang

Intervensi :

(a) Lahirkan dengan forsep atau seksio cesaria

R/Penatalaksanaan kelahiran dengan forsep atau seksio cesaria kemungkinan menjadi penting karena untuk menghindari komplikasi persalinan lama.

### **2.2.3 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA III**

#### **A. SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan bahwa bagian bawah perut masih terasa mulas.

#### **B. OBJEKTIF**

1. Terlihat semburan darah
2. Tali pusat memanjang
3. Uterus menjadi bulat (globuler)
4. TFU setinggi pusat (Widiastini,2018)

#### **C. ANALISA**

Ny. X P \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ kala III persalinan dengan keadaan ibu baik.

#### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
2. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM.

3. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, dan tangan lainnya menegangkan tali pusat.
4. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Pertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur.
5. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial).
6. Saat plasenta tampak di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil kemudian plasenta.
7. Melakukan masase fundus uterus dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
8. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon

dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan kedalam wadah yang telah disediakan.

## **MASALAH**

### 1. Retensio Plasenta

Intervensi :

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

R/ Penggunaan oxytocin diharapkan akan membantu separasi plasenta, meningkatkan kontraksi uterus, dan menurunkan perdarahan (Rukiyah,2010)

- (b) Lakukan Eksplorasi digital

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

### 2. Atonia uteri

Intervensi:

- (a) Lakukan masase dan kompresi bimanual

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

- (b) Berikan obat uterotonika

R/ Oksitossin merupakan hormon sintetik yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkatkan umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin.

(c) Kompresi bimanual

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

#### **2.2.4 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA IV**

##### **A. SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

##### **B. OBJEKTIF**

1. TFU dua jari di bawah pusat
2. Kontraksi uterus baik.
3. Perdarahan kurang dari 500 ml.

##### **C. ANALISA**

Ny. \_\_ P\_ \_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ kala IV persalinan dengan keadaan ibu baik

##### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
2. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.
3. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
4. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
5. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.
6. Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
7. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
8. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
9. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

10. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT.  
Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah.  
Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
11. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
12. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
13. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
14. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih.
15. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

**MASALAH :**

- 1) Perdarahan Kala IV

Intervensi :

- (a) Berikan oksitosin 10 IU I.V

R/ Oksitossin merupakan hormon sintetik yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkatkan umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin. (Rukiyah,2010)

(b) Pasang infus

R/Pasang infus NaCl 11/15 menit apabila pasien mengalami syok (pemberian infus sampai sekitar 3 liter untuk mengatasi syok) (Rukiyah,2010)

### **PENGKAJIAN BAYI BARU LAHIR**

Tanggal :

Pukul :

Tempat :

**S** : Bayi Ny. X lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif,.Bayi lahir pukul..... dengan jenis kelamin.....

**O** : Keadaan umum : Baik

Nadi : 100- 160 x/ menit

Pernapasan : 40- 60 x/ menit

Suhu : 36,50C- 370C

Berat badan : 2500- 4000 gram

Panjang badan : 48- 52 cm

Lingkar kepala : 32- 37 cm

Lingkar dada : 32- 35 cm

LILA : 9- 11 cm

**Tabel 2.4**

**Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR**

	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
Pulse Rate (Frekuensi Nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (Reaksi Rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin
Activity (Tonus Oto)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis.

Pemeriksaan fisik :

a. Kepala

Untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma dan caput succedenum.

b. Telinga

Mengetahui ada atau tidaknya infeksi.

c. Mata

Mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda.

d. Hidung

Mengetahui adanya pernapasan cuping hidung.

e. Mulut

Mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis.

f. Leher

Mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan.

g. Dada

Mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada.

h. Abdomen

Mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat.

i. Genitalia

Laki-laki : testis sudah berada dalam skrotum baik yang kiri maupun kanan.

Perempuan : vagina terdapat lubang, keadaan labia mayora menutupi labia minora.

j. Anus

Apakah atresia ani atau tidak.

k. Kulit

Verniks, warna kulit, tanda lahir.

1. Ekstremitas

Gerak aktif, apakah polidaktil atau sindaktil.

**A** : Bayi baru lahir usia .... jam dengan keadaan normal

**P** :

1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal.
2. Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
3. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.
4. Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata, melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.
5. Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulanginya.

## 2.3 KONSEP MANAJEMEN NEONATUS

### 2.3.1 PENGKAJIAN

#### A. Data Subjektif

##### 1) Keluhan Utama

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

##### 2) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Riwayat *Prenatal* :

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

Riwayat *natal* :

Bila ada lebih baik cantumkan catatan yang diberikan Puskesmas atau Rumah Bersalin tempat ibu melahirkan, sehingga data yang diperoleh lebih lengkap dan akurat.

##### (a) Jenis Persalinan

Mempengaruhi temuan fisik Bayi Baru Lahir (BBL), dan asuhan yang tepat.

##### (b) Penolong

Dikaji untuk mengetahui penolong persalinan ibu, apakah ditolong oleh tenaga kesehatan atau dukun yang mempengaruhi keamanan dalam persalinan.

(c) Lama Persalinan

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

(d) Komplikasi Persalinan

Pada ibu dan bayi agar dapat ditegakkan asuhan yang tepat.

(e) Ketuban

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

(f) Perdarahan

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

(g) Plasenta

Apakah plasenta lahir spontan atau tidak (Sembiring 2019).

## **B. Data Objektif**

### 1) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan umum

Kesadaran : Composmentis(Sondakh,2013)

Suhu : Normalnya 36,5-37,5°C  
(Sondakh,2013)

Respirasi : Frekuensi untuk bayi baru lahir normal adalah 30-60x/menit  
(Sembiring,2019)

Heart Rate (HR) : Untuk BBL normal adalah 120—  
160x/menitt (Sembiring, 2019)

(b) Berat badan

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

(c) Panjang badan

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

(d) Lingkar kepala

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

(e) Lingkar dada

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

(f) Lingkar lengan atas

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

2) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Adakah caput succedaneum, chepal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup (sondakh, 2013).

(b) Muka

Warna kulit kemerahan (Sondakh, 2013)

(c) Mata

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

(d) Hidung

Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret (Sondakh, 2013)

(e) Mulut

Refleks menghisap baik, tidak ada palatoskisis (Sondakh, 2013)

(f) Telinga

Simetris, tidak ada serumen (Sondakh, 2013).

(g) Leher

Untuk BBL normal, bentuk pendek dan terdapat lipatan-liatan. Ukuran leher normalnya pendek dengan banyak lipatan tebal. Leher berselaput berhubungan dengan abdominalitas kromosom. Periksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis, lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis (Sembiring, 2019).

(h) Dada

Normalnya terlihat bulat dan simetris, pembesaran payudara dimulai dari hari ke 2-3 setelah lahir, pernafasan normalnya dangkal, simetris dan sesuai gerakan abdomen. Kontur dan simetris dada normalnya adalah bulat dan simetris. Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotorik, paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan (Sembiring, 2019).

(i) Tali pusat

Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari (Muslihatun, dkk. 2009:183).

