

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

Asuhan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana (KB) yang bertujuan untuk memberikan pelayanan berkualitas untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan anak.

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil beserta janin yang dikandungnya. Pelayanan antenatal yang dilakukan secara teratur dan komprehensif dapat mendeteksi secara dini kelainan dan risiko yang mungkin timbul selama kehamilan, sehingga kelainan dan risiko tersebut dapat diatasi dengan cepat dan tepat dengan kunjungan ANC minimal 4 kali selama kehamilan. Dengan satu kali pada TM I, satu kali pada TM II, dua kali pada TM III (Prasetyawati A, 2012:66).

Pelayanan antenatal yang berkualitas dan sesuai standar terdiri dari:

- 1) Timbang berat badan
- 2) Ukur lingkar lengan atas (LILA)
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Ukur tinggi fundus uteri
- 5) Hitung denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Tentukan presentasi janin, Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- 7) Beri tablet tambah darah

- 8) Periksa Laboratorium rutin/khusus
- 9) Tatalaksana/ penanganan kasus
- 10) KIE Efektif (Kemenkes RI)

Sedangkan pelayanan pada ibu bersalin yaitu dengan pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan profesional, fasilitas kesehatan yang memenuhi standar dan penanganan persalinan sesuai standar asuhan kebidanan (60 langkah APN). Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat adalah dokter spesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan. Pada kenyataan dilapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan, dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan memberikan asuhan intranatal yang tepat dan sesuai dengan standar, diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Asuhan persalinan ini bertujuan untuk menjaga kelangsungan dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui upaya yang terintegritas dan lengkap tetapi dengan intervensi, sehingga setiap intervensi yang akan di aplikasikan dalam asuhan persalinan normal mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan. Asuhan persalinan memegang kendali penting pada ibu karena dapat membantu ibu dalam mempermudah proses persalinannya, membuat ibu lebih yakin untuk menjalani hal tersebut serta untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi dan ketidaknormalan dalam proses persalinan.

Pada masa nifas yaitu pelayanan pada ibu nifas sesuai standart sekurang-kurangnya 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan yaitu kunjungan nifas pada 6-8 jam pasca salin, kunjungan nifas pada hari ke 6 pasca persalinan, kunjungan nifas pada

hari ke 14 pasca salin dan kunjungan nifas pada minggu ke 6 pasca salin, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Sarwono, 2010:23-24).

Neonatus merupakan masa kehidupan pertama diluar rahim sampai dengan usia 28 hari. Dalam masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan yang awalnya di dalam rahim serba bergantung pada ibu menjadi di luar rahim yang harus hidup secara mandiri. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi yang berusia kurang dari satu bulan memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi, berbagai masalah kesehatan dapat muncul sehingga tanpa adanya penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Kunjungan neonatus lengkap sebaiknya diberikan kepada setiap bayi baru lahir yang meliputi KN 1, KN 2, KN 3, yang dilakukan pada saat bayi berumur 6-48 jam, 3-7 hari dan 8- 28 hari. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda/MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir).

2.2 KONSEP MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN TRIMESTER III

2.2.1 Pengkajian Data

a. Data Subjektif

1) Identitas Klien

a. Nama suami/istri

Memudahkan mengenali ibu dan suami serta mencegah terjadinya kekeliruan. (Hani, Ummi, 2010)

b. Umur

Ditanyakan untuk mengetahui pengaruh atau resiko umur terhadap permasalahan kesehatan klien. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 35 tahun. (Sulistyawati, 2011)

c. Agama

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

d. Pekerjaan

Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan klien. Dengan mengetahui pekerjaan klien, dapat mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonominya agar nasehat yang diberikan sesuai.

e. Pendidikan

Untuk mengetahui latar belakang tingkat pendidikan, pengetahuan dan untuk memudahkan pemberian asuhan. (Sulistiyawati, 2011)

f. Alamat

Dengan diketahuinya alamat dapat mengetahui tempat tinggal klien dan mengetahui keadaan lingkungannya. Dengan tujuan lain untuk memudahkan menghubungi keluarga dan mempermudah hubungan apabila ada hal mendesak.

2) Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui hal yang mendorong klien datang untuk memeriksakan kehamilannya. Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III adalah peningkatan frekuensi berkemih, sakit punggung, atas dan bawah, hiperventilasi dan sesak nafas, oedem dependen, kram tungkai, konstipasi, kesemutan dan baal pada jari, insomnia (Romauli, 2011).

3) Riwayat Menstruasi

Data yang dikumpulkan mencakup siklus haid, lamanya, HPHT, dan keluhan (Hani, Ummi, 2011).

4) Riwayat perkawinan

Perlu ditanyakan untuk mengetahui pengaruh riwayat perkawinan terhadap permasalahan kesehatan klien. Hal-hal yang perlu ditanyakan kepada pasien/klien mengenai riwayat perkawinannya adalah :

a. Banyak pernikahan :kali

b. Usia pernikahan : tahun

c. Status pernikahan : (sah/tidak)

d. Lama pernikahan :(tahun/bulan)

5) Riwayat Kesehatan

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

(1) anemia (kurang darah) : bahaya jika HB <6 gr% yaitu kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur, persalinan lama, dan perdarahan postpartum

(2) TBC paru : janin akan tertular setelah lahir. Bila TBC berat akan menurunkan kondisi ibu hamil, tenaga, bahkan ASI juga berkurang. Dapat terjadi abortus, bayi lahir prematur, persalinan lama, dan perdarahan postpartum

(3) Diabetes Melitus : bahayanya yaitu dapat terjadi persalinan prematur, hydramnion, kelainan bawaan, BBL besar, kematian janin dalam kandungan.

(4) Jantung : bahayanya yaitu bertambahnya payah jantung, kelahiran prematur/lahir mati.

(5) HIV/AIDS : bahayanya pada bayi dapat terjadi

penularan melalui ASI dan ibu mudah terinfeksi.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga pasien paling penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit yang genetik yang dapat mempengaruhi kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011).

Contoh penyakit keluarga yang perlu ditanyakan kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, TBC, epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik (Hani, 2010).

7) Riwayat KB

Ditanyakan metode KB yang pernah digunakan klien sebelumnya, berapa lama pemakaiannya, apakah ada keluhan, alasan berhenti memakai KB. Rencana metode KB yang akan digunakan mendatang (Romauli, 2011)

8) Riwayat Obstetrik yang Lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenal masa kehamilan, persalinan, nifasnya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas di kaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali

ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini. (Erina, 2018).

9) Riwayat Kehamilan Sekarang

Trimester I : ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang di dapat

Trimester II : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu)

Trimester III : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang di konsumsi, serta KIE yang didapat.

10) Pola kebutuhan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari menurut Marmi (2014), meliputi:

a. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi. Kebutuhan kalori pada trimester III meningkat menjadi 300 kkal/hari.

b. Eliminasi

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

c. Pola aktivitas

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

d. Istirahat

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

e. *Personal hygiene*

Kebersihan badan ibu hamil harus dijaga karena ibu cenderung mengeluarkan banyak keringat. Maka dari itu dianjurkan pada ibu untuk mandi minimal 2 kali/hari, menjaga kebersihan alat genitalia, pakaian dalam, menjaga kebersihan payudara.

f. Pola seksual

Pada trimester III ibu hamil boleh melakukan hubungan seksual bila tidak terdapat indikasi. Ibu hamil harus berhati-hati dan tidak boleh terlalu sering dalam melakukan hubungan seksual karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan prematur.

11) Riwayat Psikologi Sosial Budaya

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, misal wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa hamil, sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu

Untuk mengetahui pasien dan keluarga mengenai adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa hamil, misalnya pada kebiasaan pantangan makanan.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik/ tidak, cemas/tidak, untuk mengetahui keadaan umum pasien secara keseluruhan

b. Kesadaran : Composmentis/ somnolens/ koma/ apatis

c. Pengukuran tanda-tanda vital

Tekanan darah : tekanan darah dikatakan tinggi bila ia lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan diastolic 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi preeklamsi dan eklamsi kalau tidak ditangani dengan tepat (Romaulli, 2011:173).

Suhu : suhu tubuh normal adalah 36 – 37,5 °C.

Nadi : Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut permenit dengan rentang normal 60-100 denyut permenit. Namun selama kehamilan

nadi akan meningkat 15-20 per menit.

Respirasi : untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16 – 24 kali/ menit (Romaulli, 2011:173).

2) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi badan : ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. Jika kurang dari 145 cm kemungkinan panggul sempit (Romaulli,2011: 172-173)

Berat badan sekarang : Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Peningkatan BB ibu hamil secara normal ikut bergantung pada IMT nya sebelum hamil. BB pada ibu sebelum hamil adalah 18,5-25 kg. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan adalah 11,5-16 kg. bila sebelum hamil berat badan dengan IMT kurang di bawah 18,5, maka penambahan berat badan selama kehamilan diusahakan jangan bertambah lebih dari 11,5-16 kg. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai 16,50 kg (Romaulli, 2011).

Berat badan sebelum hamil: Sebagai pacuan ukuran kenaikan yang dialami ibu selama hamil.

IMT : Untuk mengetahui status gizi ibu hamil yang didapatkan dari perbandingan berat dan tinggi badan

Lila : Untuk mengetahui lingkaran lengan atas klien apakah kurang dari 23,5 cm atau tidak.

TP : Tafsiran Persalinan

3) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Muka : muka bengkak/oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau tidak. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011)

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

Mulut : Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis. (Erina, 2018: 102)

Gigi : Adanya karies atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum, adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romaulli, 2011:174).