(j) Abdomen

Perut harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika, perut yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali (sembiring, 2019).

(k) Genetalia

Untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora (Sondakh, 2013).

(l) Anus

Tidak terdapat atresia ani (Sondakh, 2013).

(m) Ekstremitas atas

Untuk BBL normal flexi dengan gerakan simetris. Gerakan normal, kedua lengan harus bebas gerak. Jika gerakan kurang, kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari, perhatikan adanya sindaktili atau polidaktili. Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti trisomi 21. Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan (Sembiring, 2019).

(n) Ekstremitas bawah

Ekstremitas bagian bawah normalnya pendek, bengkok, dan fleksi dengan baik. Nadi femoralis dan pedis normalnya ada (Sembiring, 2019).

3) Pemeriksaan Reflek

Reflek berkedip, batuk, bersin, dan muntah ada pada waktu lahir dan tetap tidak berubah sampai dewasa. Beberapa refleks lain normalnya ada waktu lahir, yang menunjukkan imaturitas

neurologis, refleks-refleks tersebut akan hilang pada tahun pertama. Tidak adanya refleks-refleks ini menandakan adanya masalah neurologis yang serius.

a. Reflek morro

Untuk BBL normal aduksi dan ekstensi simetris lengan jari-jari mengembang, seperti kipas dan membentuk huruf C pada ibu jari dan telunjuk. Dan mungkin akan terlihat adanya sedikit tremor, lengan teraduksi dalam gerakan memeluk dan kembali dalam posisi fleksi dan gerakan yang rileks.

b. Reflek rooting

Pada BBL normal biasanya akan menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut disentuh oleh jari atau puting susu.

c. Reflek walking

Pada BBL normal biasanya gerak aktif otot masih hipotermik, sendi lutut dan kaki dalam fleksi dan kepala sudah ke satu arah/jurusan.

d. Reflek grasping

Pada BBL normal biasanya jari-jari kaki bayi akan memeluk ke bawah bila jari diletakkan di dasar jari-jari kakinya.

e. Reflek tonik neck

Pada BBL normal biasanya ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan fleksi (Sembiring, 2019)

### **2.3.2 IDENTIFIKASI MASALAH DAN DIANGNOSA**

Menurut Sondakhh (2013), identifikasi diagnose dan masalah anatara lain:

Diagnosis : Bayi Ny ..... usia .... jam dengan bayi baru lahir normal

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

Data objektif : Berat badan : 2500-4000 gram

Panjang badan : 48-52 cm.

Lingkar dada bayi : 32-34 cm.

Lingkar kepala : 33-35 cm.

Denyut nadi : normal (120-140 kali/menit)

Pernafasan : normal (40-60 kali/menit)

Tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik.

Kulit kemerah-merahan, reflek hisap, menelan, dan morro telah terbentuk, rambut kepala tumbuh naik, rambut lanugo hilang.

### **2.3.3 IDENTIFIKASI DIAGNOSA POTENSIAL**

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien,

bidan diagnos potensial akan terjadi pada neonatus diantaranya hipotermi, infeksi, asfiksia dan ikterus (Sondakhh, 2013).

#### **2.3.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

- 1) Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam dan membungkus bayi dengan kain kering, bersih dan hangat agar tidak infeksi dan hipotermi.
- 2) Menganjurkan ibu untuk segera memberi ASI

#### **2.3.5 INTERVENSI**

Diagnosis : Bayi Ny ..... usia .... jam dengan bayi baru lahir normal.

Tujuan:

- 1) Bayi tetap dalam keadaan normal.
- 2) 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 : 36-37°C.

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 pencegaham kontaminasi silang

- 3) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

- 4) Bungkus bayi dengan kain kering yang lembut

R/ Membungkus bayi merupakan cara mencegah hipotermi

- 5) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

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

R/ Deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi

- 7) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB

R/ Segera mengganti popok setiap basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

- 8) Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif

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

- 9) Ajarkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak

R/ Dengan posisi menyusui yang benar maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak.

(Sondakh, 2013)

## **MASALAH**

- 1) Muntah dan gumoh

(a)Memperbaiki teknik menyusui

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

- 2) Hipotermi

(a) Mencegah terjadinya hipotermi

R/ Bantu orangtua dalam mempelajari tindakan yang tepat untuk mempertahankan suhu bayi, seperti menggendong bayi dengan tepat dan menutup kepala bayi.

- 3) Ikterus

(a) Mulai memberikan ASI kepada bayi

R/ Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dapat mencegah bayi dari ikterus.

(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.

4) Asfiksia

(a) Hangatkan tubuh bayi

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

(b) Bersihkan jalan nafas

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

### **2.3.6 IMPLEMENTASI**

Implementasi mengacu pada intervensi

### **2.3.7 EVALUASI**

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

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

c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

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

## **CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS**

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

### **A. SUBJEKTIF**

Keluhan Utama :

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

### **B. OBJEKTIF**

1) Keadaan umum

Kesadaran : Composmentis(Sondakh,2013)

Suhu : Normalnya 36,5-37,5°C  
(Sondakh,2013)

Respirasi : Frekuensi untuk bayi baru lahir normal adalah 30-60x/menit  
(Sembiring,2019)

Heart Rate (HR) : Untuk BBL normal adalah 120—  
160x/menitt (Sembiring, 2019)

Berat badan

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

Panjang badan

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

Lingkar kepala

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

Lingkar dada

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

Lingkar lengan atas

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

## 2) Pemeriksaan Fisik

Kepala :caputsuccadeneum( ) ,cephal hematoma ( )

Wajah : simetris, sindrom down

Mata : sclera icterus ( ), perdarahan ( )

Telinga : bersih, daun telinga terbentuk

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

Mulut : bersih, labioskiziz ( ), labiopalatoskiziz ( )

Leher : pembengkakan kelenjar tiroid dan vena jugularis( )

Dada : simetris

Abdomen : tali pusat kemerahan ( ), nanah ( )

Kulit : kemerahan

## C. ANALISA

By Ny ...., usia .... jam/hari dengan keadaan baik

## **D. PENATALAKSANAAN**

### **a) Kunjungan Neonatal-II**

Memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan

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

### **b) Kunjungan Neonatal-III**

1. Memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayi yaitu dengan memandikan bayi, mengganti pakaian bayi (dengan menggunakan pakaian yang dapat menyerap keringat bayi

- sehingga dapat mencegah terjadinya iritasi) dan popok bayi (ketika sudah penuh dan sesudah BAB sehingga dapat mencegah terjadinya ruam)
3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan bergantian antara payudara kanan dan payudara kiri serta menyendawakan bayi setelah menyusui agar bayi tidak muntah
  4. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti pemberian ASI sulit, suhu badan panas, tali pusat merah dan bernanah, mata bengkak.
  5. Menganjurkan pada ibu untuk segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan jika bayi mengalami keluhan atau tanda bahaya
  6. Meningkatkan ibu untuk rutin melakukan imunisasi pada bayinya sesuai dengan buku KIA, termasuk imunisasi BCG pada tanggal \_\_\_\_\_ yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit tuberculosis.