Leher : Normal tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Pembesaran Vena jugularis menandakan adanya kelainan jantung (Romaulli,2011:174).

Payudara : Mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara. Memeriksa bentuk, ukuran simetris atau tidak. Putting susu pada payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam (Romaulli, 2011)

Abdomen : pembesaran perut yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu di curigai adanya kelainan seperti kehamilan mola atau bayi kembar. Adakah bekas operasi yang perlu identifikasi lanjut tentang cara persalinan (Romaulli, 2011:174).

Genetalia : normal tidak terdapat varises pada vulva dan

vagina, tidak ada condyloma akuminata (Romauli, 2011:175). Pada genetalia lihat adanya luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau)

Ekstremitas :

- Atas : adakah oedem, adakah varises, adakah kelainan lain pada ekstremitas atas (-/-)

- Bawah : adakah varices, adakah oedema, adakah kelainan lain pada ekstremitas atas (-/-)

b. Palpasi

Leher : Adanya pembesaran kelenjar tyroid yang menandakan ibu kekurangan iodium sehingga dapat menyebabkan terjadinya Kretinisme pada bayi. Pembesaran kelenjar limfe dan ada tidaknya bendungan vena jugularis yang mendakan kelainan jantung (Romauli, 2011:175).

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

Abdomen :

(1) Leopold I : Leopold I bertujuan untuk menentukan usia

kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri kususnya pada trimester III sebagai berikut:

Tabel 1.1. TFU terhadap usia kehamilan.

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

Sumber : Sulistyawati, 2014

(2) Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal

(3) Leopold III :Leopold III bertujuan untuk menentukan

bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.

(4) Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

Auskultasi

DJJ : terdengar DJJ/ tidak, teratur/ tidak, frekuensi normal 120-160 kali/menit,

c. Perkusi

Refleks patella +/- : Keadaan normal apabila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila refleks patella negatif, kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1.

4) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Dilakukan sebanyak tiga kali pada trimester pertama, trimester kedua dan trimester ketiga

Tabel 2.2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tes Lab	Nilai Normal	Nilai Tidak Normal	Diagnosis Masalah Terkait
Hemoglobin	11,0-14,0	<11,0	Anemia
Protein urine	Bening/negatif	Keruh, terdapat butiran, terdapat endapan, menggumpal	Protein urin
Glukosa dalam urin	Warna hijau/biru	Kuning, orange, merah bata	Diabetes
VDRL/RPR	Negatif	Positif	Syphilis
Faktor rhesus	Rh +	Rh -	Rh sensitization
Golongan Darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV	-	+	AIDS

Rubella	Negatif	Positif	Anomali pada janin jika ibu terinfeksi
---------	---------	---------	--

Sumber WHO dalam buku Romauli, 2011.

2.2.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_P_____ Ab____ Uk ... minggu, Tunggal/Ganda, Hidup/Mati,

Intrauterine/Ekstraurine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal

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

Ibu mengatakan HPHT

Objektif : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60 – 100x/menit

Respiration Rate : 16 – 20x/menit

Suhu : 35,6⁰C – 37,6⁰C

Tinggi Badan : ... cm

Berat Badan : ... kg

Tafsiran Persalinan : ...

LILA : ... cm

Palpasi Abdomen

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

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

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

terendah, sudah masuk PAP atau belum.

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

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit

Masalah :

a. Peningkatan frekuensi berkemih

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

Objektif : Kandung kemih teraba penuh

b. Sakit punggung atas dan bawah

Subjektif : Ibu mengatakan punggung atas dan bawah terasa nyeri.

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

c. Hiperventilasi dan sesak nafas

Subjektif : Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur.

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

d. Edema dependen

Subjektif : Ibu mengatakan kakinya bengkak

Objektif : Tampak oedem pada ekstremitas bawah +/+

e. Nyeri ulu hati

Subjektif : Ibu mengatakan pada ulu hati terasa nyeri.

Objektif : Ibu terasa nyeri saat dilakukan palpasi abdomen

f. Kram tungkai

Subjektif : Ibu mengatakan kram pada kaki bagian bawah

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

g. Konstipasi

Subjektif : Ibu mengatakan sulit BAB

Objektif : Pada palpasi teraba skibala

h. Kesemutan pada baal pada jari

Subjektif : Ibu mengatakan paa jari – jari terasa kesemutan

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

2.2.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah 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 benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Berikut adalah beberapa diagnose potensial yang mungkin ditemukan pada pasien selama kehamilan :

a. Perdarahan pervaginam

b. IUFD

c. Ketuban Pecah Dini

2.2.4 Identifikasi Tindakan Segera

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhna dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan.

2.2.5 Intervensi

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

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan dan perslainan berjalan normal tanpa komplikais

KH : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60 – 100x/menit

Respiration Rate : 16 – 20x/menit

Suhu : 35,6⁰C – 37,6⁰C

DJJ : Normal (120 – 160 x/menit)

Intervensi :

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

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.

- 2) Berikan KIE tentang tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III dan cara mengatasinya.

R/ Adanya proses positif dari ibu terhadap perubahan – perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu waktu ibu mengalami, ibu sudah tahu bagaimana cara mengatasinya.

- 3) Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang.

R/ Kebutuhan metabolisme janin dan ibu membutuhkan perubahan besar terhadap kebutuhan konsumsi nutrisi selama kehamilan dan memerlukan pemantauan ketat.

- 4) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R/istirahat merupakan keadaan rileks tanpa adanya tekanan emosional, bukan hanya dalam keadaan tidak beraktivitas tetapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada trimester III seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat dan nyeri abdomen yang akut.

R/ Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini.

- 6) Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang berhubungan dengan hal – hal berikut : tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat – surat yang dibutuhkan

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

7) Beritahu ibu untuk periksa kehamilan secara teratur

R/pemeriksaan kehamilan secara teratur untuk mengetahui perkembangan kehamilan dan mendeteksi komplikasi secara dini.

Intervensi berdasarkan masalah :

a) Sakit punggung atas dan bawah

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan rasa nyeri

Kriteria hasil : Nyeri pinggang ibu berkurang, ibu tidak kesakitan

Intervensi

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

R/ Membantu meredakan sakit akibat ketegangan otot

2) Ajarkan ibu dengan latihan fisik

R/ Posisi jongkok membantu meredakan sakit punggung.

Berjongkoklaj, turunkan bokong ke bawah arah lantai. Tahan berat badan merata pada kedua tumit dan jari kaki untuk mendapatkan kestabilan dan kelengkungan yang lebih besar dari bagian bawah punggung. Atau berjongkok dengan berpegangan pasangan atau benda lain.

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

R/ Sepatu bertumit tinggi yang tidak stabil dapat meningkatkan masalah lordosis.

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

R/ Untuk menghindari ketegangan otot sehingga rasa nyeri berkurang

b) Hiperventilasi dan sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak napas

Kriteria hasil : Ibu merasa nyaman dan tidak mengganggu kegiatan ibu

1. Respiration Rate : Normal (16 – 24 x/menit)
2. Aktivitas ibu sehari – hari tidak terganggu
3. Sesak napas berkurang

Intervensi

- 1) Menjelaskan dasar fisiologis penyebab terjadinya sesak nafas.

R/ Diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas

- 2) Ajarkan wanita cara meredakan sesak napas dengan pertahankan postur tubuh setengah duduk

R/ menyediakan ruangan yang lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru

c) Edema dependen

Tujuan : Ibu mengerti penyebab dan cara mengatasi oedem

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

Intervensi

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

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

2) Anjarkan ibu untuk memakai penopang (penyokong atau korset abdomen maternal).

R/ Penggunaan penopang perut dapat mengurangi tekanan pada ekstremitas bawah (melonggarkan tekanan pada vena – vena panggul) sehingga aliran darah balik menjadi lancar.

d) Nyeri ulu hati

Tujuan : Ibu mengerti cara untuk mengurangi nyeri ulu hati

Kriteria hasil : Ibu tidak mengeluh adanya nyeri ulu hat dan nyeri ulu hati berkurang

Intervensi

1) Makan dalam porsi kecil tapi sering.

R/ Menghindari lambung jadi penuh

2) 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

3) Hindari makanan berlemak

R/ Lemak mengurangi motiltas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan

4) Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan

R/ Mencegah adanya gangguan pencernaan

e) Kram tungkai

Tujuan : Ibu mengerti dan paham tentang penyebab kram pada kehamilan fisiologis, ibu dapat beradaptasi dan mengatasi kram yang terjadi

Kriteria hasil : Ibu tidak mengeluh adanya kram pada kaki dan nyeri kram berkurang

Intervensi

1) Ajarkan ibu cara meredakan kram pada tungkai kaki.

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

2) Lakukan masase dan kompres hangat pada otot kram, dorsofleksi kaki sampai spasme hilang.

R/ Terapi untuk mengurangi rasa kram pada kaki.

3) Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung kalsium dan pospor.

R/ Memenuhi kebutuhan kalsium dan fosfor untuk tulang.

f) Konstipasi

Tujuan : Ibu dapat mengerti penyebab konstipasi yang dialami

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

Intervensi

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

R/ Air merupakan sebuah pelarut penting yang dibutuhkan untuk

pencernaan, transportasi nutrien ke sel dan pembuangan sampah tubuh.

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

R/ Kegiatan – kegiatan tersebut memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

- 3) Anjurkan ibu untuk makanan yang mengandung banyak serat.