## **2.4 KONSEP MANAJEMEN NIFAS**

### **2.4.1 PENGKAJIAN**

#### **A. Data Subjektif**

##### 1) Alasan Datang

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

## 2) Keluhan Utama

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

## 3) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

## 4) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

### (a) Kehamilan

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

### (b) Persalinan

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

berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(c) Nifas

Ditanyakan mengenai perdarahan, seberapa banyak, kontraksi baik (uterus teraba bulat dan kersa), ASI sudah keluar, terdapat luka jahitan pada jalan lahir atau tidak. Apakah ibu pernah mengalami pusing berlebihan, kaki bengkak, lemas, perdarahan atau masalah – masalah lain yang dapat mempengaruhi masa nifas selanjutnya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

5) Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari

(a) Nutrisi

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

ini memberi petunjuk pada bidan tentang seberapa banyak asupan makanan yang dimakan, banyaknya yang dimakan, dan pantang makanan (Sulistyawati, 2009).

(b) Eliminasi

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

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

(c) Istirahat

Menganjurkan ibu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan. Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Ibu mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam hari 7-8 jam. Kurang istirahat akan

mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI, memperlambat involusi uteri, memperbanyak perdarahan dan mengakibatkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Anik Maryunani, 2017).

(d) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia karena pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Mandi minimal 2x/hari, gosok gigi minimal 2x/hari, ganti pembalut setiap kali penuh atau sudah lembab (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Anik Maryunani, 2017).

(e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas sehari hari karena data ini akan memberikan gambaran seberapa berat aktivitas ibu yang dilakukan di rumah. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Anggraini, 2010).

6) Data Psikososial

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

(a) Fase Taking In

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya (Anik Maryunani, 2017).

(b) Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah fase/ periode yang berlangsung antara 2 - 4 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Pada fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya), ibu mulai

tertarik melakukan perawatan pada bayinya, ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga dirinya, ibu mulai berusaha untuk terampil dalam perawatan BBL (misalnya memeluk, menyusui, memandikan dan mengganti popok) (Anik Maryunani, 2017).

(c) Fase Letting Go

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

7) Riwayat Sosial Budaya

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

**B. Data Objektif**

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan Umum

Hasil kriteria pemeriksaan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta fisik tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Hasil pemeriksaan lemah apabila pasien kurang atau tidak

memberikan respon yang baik dan pasien tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2014).

(b) Kesadaran

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

(c) Tekanan Darah

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

(d) Suhu

Mengetahui adanya peningkatan atau tidak. Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 °C dari keadaan normal tetapi tidak melebihi 38 °C (Anik Maryunani, 2017). Peningkatan suhu badan pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali normal. Suhu pada 24 jam pertama setelah melahirkan 36,5-37,5°C. Pada hari kedua atau ketiga dapat terjadi kenaikan suhu, karena adanya pembentukan ASI, namun tidak lebih dari 24 jam. Jika terjadi peningkatan suhu

38 °C yang menetap dalam 2 hari dalam 24 jam melahirkan maka kemungkinan adanya infeksi, seperti sepsis puerperalis (infeksi selama post partum), infeksi traktus urinarius (infeksi saluran urine), endometritis (peradangan endometrium) serta pembengkakan payudara (Anik Maryunani, 2017).

(e)Nadi

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

(f) Pernapasan

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

30x/menit) mungkin karena adanya tanda-tanda syok (Bahiyatun, 2013).

## 2) Pemeriksaan Fisik

### (a) Wajah

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

### (b) Mata

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

### (c) Leher

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

### (d) Payudara

Menilai apakah payudara simetris, bersih atau tidak, apakah ASI sudah keluar, dan apakah tampak benjolan yang abnormal. Hal ini berhubungan dengan kondisi payudara,

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

(e) Abdomen

Menilai apakah ada bekas luka operasi atau tidak, tampak striae albican dan livide atau tidak. Menentukan TFU, memantau kontraksi uterus. Pengkajian diastesis rekti. Segera setelah bayi lahir, TFU terletak setinggi pusat. Saat plasenta lahir 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah lahir TFU terletak pertengahan pusat dan simpisis, 14 hari setelah lahir tak teraba di atas simpisis, 42 hari (6 minggu) bertambah kecil dan setelah 58 hari (8 minggu) TFU kembali normal (Anik Maryunani, 2017).

(f) Genetalia

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

(1) Lokia rubra/merah

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

(2) Lokia Sanguinolenta

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

(3) Lokia Serosa

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

(4) Lokia Alba

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

(g) Luka Jahitan Episiotomi

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

(h) Ekstremitas

Ada tidaknya oedema, tanda-tanda tromboplebitis, ada tidaknya varises, dan kemerahan pada daerah tersebut (Rukiyah,dkk, 2010).Oedema ada / tidak, varises ada / tidak, tanda homan ada / tidak (adanya tanda human sebagai gejala adanya tromboflebitis), nyeri tungkai dengan melakukan pemeriksaan raba betis ibu, ada tidaknya nyeri tekan

#### **2.4.2 IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH**

Melakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosis interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Diagnosis, masalah, serta kebutuhan ibu nifas tergantung dari hasil pengkajian terhadap ibu.

Diagnosa : P\_ \_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ , \_ jam post partum dengan keadaan ibu baik.

Data Subjektif : Data subyektif yang mendukung diagnosa tersebut, ibu mengatakan telah melahirkan anak ke...

Data Objektif : TTV dalam batas normal

#### **2.4.3 IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL**

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

1) Mastitis

Data Subjektif : ASI tidak keluar, terasa nyeri dan menggigil

Data Objektif : Payudara bengkak, keras dan merah, suhu meningkat

## 2) Hemoragic Post Partum

Data Subjektif : Darah yang keluar semakin banyak, pusing

Data Objektif : Kontraksi uterus leme, perdarah >500 cc, pucat, nadi cepat, pernafasan meningkat, tekanan darah menurun

## 3) Endometritis

Data Subjektif : Ibu mengatakan nyeri yang sangat sakit dan lama, merasa menggigil dan nyeri panggul

Data Objektif : Suhu meningkat, takikardi, lochea bertambah banyak dan terjadi sub involusio

## 4) Peritonitis

Data Subjektif : Nyeri perut bagian bawah

Data Objektif : Perut kembung, suhu tinggi, nadi cepat dan lemah, nyeri tekanan pada perut bagian bawah, pucat, kulit dingin.

## 5) Infeksi perineum

Data Subjektif : Ibu mengatakan sangat nyeri pada luka jahitan

Data Objektif : Suhu kurang atau sama dengan  $38,3^{\circ}\text{C}$ , oedema,

jahitan merah dan infamsi, mengeluarkan pus

6) Sub involusio uteri

Data Subjektif : Nyeri pada perut dan darah yang keluar banyak

Data Objektif : Uterus masih teraba besar, fundus masih tinggi, loche banyak, kadang berbau dan terjadi perdarahan

7) Baby blues

Data Subjektif : Cemas, takut, sedih dan bingung mengurus bayi

Data Objektif : Terlihat cemas, sedih dan bingung dalam mengurus bayi

#### **2.4.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. 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 berkontraksi uterus kurang baik segera berikan uteronika. Bila teridentifikasi adanya tanda sisa plasenta, segera berkolaborasi dengan dokter umum untuk tindakan kuretase (Dewi dan Sunarsih, 2012)

### 2.4.5 INTERVENSI

Dx : P\_ \_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ \_ nifas normal hari ke....