R/ Makanan tinggi serat membantu melancarkan buang air besar.

g) Kesemutan pada baal pada jari

Tujuan : Ibu mengerti penyebab kesemutan dan baal pada jari

Kriteria hasil : Kesemutan dan baal pada jari berkurang

Intervensi

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

R/ Membesar dan bertambah berat pada uterus menyebabkan ibu hamil mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepala antefleksi sebagai upaya menyeimbangan berat bagian depannya dan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan lengan yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari – jari.

- 2) Anjurkan ibu untuk berbaring

R/ Membantu melancarkan peredaran darah pada kaki sehingga kesemutan dan baal pada jari berkurang.

2.2.6 Implementasi

Pada langkah ini melakukan aplikasi atau tindakan asuhan langsung kepada klien dan keluarga secara efisien dan aman. Pada langkah ke 6 ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah dibuat pada intervensi secara efisien dan aman.

2.2.7 Evaluasi

Pada langkah ini keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah.

Catatan Perkembangan Kunjungan ANC II

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

A. Data Subyektif :

1) Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui hal yang mendorong klien datang untuk memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui keluhan utama tersebut pertanyaan yang diajukan mengenai apa yang ibu rasakan, sejak kapan, berapa lama, apakah mengganggu kegiatan sehari-hari.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis, somnolens, koma, apatis

c. Pengukuran tanda tanda vital

Tekanan darah : 90/60-130/90 mmHg

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Nadi : 60-100 x/menit

Respirasi : 16-20 kali per menit

2) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan sekarang : Untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu

3) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Muka : muka bengkak/oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau tida. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011)

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

b. Palpasi

Abdomen :

(1) Leopold I : Leopold I bertujuan untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus

(2) Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal

(3) Leopold III : Leopold III bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.

(4) Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah

janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

c. Auskultasi

DJJ : terdengar DJJ/ tidak, teratur/ tidak, frekuensi normal 120-160 kali/menit.

C. Assesment

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

D. Planning

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

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2009:195)

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

R/ Adanya proses positif dari ibu terhadap perubahan – perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu waktu ibu mengalami, ibu sudah tahu bagaimana cara mengatasinya.

3. Jelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada trimester III seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat dan nyeri abdomen yang akut.

R/ Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini.

4. Ajarkan dan anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil

R/ Dengan melakukan senam hamil dapat melatih kekuatan otot dan memperlancar peredaran darah

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

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

Catatan Perkembangan Kunjungan ANC III

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

A. Data Subyektif

1. Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui hal yang mendorong klien datang untuk memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui keluhan utama tersebut pertanyaan yang diajukan mengenai apa yang ibu rasakan, sejak kapan, berapa lama, apakah mengganggu kegiatan sehari-hari.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis, somnolens, koma, apatis

c. Pengukuran tanda tanda vital

Tekanan darah : 90/60-130/90 mmHg

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Nadi : 60-100 x/menit

Respirasi : 16-20 kali per menit

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan sekarang : Untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu

3. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Muka : muka bengkak/oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau tida. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011)

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

b. Palpasi

Abdomen :

(1) Leopold I : Leopold I bertujuan untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus

(2) Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal

(3) Leopold III : Leopold III bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.

(4) Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah

janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

c. Auskultasi

DJJ : terdengar DJJ/ tidak, teratur/ tidak, frekuensi normal
120-160 kali/menit,

C. Assesment

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

D. Planning

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

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2009:195)

2. Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang berhubungan dengan hal – hal berikut : tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat – surat yang dibutuhkan

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

3. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang.

R/ Kebutuhan metabolisme janin dan ibu membutuhkan perubahan besar terhadap kebutuhan konsumsi nutrisi selama kehamilan dan memerlukan pemantauan ketat (Manurung, dkk, 2011:175)

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

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

Catatan Perkembangan Kehamilan-IV

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

A. Data Subektif

1. Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui hal yang mendorong klien datang untuk memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui keluhan utama tersebut pertanyaan yang diajukan mengenai apa yang ibu rasakan, sejak kapan, berapa lama, apakah mengganggu kegiatan sehari-hari.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis, somnolens, koma, apatis

c. Pengukuran tanda tanda vital

Tekanan darah : 90/60-130/90 mmHg

Suhu : 36,5°C-37,5°C

Nadi : 60-100 x/menit

Respirasi : 16-20 kali per menit

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan sekarang : Untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu

3. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Muka : muka bengkak/oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau tida. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011)

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

b. Palpasi

Abdomen :

(1) Leopold I : Leopold I bertujuan untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus

(2) Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal

(3) Leopold III : Leopold III bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.

(4) Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah

janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

c. Auskultasi

DJJ : terdengar DJJ/ tidak, teratur/ tidak, frekuensi normal
120-160 kali/menit,

C. Assesment

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

D. Planning

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

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2009:195)

2. Evaluasi pemahaman ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan

R/ Jika ibu memahami tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan diharapkan dapat membantu memperlancar proses persalinan

6. Ajarkan dan anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil

R/ Dengan melakukan senam hamil dapat melatih kekuatan otot dan memperlancar peredaran darah

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

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

2.3 KONSEP MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

2.3.1 Pengkajian Data

Tanggal :

Pukul :

Tempat :

a. Data Subjektif

1) Keluhan utama

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

2) Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari

a) Kebutuhan nutrisi

Data fokus yang perlu ditanyakan adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan serta minum, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

b) Kebutuhan eliminasi

Hal yang perlu dikaji adalah BAB dan BAK terakhir. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan selama persalinan, yang dapat mengganggu jika bersamaan dengan keluarnya kepala bayi.

c) Kebutuhan istirahat

Istirahat dapat mengurangi rasa sakit dan membantu mempercepat proses persalinan (Sondakh, 2013:116).

7) Riwayat psikososial dan budaya

a. Riwayat psikologi

Kesiapan keluarga dalam menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru. Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menenima kondisi dan perannya.

b. Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Apakah ibu mengkonsumsi rumput fatimah. Dikarenakan rumput fatimah yang beredar di masyarakat masih dalam bentuk aslinya, dikhawatirkan kadar senyawa kimia yang terkandung bisa berlebihan, sehingga kontraksi bisa terjadi kontraksi yang berlebih yang tak jarang berujung pada robeknya rahim atau terjadi perdarahan.

b. Data objektif

- 1) Keadaan umum : Baik/lemah
- 2) Kesadaran : composmentis/latergis/somnolen/koma
- 3) Tanda vital

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

a) Tekanan darah

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

b) Nadi

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

c) Suhu

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

d) Pernapasan

Frekuensi *pernafasan normal pada orang dewasa* adalah 12-20 kali per menit.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Muka : Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem yang merupakan tanda preeklamsi, pucat kemungkinan terjadi anemia, ekspresi ibu, hal ini merupakan gambaran kesakitan/ ketidaknyamanan yang dirasakan ibu (sulistyawati, 2013).

- b) Mata : Dikaji apakah konjungtiva pucat atau tidak, bila pucat menunjukkan terjadinya anemia yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu perdarahan, dikaji sklera putih atau kuning bila kuning menunjukkan adanya penyakit hepatitis. (Rohani 2011)
- c) Mulut : Bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi, bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia. (sulistyawati, 2013)
- d) Leher : Adakah pembesaran kelenjar limfe untuk menentukan ada tidaknya kelainan pada jantung. Adakah pembesaran kelenjar tiroid untuk menentukan pasien kekurangan yodium atau tidak. Adakah bendungan vena jugularis yang mengindikasikan kegagalan jantung.
- e) Payudara : Pemeriksaan payudara meliputi apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besa pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah rasa nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan (Sulistyawati, 2013).
- f) Abdomen :
- (1) Bekas Luka Operasi Caesar

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan yang dapat menimbulkan resiko saat persalinan. Jika ibu post SC dan melahirkan normal memiliki resiko terjadinya ruptur uteri, terbukanya sayatan SC sebelumnya dan perdarahan (Mutmainnah, 2017).

(2) Pemeriksaan Leopold

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

- a. Leopold I : Leopold I bertujuan untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus uteri.
- b. Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal
- c. Leopold III : Leopold III bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.
- d. Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak

bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

(2) Kontraksi Uterus

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

(3) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

g) Genetalia : Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, *hygiene* pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi : kebersihan, pengeluaran pervaginam (adanya pengeluaran lendir darah), tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam.

(1) Pemeriksaan dalam

Vulva dan vagina : penilaian adanya lendir darah, perdarahan dan cairan ketuban.

Pembukaan	: menentukan perubahan serviks, penipisan yang progresif telah terjadi sesuai dengan tahap dan fase persalinan.
Penipisan	: penipisan terjadi seiring dengan pembukaan serviks dan penurunan kepala janin.
Ketuban	: sebagai deteksi dini komplikasi apabila ketuban telah pecah, periksa warna, jumlah.
Denominator	: menentukan penunjuk presentasi bagian terendah janin yaitu oksiput atau sacrum.
Hodge	: menentukan tingkat penurunan kepala janin terhadap pelvis dan menunjukkan kemajuan.
Moulage	: sebagai indikator adaptasi janin terhadap panggul ibu. Tulang kepala saling tumpang tindih menunjukkan kemungkinan ada disproporsi tulang panggul (CPD).

2.3.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : G_P____ Ab ____ UK __ minggu Kala I fase laten/ aktif
persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik. (Sulistiyawati, 2013)

Ds : ibu mengeluh kenceng-kenceng serta mengeluarkan lendir darah
Sejak....pukul... kehamilan ke.....

DO :

Keadaan umum : baik/ cukup.