Tujuan : masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi

Kriteria hasil :

1) Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : 90-120 / 60-90 mmHg

Nadi : 60 – 90 x/menit

Pernafasan : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5<sup>0</sup>C

2) Tinggi Fundus uteri sesuai dengan masa involusinya

a) Setelah bayi lahir, TFU setinggi pusat (1000 gram)

b) Setelah plasenta lahir, TFU 2 jari ↓ pusat (750 gram)

c) 1 minggu PP, TFU peretengahan pusat simfisis (500 gram)

d) 2 minggu PP, TFU sudah tidak teraba (350 gram)

e) 6 minggu, TFU bertambah kecil (50 gram)

f) 8 minggu, sebesar normal (30 gram)

3) Lochea normal

Pengeluaran lochea mulai dari lochea rubra (1-3 hari PP), lochea sanguinolenta (4-7 hari PP), lochea serosa (7-14 hari PP) hingga lochea alba (2-6 minggu PP)

4) Tidak ada komplikasi yang terjadi selama masa nifas

Intervensi :

1) Lakukan pendekatan pada klien secara terapeutik

R/ Hubungan yang baik antara klien dengan petugas dapat menciptakan rasa kepercayaan klien terhadap petugas sehingga kooperatif

- 2) Berikan informasi yang tepat tentang perawatan rutin selama periode postpartum.

R/ memenuhi kebutuhan informasi, sehingga dapat mengurangi rasa takut dan ketidaktahuan yang dapat memperberat persepsi nyeri

- 3) Bantu ibu untuk memahami hasil pemeriksaan

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

- 4) Komunikasikan perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas.

R/ dengan mengetahui perubahan-perubahan yang terjadi, ibu dapat mengurangi kecemasan dan ibu lebih kooperatif.

- 5) Mengajarkan ibu masase uteri

R/ masase uteri dilakukan untuk mencegah perdarahan.

- 6) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

R/ penyebab lain perdarahan harus segera diatasi untuk mencegah ibu kekurangan cairan serta menstabilkan kondisi ibu.

- 7) Lakukan observasi lochea

R/ mengidentifikasi jumlah darah yang keluar dan dilakukan tindakan jika perdarahan abnormal karena lochea merupakan tanda keberhasilan involusi.

8) Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda bahaya masa nifas

R/ Tanda bahaya pada masa nifas dapat mengganggu ibu dalam menjalani masa nifasnya, apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian. Oleh sebab itu tanda bahaya harus segera dikenali dan dilakukan tindakan.

9) Anjurkan klien untuk melakukan perawatan vulva hygiene

R/ Vulva hygiene yang rajin dan teratur dapat mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum, maupun dalam uterus.

10) Anjurkan klien untuk melakukan perawatan payudara

R/ Massage pada payudara merangsang otot-otot polos untuk berkontraksi dan hormone prolactin serta oksitosin dalam memproduksi ASI dan pengeluaran ASI

11) Anjurkan klien untuk menetek bayi

R/ Isapan bayi pada puting susu merangsang otot polos payudara berkontraksi sehingga memperlancar produksi ASI.

12) Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung cukup gizi dan minum yang cukup

R/ Gizi dan minum yang cukup dapat membantu ibu dalam produksi ASI dan memegang peranan penting untuk proses involusi uteri.

13) Ajarkan klien senam nifas

R/ untuk mengembalikan otot – otot pada tubuh yang telah meregang saat persalinan kembali kepada keadaan sebelum hamil.

- 14) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

R/ memperhatikan kesehatan bayi dengan memberikan pakaian yang hangat dapat membuat bayi nyaman serta mencegah terjadinya hipotermi.

- 15) Memberikan informasi mengenai macam KB dan efeknya pada klien.

R/ memenuhi kebutuhan informasi tentang macam dan efek KB, ibu mendapatkan pengetahuan dan dapat menentukan jenis KB apa yang akan digunakan nantinya.

- 16) Kolaborasi pemberian terapi berupa vitamin A dan tablet Fe sesuai program pemerintah

R/ pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas sangat berpengaruh untuk meningkatkan kualitas vitamin A pada bayi, karena ASI yang diberikan merupakan sumber utama vitamin A pada bayi enam bulan pertama.

- 17) Diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya

R/ pemantauan yang rutin dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada masa nifas.

## **MASALAH**

1. Nyeri perut sehubungan dengan proses involusi uteri
  - a. Jelaskan penyebab mules (nyeri) kepada pasien

R/ Rasa mules setelah melahirkan merupakan efek dari oksitosin yang menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Dewi, 2012). Selama 12 jam pertama pascapartum, kontraksi uterus kuat dan regular , dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya.

b. Periksa TFU dan kontraksi

R/ menilai uterus sebagai antisipasi terjadinya atonia uteri

c. Bantu ibu untuk tidak menahan BAK

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

d. Ajarkan teknik relaksasi dan napas dalam

R/ relaksasi mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman.

2. Nyeri pada luka jahitan

a. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan

R/ ibu lebih tenang dan kooperatif

b. Beritahu ibu untuk selalu menjaga agar tetap kering pada luka perineum (keringkan setiap habis BAK dan BAB)

R/ menghindari terjadinya infeksi dan mempercepat penyembuhan pada luka

c. Ajarkan teknik relaksasi

R/ relaksasi mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman.

d. Anjurkan mobilisasi bertahap sesuai kemampuan

R/ meningkatkan sirkulasi darah dan O<sup>2</sup> jaringan.

e. Ingatkan ibu untuk minum analgesik yang diberikan oleh bidan

R/ analgesik bekerja pada pusat otak untuk menurunkan persepsi nyeri.

3. Nyeri tekan pada payudara

a. Inspeksi payudara dan jaringan puting, kaji adanya pembesaran payudara atau puting pecah-pecah

R/ Pada 24 jam pasca postpartum, payudara harus lunak dan tidak perih dan puting harus bebas dari pecah-pecah dan kemerahan. Pembesaran payudara, nyeri tekan puting atau adanya pecah-pecah puting terjadi hari ke 2 sampai ke 3 pasca postpartum.

b. Anjurkan ibu untuk menggunakan bra penyokong

R/ Mengangkat payudara ke dalam dan ke depan sehingga posisi lebih nyaman.

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

R/ Mulai memberi ASI pada payudara yang tidak sakit kurang menimbulkan nyeri dan dapat meningkatkan penyembuhan.

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

R/ Tindakan dengan memberi kompres panas dan mengeluarkan ASI secara manual dapat merangsang pengeluaran ASI dan menghilangkan bendungan.

e. Rasa takut BAK/BAB akibat luka jahitan preniun

R/Beri penjelasan pada pasien mengenai arti pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan dan bahaya menunda BAK setelah melahirkan

R/ memotivasi ibu untuk segera BAK dan BAB

f. Yakinkan pada pasien bahwa jongkok waktu BAK dan mengedan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan atau luka jahitan membuka.

R/ Agar ibu lebih percaya diri lagi dan berani untuk BAB/BAK

g. Jika pasien benar-benar mengalami kesulitan BAK maka lakukan kateterasi dan beri obat pencahar supositoria atau laktasif (pelunak feses) jika kesulitan BAB

R/ untuk mempermudah pasien dalam BAK/BAB

4. Konstipasi

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

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

b. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi.

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

- c. Kaji episiotomi, perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan.

R/ Adanya laserasi atau luka episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri sehingga keinginan ibu untuk defekasi menurun

5. Gangguan pola tidur

- a. Anjurkan ibu untuk tidur siang dan tidur saat bayi sedang tertidur

R/ Mengatasi kelelahan yang berlebihan dan memenuhi kebutuhan tidur ibu

- b. Berikan analgesik jika ibu mengalami gangguan tidur karena nyeri

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

6. Kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan bayi dan tali pusat

- a. Jelaskan tujuan perawatan bayi dan tali pusat

R/ memotivasi ibu untuk merawat bayinya

- b. Anjurkan cara perawatan bayi dan tali pusat

R/ meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu

- c. Anjurkan ibu untuk memperagakan cara perawatan bayi dan tali pusat

R/ mengevaluasi tingkat pengetahuan dan kemampuan ibu

- d. Beritahu ibu agar selalu menjaga lingkungan bayi agar tetap hangat

R/agar bayi tidak hipotermi

e. Beri dukungan dan keyakinan pada pasangan akan kemampuan mereka sebagai orang tua yang sanggup merawat bayi mereka.  
R/agar ibu semakin bersemangat dan percaya diri sebagai orang tua dapat merawat bayinya dengan baik.

7. Kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar

a. Jelaskan ke untungan cara meneteki yang benar

R/ Memotivsi ibu untuk menyusui bayinya

b. Demonstrasikan pada ibu cara menyusui dengan baik dan benar yaitu bersihkan payudara dalam keadaan bersih, posisi duduk, perut bayi menempel pada perut ibu, sendawakan bayi setiap selesai menyusui.

R/ Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu

8. Kurangnya pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara selama masa laktasi.

a. Jelaskan pada ibu bahwa perawatan payudara yang rutin di lakukan akan membantu melancarkan pengeluaran asi dan menghindari terjadinya bendungan ASI pada ibu.

R/memotivasi ibu untuk melakukan perawatan payudara

b. Demonstrasikan pada ibu dan keluarga tentang cara melakukan perawatan payudara pada ibu nifas.

R/Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu dalam melakukan perawatan payudara

#### **2.4.6 IMPLEMENTASI**

Implementasi mengacu pada intervensi

#### **2.4.7 EVALUASI**

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

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

#### **CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS**

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Tempat :

##### **A. SUBJEKTIF**

Keluhan Utama

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

## **B. OBJEKTIF**

### 1) Pemeriksaan Umum

#### a. Keadaan Umum

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

#### b. Kesadaran

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

#### c. Tekanan Darah

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

#### d. Suhu

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

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

e. Nadi

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

f. Pernapasan

Pernafasan normal yaitu 16-24 x/menit. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan

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

## 2) Pemeriksaan Fisik

### a. Wajah

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

### b. Mata

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

### c. Leher

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

### d. Payudara

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

e. Abdomen

Menilai apakah ada bekas luka operasi atau tidak, tampak striae albican dan livide atau tidak. Menentukan TFU, memantau kontraksi uterus. Pengkajian diastesis rekti. Segera setelah bayi lahir, TFU terletak setinggi pusat. Saat plasenta lahir 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah lahir TFU terletak pertengahan pusat dan simpisis, 14 hari setelah lahir tak teraba di atas simpisis, 42 hari (6 minggu) bertambah kecil dan setelah 58 hari (8 minggu) TFU kembali normal (Anik Maryunani, 2017).

f. Genetalia

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

(1) Lokia rubra/merah

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

(2) Lokia Sanguinolenta

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

(3) Lokia Serosa

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

(4) Lokia Alba

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

g. Luka Jahitan Episiotomi

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

h. Ekstremitas

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

tidak (adanya tanda human sebagai gejala adanya tromboflebitis), nyeri tungkai dengan melakukan pemeriksaan raba betis ibu, ada tidaknya nyeri tekan

### **C. ANALISA**

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

### **D. PENATALAKSANAAN**

#### **a. Kunjungan Nifas-I (6-48 Jam)**

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

#### **b. Kunjungan Nifas-II (4-28 hari)**

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal
- (2) Menilai tanda- tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- (3) Berikan informasi pada ibu dan keluarga agar ibu tidak terek makan dan mengonsumsi makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin
- (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- (5) Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

#### **c. Kunjungan Nifas-III**

- (1) Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu dan bayi alami.
- (2) Berikan Konseling KB secara dini.
- (3) Membantu ibu memilih metode alat kontrasepsi yang tepat.

## **2.5 KONSEP MANAJEMEN KELUARGA BERENCANA**

### **2.5.1 PENGKAJIAN**

#### **A. Data Subjektif**

##### 1) Biodata

###### (a) Umur

###### (1) Hormonal

Cocok pada umur 20-30 tahun, karena pada umur lebih dari 35 tahun (lebih tua) dikhawatirkan Terdapat gangguan penyakit metabolisme/memperburuk penyakit tersebut.

###### (2) Non-hormonal

Fase menunda kesuburan yaitu umur kurang dari 20 tahun dengan menggunakan KB IUD ini. Fase menjarangkan kehamilan yaitu umur 20-30/35 tahun sebagai pilihan utama yang dapat menentukan efektifitas dari KB IUD.

###### (b) Agama

Menurut agama Islam ada 2 pendapat membolehkan dan melarang pemakaian IUD. Jadi, tergantung pada keyakinan ibu/keluarga sendiri. Menurut agama Nasrani IUD sangat dilarang, karena bersifat abortif dan lebih menganjurkan KB alamiah. Penganut katolik yang taat membatasi pemilihan

kontrasepsi mereka pada keluarga berencana alami. Sebagian pemimpin Islam mengklaim bahwa sterilisasi dilarang, sedangkan lainnya mengizinkan. Walaupun agama Islam tidak melarang pemakaian metode kontrasepsi, para akseptor wanita yang menggunakan KB bisa saja mengalami gangguan haid yang mana hal ini dapat menjadi masalah bagi ibu (Hartanto, 2012 : 55).

## 2) Keluhan Utama

Mengetahui apa yang menyebabkan klien ingin berKB. Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi adalah :

### (a) Fase menunda

Fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.