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 90/60 – 130/90 mmHg

Nadi : 60-90 x/menit

RR : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5-37,5 C

TB : >145cm

BB hamil : sesuai dengan IMT normal

LILA : >23,5 cm

Palpasi Abdomen

- Leopold I :TFU sesuai dengan usia kehamilan 37-42 mgg, bagian fundus teraba bokong .
- Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.
- Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah, sudah masuk PAP.
- Leopold IV : Sebagian besar/ sebagian kecil yang sudah masuk PAP.

His : 2-3 x 10' x 20-40''

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

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

Masalah :

Masalah yang dapat timbul seperti :

Kecemasan pada ibu

2.3.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan dari data subjektif dan objektif yang ditemukan. Berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin menurut Sulistyawati (2013) :

- (1) partus lama
- (2) insersia uteri
- (3) infeksi intrapatum

2.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati, 2013).

2.3.5 Intervensi

Dx : G_P____ Ab ____ UK __ minggu Kala I fase laten/
aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

- Kriteria : a. Keadaan umum ibu baik
- hasil b. TTV dalam batas normal
- TD : 100/60 – 130/menit
- Nadi : 60-90x/ menit
- RR : 16-24x/ menit
- Suhu : 36,5-37,5° C
- c. DJJ : 120-160x/ menit
- d. Kala I :
- 1) Pada Multigravida kala 1 berlangsung \pm 8 jam dan pada primigravida \pm 12 jam
 - 2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, \emptyset dan effacement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)
 - 3) Tidak terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distress, dan malpresentasi.
- e. Kala II :
- 1) Lama kala II berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. .
 - 2) Ibu meneran dengan efektif.
 - 3) Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan.

4) Tidak terjadi syok, dehidrasi, preeklamsia-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat, dan kelainan letak.

f. Kala III :

- 1) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.
- 2) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).
- 3) Jumlah perdarahan < 500 cc
- 4) Tidak terjadi atonia uteri, retensio plasenta, rupture uteri.

g. Kala IV

- 1) TTV ibu dalam batas normal.
- 2) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Uterus berkontraksi dengan baik.
- 4) Kandung kemih dalam keadaan kosong.
- 5) Perdarahan < 500 cc.
- 6) Tidak terjadi atonia uteri dan perdarahan post partum

Intervensi :

Intervensi:

- a. Berikan informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

R/ pengetahuan tentang hasil pemeriksaan dapat menurunkan rasa takut

akibat ketidaktahuan

- b. Persiapkan ruangan, kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial.

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

- c. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi

R/ kandung kemih yang distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

- d. Pantau kebutuhan cairan dan nutrisi pada klien

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

- e. Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

R/ memungkinkan klien untuk mendapatkan keuntungan maksimum dari istirahat, mencegah kelelahan otot dan dapat memperbaiki aliran darah uterus. Memberikan kesempatan untuk partisipasi aktif dan meningkatkan rasa kontrol (Doenges, 2001)

- f. Bantu klien mencari posisi yang nyaman

R/ Posisi yang nyaman saat persalinan dapat mengurangi ketegangan dan nyeri serta pada posisi tertentu dapat membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (sulistyawati, 2013).

g. Lakukan observasi 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/

1) Pemeriksaan DJJ

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

2) His

Penurunan hormone esterogen dan progesteron pada akhir kehamilan menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan hipofise posterior menimbulkan kontraksi (his) (Sondakh, 2013).

3) Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Apabila frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 kali denyutan per menit, maka hal tersebut dapat mengindikasikan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi (Rohani, 2013)

4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal adalah 36,5-37,5⁰C (Rohani, 2013)

5) Tekanan darah

Pada saat persalinan terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah. Tekanan darah akan meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan

diastole rata-rata 5-10 mmHg. Peningkatan tekanan darah melebihi batas normal merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok, ansietas atau nyeri (Rohani, 2013)

6) Pemeriksaan dalam

Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya *effacement* dan dilatasi serviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala kala 2) (Mutmainnah, 2017).

h. Pantau terhadap komplikasi atau penyulit

R/Deteksi dini terhadap penyulit dapat memberikan manfaat dan memastikan proses persalinan berjalan lancar sehingga berdampak baik bagi keselamatan ibu dan bayi.

i. Catat kemajuan persalinan

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

Intervensi berdasarkan masalah

1. Kecemasan ibu

Tujuan : ibu dapat melewati proses persalinan dengan tenang

Kriteria hasil : ibu dapat lebih tenang dan proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Karena kecemasan dapat mengakibatkan adanya hambatan pada persalinan

Intervensi :

- a) Memberikan dukungan emosional kepada ibu

R/ Dukungan emosional sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mempersiapkan diri baik fisik maupun mental dalam menghadapi persalinan sebagai salah satu proses yang alamiah

- b) Memberi semangat umpan balik untuk relaksasi dan menemani ibu hamil

R/ selama melahirkan, memberi tindakan untuk menciptakan rasa nyaman misalnya, menganjurkan tehnik relaksasi seperti, relaksasi otot progresif, relaksasi nafas dalam, dan visualisasi

2. Nyeri persalinan

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap nyeri yang dirasakan

Kriteria hasil : ibu dapat mengurangi rasa nyeri selama persalinan dan proses persalinan dapat berjalan dengan lancar.