### (b) Fase menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran 2-4 tahun.

### (c) Fase menghentikan/mengakhiri kesuburan

Periode umur istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak. (Saifuddin, 2010: U8-U9)

## 3) Riwayat Menstruasi

### (a) Hormonal

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu dengan haid tidak teratur dan ada perdarahan abnormal dari uterus (Hartanto, 2004 : 169).

(b) Non-hormonal

Bagi ibu dengan riwayat dismenorhoe, jumlah darah haid yang banyak, perdarahan banyak di luar siklus haid yang tidak diketahui sebabnya, perdarahan bercak, dan keputihan tidak dianjurkan menggunakan IUD. Karena efek samping IUD adalah haid lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting), keputihan dan saat haid lebih sedikit (Saifuddin, 2010 :MK-73).

4) Riwayat Kesehatan yang Lalu dan Sekarang

(a) Hormonal

Penggunaan alat kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu dengan/pernah mengalami ca/keganasan, penyakit jantung, hati, tekanan darah tinggi, DM dan paru-paru berat. (Hartanto, 2004 :169).

(b) Non-hormonal

Pada riwayat kesehatan yang lalu jika ibu akan melakukan pemasangan IUD perlu dikaji riwayat penyakit tertentu yang termasuk kontraindikasi IUD, seperti : infeksi pelvis, kelainan darah/pembekuan darah, AIDS, DM dan pengobatan kortikosteroid, penyakit katub jantung, adanya keganasan/tumor alat kelamin, endometritis, myoma uteri

dan polips endometrium, infeksi vagina, riwayat operasi pelvis, alergi terhadap logam tembaga (Hartanto, 2004 : 208). Untuk menilai apakah klien bisa menggunakan kontrasepsi, maka tanyakan kepada klien hal-hal di bawah ini, bila semua jawaban klien adalah TIDAK, maka klien bisa memakai metode yang diinginknya (Saifuddin, 2010).

**Tabel. 2.5**

**Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Hormonal**

<b>Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)</b>	<b>Tidak</b>	<b>Ya</b>
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami perdarahan/bercak di antara haid dan setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan penglihatan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (oedema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		

Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		

Sumber : Saifuddin, 2010

- b. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
- c. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA), atau susuk.
- d. Tidak cocok untuk suntikan progesterin (DMPA).

**Tabel. 2.6**

**Daftar Tilik Penapisan Klien AKDR**

<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>	<b>Tidak</b>	<b>Ya</b>
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8		

hari)		
Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgesik dan atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vascular atau kongenital		

Sumber : Saifuddin, 2010

5) Riwayat KB

Dikaji sebelumnya ibu menggunakan alat kontrasepsi jenis apa, berapa lama, keluhan penggunaan kontrasepsi sebelumnya, alasan berhenti dan ingin menggunakan alat kontrasepsi jenis apa.

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

(a) Nutrisi

Hormonal : makan lebih banyak dari biasanya (Hanafi Hartanto, 2004 : 171)

Non hormonal : IUD tidak mempunyai efek hormonal (tidak mengurangi/meningkatkan nafsu makan) sehingga tidak mempengaruhi pola makan/minum (Saifuddin, 2010 : MK-73).

(b) Eliminasi

Wanita yang mengalami nyeri saat berkemih kemungkinan terjadi infeksi saluran kemih dan nyeri saat haid tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Hartono, 2010: 208).

(c) Personal hygiene

Ibu yang jarang membersihkan alat genetalia kemungkinan dapat menyebabkan infeksi pada daerah genetalia. Adanya infeksi pada daerah genetalia seperti sifilis, gonorrhea, dan ISK tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2009: U-30).

(d) Aktifitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat melakukan aktifitas karena keluhan dari efek samping hormonal (Sakit kepala, badan terasa berat dan lain-lain) (Hanafi Hartanto, 2004 : 169).

(e) Istirahat

Ibu yang sering mengalami gangguan tidur mual, pusing, sakit kepala tidak dapat menggunakan KB suntik kombinasi (Saifuddin, 2009: MK-34).

Hormonal : gangguan istirahat yang dialami disebabkan efek samping sakit kepala (Hanafi Hartanto, 2004 : 171).

(f) Seksual

Ibu dengan perdarahan bercak setelah senggama tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntik, dan susuk) tetapi bisa menggunakan alat

kontrasepsi non hormonal seperti AKDR dan kondom (Saifuddin, 2009:U-8).

Hormonal : Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina sehingga menurunkan libido (Saifuddin, 2010 : MK-42).

Non hormonal : IUD tidak mempengaruhi hubungan seksual, IUD meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil. Setelah pemasangan IUD, kontak seksual dapat dilakukan kembali setelah tidak ada perdarahan (Saifuddin, 2010 : MK-74).

(g) Keadaan Psikososial

(1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum (Saifuddin, 2009: MK-19).

(2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen esterogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2009: 599).

(3) Merokok dan mengonsumsi obat tertentu (epilepsy dan tuberculosis) dapat mempengaruhi penetapan pemilihan metode kontrasepsi (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).

**B. Data Obyektif**

1. Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan umum

(1) Baik

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

(2) Lemah

Klien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan klien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(3) Kesadaran

Menurut Ai Yeyeh Rukiyah (2018 : 138) yaitu: Composmentis (sadar penuh), Apatitis (perhatian berkurang), Somnolen (mudah tertidur walaupun sedang diajak berbicara), Spoor (dengan rangsangan kuat masih memberi respon gerakan), Soporocomatus (hanya tinggal reflek corena / sentuhan ujung kapas pada kornea akan menutup mata, Coma (tidak memberi respon sama sekali).

(4) Tekanan darah

Ibu yang memiliki tekanan diatas kisaran normal (tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg) harus ditindak lanjuti. Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan >140/90 mmHg (Saifuddin, 2010: MK-43).

(5) Suhu

Suhu tubuh yang tinggi dengan menandakan infeksi pada panggul atau saluran kemih tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Hartono, 2010: MK-51)

(6) Pernafasan

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

(7) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80 x/menit.

(8) Berat badan

Umunya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh dan adanya retensi cairan yang disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium (Hartono, 2009: 171). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan alat kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2009: MK-42, MK-50). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT)  $\geq 30$  kg/m merupakan batas maksimal dalam menggunakan alat kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2009: U-30).

2. Pemeriksaan Fisik

(1) Wajah

Timbulnya hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang sekali terjadi (Saifuddin, 2009 : MK-50). Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifuddin, 2009: MK-50).

## (2) Mata

Normalnya bentuk mata adalah simetris, konjungtiva merah muda, bila pucat maka menandakan anemia. Ibu dengan anemia tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2009: MK-75). Sclera normal berwarna putih, bila berwarna kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis. Sehingga ibu dengan riwayat hepatitis tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi alamiah (KBA) (Saifuddin, 2009: MK-9). Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi. Sehingga ibu dengan preeklamsi/eklamsi tidak cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi suntikan kombinasi dan pil kombinasi, tetapi cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi mini pil (Hartono, 2010).

## (3) Payudara

Tidak terdapat benjolan abnormal yang dicurigai adanya kanker payudara, tidak ada hiperpigmentasi areola mammae, yang dapat dicurigai kemungkinan kehamilan, payudara sedikit tegang dan membesar. Menderita kanker payudara atau riwayat

kanker payudara tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2010 : MK).

(4) Abdomen

Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2009: MK-58).

(5) Genetalia

Ibu yang mengalami haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, edema yang mengarah penyakit infeksi pada daerah genetalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2009 : MK-75)

(a) Inspeksi

Tidak ada fluor albus berlebihan/perdarahan pervaginam, tidak terdapat condiloma akuminata/malata, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini dan skene.

(b) Inspekulo

Tidak ada tanda erosi, lesi, tumor, tidak ada tanda kehamilan (tanda Chadwick).

(c) Bimanual

Tidak ada nyeri goyang serviks dan nyeri goyang adneksa, posisi uterus dan tanda-tanda kemungkinan hamil (tanda hegar dan tanda goodels serta tanda piskacek).

### (6) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai, ekstremitas bawah tidak tidak simetris tidak dapat menggunakan AKDR kemungkinan terdapat kelainan rahim (Saifuddin, 2009 : MK-77).

### 3. Pemeriksaan Penunjang

Pada kondisi tertentu, calon/akseptor KB harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan menegakkan adanya kehamilan, maupun efek samping atau komplikasi penggunaan kontrasepsi. Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada calon/akseptor KB yaitu pemeriksaan tes kehamilan, USG, radiologi untuk memastikan posisi IUD/implant, kadar haemoglobin, kadar gula darah, dan lain-lain.

#### **2.5.2 IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH**

**DX** : P..... Ab..... Usia ....tahun, dengan peserta KB (MAL/pil/kondom/suntik/implant/IUD), tidak ada kontraindikasi terhadap alat kontrasepsi, dengan keadaan baik.

**DS** : Ibu mengatakan jumlah anak hidupnya ....

Ibu mengatakan tidak pernah abortus

Ibu mengatakan umur anaknya yang terakhir ....

Ibu memilih alat kontrasepsi yang diinginkan

**DO** : TTV dan Pemeriksaan fisik normal

**Masalah :**

**Hormonal :**

a. Minipil

1. Kehamilan ektopik
2. Masalah mata (kehilangan penglihatan atau kabur), nyeri kepala hebat maka perlu dipikirkan terjadinya hipertensi atau masalah vaskuler (Saifuddin, 2010 : MK-52).

b. Implan (Saifuddin, 2010 : MK-58)

1. Infeksi pada daerah insersi
2. Ekspulsi
3. Sakit kepala

**Non hormonal :**

a. Perdarahan

b. Ekspulsi

c. Perforasi dinding uterus

### **2.5.3 IDENTIFIKASI MASALAH DAN DIAGNOSA POTENSIAL**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini terjadi (Muslihatun, 2013).

a. Anemia

b. Kegagalan kontrasepsi

#### **2.5.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

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

#### **2.5.5 INTERVENSI**

Diagnosa : P\_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ usia \_ \_ tahun, anak terkecil uaia \_ \_ tahun, dengan peserta KB (oral/MAL/kondom/suntik/IUD/implant), tidak ada kontraindikasi terhadap alat kontrasepsi, dengan keadaan baik.

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

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

Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria Hasil : Tekanan darah : <140/90 mmHg

Nadi : 60 – 80 kali/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Pernapasan : 16 – 24 kali/menit

Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan petugas.

Ibu memilih salah satu jenis KB.

Ibu terlihat tenang.

Intervensi :

1. Menyapa dan memberi salam kepada klien secara terbuka dan sopan  
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi tentang informasi dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan dan 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, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.  
R/ Membantu ibu memilih kontrasepsi yang dibutuhkan oleh ibu.
4. Tanya metode KB yang diinginkan  
R/ Memberi kesempatan kepada klien untuk memilih KB sesuai keinginan.
5. Bantu klien memilih metode KB yang sesuai

R/ Mengarahkan klien memilih KB yang efektif agar sesuai dengan tujuan utama atau kebutuhan klien.

6. Lakukan penapisan pada klien

R/ Penapisan yang tepat akan memberikan dampak positif dalam menentukan pilihan KB sesuai dengan kondisinya.

7. Berikan pelayanan KB sesuai dengan pilihan klien

R/ Pelayanan KB yang sesuai pilihan dapat memberikan ketenangan pada klien dan mengusahakan agar klien dapat memahami kondisi dan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB yang dipilih.

Sedangkan implementasi yang dapat dilakukan pada masing-masing alat kontrasepsi kepada calon/akseptor KB yaitu :

1. Alat kontrasepsi MAL (Saifuddin, 2009: U-51)

a. Anjurkan klien memberikan ASI-Eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.

R/ Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam pencernaannya.

b. Anjurkan klien agar tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi

R/ Ibu yang menyusui yang mensruasinya belum muncul kembali akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil (kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi).

2. Alat kontrasepsi Suntik Progestin (Siswishanto, 2009 :110)

a. Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien

b. Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya.

R/ Supaya ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut saifuddin (2009 : MK-47 – MK-48) efek samping yang bisa terjadi yaitu :

1) Amenorea

2) Perdarahan/perdarahan bercak (*spotting*).

3) Meningkatnya/menurunnya berat badan

c. Anjurkan klien untuk kembali 12 minggu lagi, berikan tanggal pastinya.

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

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

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

3. Alat kontrasepsi Pil Progestin (Siswishanto, 2009 :14-15)

a. Berikan kontrasepsi pil progestin pada klien

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

b. Berikan instruksi pada klien tentang bagaimana menggunakan kontrasepsi pil, efek samping dan penanganannya, masalah atau

komplikasi yang mengharuskan klien kembali ke klinik dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum pil.

R/ Supaya ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut Saifuddin (2009 : MK-53) efek samping dari kontrasepsi pil progestin, yaitu :

1) Amenorea

2) Perdarahan tidak teratur/ *spotting*

c. Yakinkan klien untuk kembali setiap saat apabila masih ada pertanyaan atau masalah.

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

#### 4. Alat kontrasepsi Implant (Siswishanto, 2009 :29-34)

a. Berikan konseling pra pemasangan implant.

1) Jelaskan kemungkinan efek samping kontrasepsi implant.

2) Jelaskan proses pemasangan implant dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.

3) Berikan *informed consent*.

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

b. Lakukan penapisan calon akseptor KB implant

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

c. Lakukan pemasangan implant.

d. Berikan konseling pasca pemasangan implant.

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

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut Saifuddin (2009: MK-58 – MK-59) efek samping penggunaan kontrasepsi implant, yaitu :

- 1) Amenorea
- 2) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan
- 3) Ekspulsi
- 4) Infeksi pada derah insersi
- 5) Berat badan naik/turun.
- 6) Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol atau sewaktu-waktu ada keluhan.

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

f. Ingatkan kembali masa pemakaian implant.

R/ Ibu tidak lupa tanggal pencabutan implant.

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

R/ Ibu mendapatkan informasi sesuai kebutuhan.

h. Lakukan observasi selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

R/ Observasi terjadi ekspulsi atau tidak.

5. Alat kontrasepsi IUD (Siswishanto, 2009 :17-23)

a. Berikan konseling pra pemasangan IUD

- 1) Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping kontrasepsi IUD.

- 2) Jelaskan pada klien bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul.
- 3) Jelaskan proses pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.
- 4) Berikan *informed consent*

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

b. Lakukan penapisan calon akseptor KB IUD

R/ Memastikan ibu cocok dalam menggunakan KB IUD.

c. Lakukan pemasangan IUD

d. Berikan konseling pasca pemasangan IUD

- 1) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD dan kapan harus dilakukan.
- 2) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD. Menurut Saifuddin (2009 : MK-79) efek samping penggunaan kontrasepsi IUD, yaitu :

- a) Amenorea
  - b) Kejang
  - c) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur
  - d) Benang yang hilang
- e. Adanya pengeluaran cairan dari vagina/ dicurigai adanya PRP  
Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol.

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

f. Ingatkan kembali masa pemakaian IUD

R/ Ibu tidak lupa dengan tanggal pencabutan IUD.

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

R/ Untuk meminimalkan terjadinya risiko.

h. Lakukan observasi selama 15 menit sebelum membolehkan klien pulang

R/ Observasi apakah terjadi perdarahan yang disebabkan oleh perforasi.

## **MASALAH**

### **Hormonal**

1. Gangguan rasa nyaman sehubungan dengan pengeluaran lendir yang berlebih

Intervensi :

a. Menjelaskan faktor penyebab keputihan

R/ Ibu mengerti bahwa keputihan merupakan efek samping dari kontrasepsi KB hormonal.

b. Menjelaskan jenis-jenis keputihan pada klien

R/ Klien akan mengerti dan dapat membedakan secara sederhana jenis keputihan yang dialaminya.

c. Mengajarkan menjaga kebersihan terutama genitalia

R/ Genetalia yang lembab merupakan tempat yang baik untuk perkembangan kuman.

- d. Anjurkan klien untuk menghubungi tenaga kesehatan bila keputihan berwarna, kental, berbau, bau, cairan kuning seperti nanah, nyeri dan panas

R/ Membantu klien mendeteksi dini kelainan

- e. Anjurkan klien untuk ganti alat kontrasepsi bila dalam perawatan dan terapi keluhan tidak berkurang

R/ Mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Gangguan rasa nyaman, pusing, sehubungan dengan pengaruh hormonal alat kontrasepsi.

Intervensi :

- a. Kaji lebih lanjut tentang keluhan pasien (kapan, dimana, frekuensi dan densitasnya)

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

- b. Lakukan konseling dengan memberi penjelasan pada akseptor bahwa rasa pusing tersebut efek samping dari penggunaan KB hormonal.

R/ Akseptor mengerti bahwa salah satu efek samping KB hormonal adalah gangguan rasa nyaman (pusing).

- c. Anjurkan teknik distraksi dan relaksasi bila rasa pusing timbul

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

d. Anjurkan pada ibu untuk segera periksa ke petugas kesehatan bila ada rasa pusing bertambah berat

R/ Deteksi dini adanya penyakit lain atau penyerta akibat pengaruh hormonal.

e. Bila dalam perawatan dan sesudah terapi keluhan tidak berkurang maka anjurkan ibu untuk berganti metode kontrasepsi.

R/ Untuk menghindari komplikasi lebih lanjut, tetapi tetap mengusahakan agar ibu tidak hamil dengan alat kontrasepsi lain.

3. Gangguan rasa percaya diri sehubungan dengan naik turunnya BB, jerawat, flek-flek

Intervensi :

a. Berikan penjelasan ulang kepada klien tentang perubahan naik turunnya BB, timbulnya jerawat dan flek-flek dimuka yang dialami klien merupakan efek kontrasepsi hormonal.

R/ Klien mengingat kembali penjelasan yang pernah diberikan petugas sehingga memudahkan untuk lebih berkerjasama dengan petugas.

b. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi nutrisi secara seimbang dan tidak berlebihan posisinya

R/ Nutrisi yang seimbang dan dalam posisi yang tidak berlebihan akan menjaga BB ibu tetap stabil, dan menghindari banyaknya jerawat.

c. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan muka

R/ Wajah ibu bersih dan menghindari banyaknya jerawat yang muncul.

d. Libatkan pasangan dalam memberikan penjelasan mengenai keadaan klien

R/ Dukungan suami/anggota keluarga akan lebih meningkatkan percaya diri klien

e. Anjurkan klien untuk beraktivitas ringan/senam secara teratur (olahraga ringan)

R/ Aktivitas/olahraga ringan akan menjaga BB klien tetap stabil

f. Perkenalkan jenis alat kontrasepsi lain pada klien jika klien merasa tidak puas karena perubahan BB yang terlalu drastis (lebih dari 5 kg pada tahun pertama)

R/ Klien akan lebih leluasa untuk menentukan jenis alat kontrasepsi yang sesuai.

#### 4. Gangguan pola haid sehubungan dengan amenorea

Intervensi :

a. Jelaskan kembali bahwa amenorea termasuk salah satu efek samping alat kontrasepsi KB hormonal

R/ Klien akan mengerti dan akan memudahkan kerjasama dengan tenaga kesehatan untuk tindakan selanjutnya.

b. Jelaskan keuntungan amenorea tersebut pada klien, yaitu mengurangi resiko anemia pada klien

R/ Sewaktu haid ibu akan mengeluarkan darah  $\pm$  50 cc, sedangkan pada alat kontrasepsi KB hormonal, hal ini tidak terjadi sehingga mengurangi resiko anemia.

c. Jelaskan keuntungan amenorea yang lain secara non medis yaitu lebih ekonomis, bagi klien beragama Islam : tidak ada halangan untuk beribadah, klien merasa lebih nyaman, hubungan dengan suami lebih harmonis.

R/ Ibu tidak perlu membeli pembalut wanita tiap bulan karena tidak mengalami haid. Dalam agama Islam haid merupakan halangan untuk melakukan ibadah. Bila haid maka ibu akan merasa lembab dan kotor sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Bila istri sedang haid maka hubungan seks tidak dapat dilakukan, sehingga dengan adanya amenorea pasangan tersebut akan lebih leluasa untuk berhubungan seksual.

### **Non-Hormonal**

#### **1. Perdarahan banyak dan lama**

Intervensi :

a. Jelaskan kembali bahwa perdarahan termasuk salah satu efek samping alat kontrasepsi IUD

R/ Klien akan mengerti dan akan memudahkan kerjasama dengan tenaga kesehatan untuk tindakan selanjutnya.

b. Anjurkan klien untuk periksa apabila terjadi perdarahan lebih lanjut

R/ Deteksi dini tanda bahaya/komplikasi dari penggunaan kb IUD.

### **2.5.6 IMPLEMENTASI**

Implementasi mengacu pada intervensi.

### **2.5.7 EVALUASI**

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

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