Intervensi :

- a) Memberikan dukungan emosional kepada ibu

R/ Dukungan emosional sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mempersiapkan diri baik fisik maupun mental dalam menghadapi persalinan sebagai salah satu proses yang alamiah

- b) Memberikan terapi kompres hangat atau dingin di bawah punggung, pangkal, paha, perut, atau bawah bahu, selama persalinan

R/Efek panas dapat meredakan nyeri dengan meningkatkan relaksasi otot sedangkan efek dingin dapat meredakan nyeri dengan

memperlambat kecepatan konduksi saraf dan menghambat impuls saraf (Sjamsuhidajat, 2013).

c) Memberikan pijatan lembut di bagian punggung ibu

R/ Pijatan secara lembut akan membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan.

d) Ajarkan teknik pernafasan/relaksasi dan cara meneran dengan tepat

R/Dengan melakukan pola pernafasan yang teratur dan secara perlahan, maka dapat mengurangi denyut jantung, kecemasan, dan persepsi sakit.

2.3.6 Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

2.3.7 Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi asuhan kebidanan, keefektifan tindakan yang telah diberikan, apakah sudah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga.

2.3.6 Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan mulai dari kala I fase laten sampai berakhirnya kala IV dan janin serta BBL 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. Perencanaan yang dapat dilakukan pada manajemen kebidanan kala II hingga kala IV dalam persalinan.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

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

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

O :Tampak tekanan pada anus, perinium menonjol, dan vulva membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Pemeriksaan dalam menurut Sulistyawati (2012), yaitu:

- a. Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- b. Ketuban : sudah pecah (negatif).
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Penipisan : 100%
- e. Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) jam 13.00
- f. Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- g. Molage : 0
- h. Hodge IV

A : G_P___Ab___UK___minggu, T/H/I presentasi...inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

P :

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - a) Klien merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina

- c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinaan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir, untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
- a) Meletakkan kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perinium dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

- a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
- a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
 - b) Dukung dan beri beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .

- h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal .menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).
- 25) Melakukan penilaian (selintas) :
- a) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.

b) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).

26) Meringkakan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

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

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

29) Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin), dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir.

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.

31) Pematangan dan pengikatan tali pusat

a) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

- b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

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

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

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

A : P____Ab____ Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

P :

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

- (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
 - 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
 - 7) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

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

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

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

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

O : kontraksi uterus keras/lembek, kandung kemih penuh/kosong, TFU umumnya 2 jari di bawah pusat, perdarahan sedikit/banyak, TTV dalam batas normal/tidak, laserasi.

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

P :

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 3) Memastikan kandung kemih kosong
- 4) Mengajarkan ibu/ keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi
- 5) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah
- 6) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum baik

7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

- Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau relaksasi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
- Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS
- Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali
- Kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

8) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

9) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

10) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

11) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya

12) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

- 13) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 14) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan Pemeriksaan fisik bayi
- 16) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C)
- 17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 18) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 19) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 20) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Hari/tanggal :

Pukul :

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

O : 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Nadi : 120-160 x/menit

Pernapasan : 40-60 x/menit

Suhu : 36,5-37,5°C

Berat badan : Normalnya 2500-4000 gram

Panjang badan : Normalnya 48-52 cm

Lingkar kepala : Normalnya 33-35 cm

Lingkar dada : Normalnya 32-34 cm

LILA : Normalnya 9-11 cm

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrocefalus (Muslihatun, 2010). Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam, ubun-

ubun besar rata atau tidak menonjol. Ubun-ubun berdenyut karena belahan tulang tengkoraknya belum menyatu dan mengeras dengan sempurna (Marmi, 2015).

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

Mata : Sklera putih, periksa adanya perdarahan subkonjungtiva atau retina, periksa adanya strabismus.

Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cupinghidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan (Marmi, 2015).

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

Telinga : Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan telinga.

- Leher : Pergerakan harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher (Marmi, 2015).
- Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan.
- Abdomen : Periksa bentuk abdomen bayi. Apabila abdomen bayi cekung, kemungkinan terjadi hernia diafragmatika. Apabila abdomen bayi kembung, kemungkinan disebabkan oleh perforasi usus yang biasanya akibat ileus mekonium. Periksa adanya benjolan, distensi, gatroskisis, omfalokel.
- Tali pusat : Periksa kebersihan, tidak/adanya perdarahan, terbungkus kassa/tidak (Sondakh, 2013).
- k) Genetalia : Kelamin laki-laki: testis sudah turun dan berada dalam skrotum, orifisium uretra di ujung penis. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora. Memastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.

Anus : Terdapat atresia ani/tidak. Umumnya mekonium keluar pada 24 jam pertama,

Ekstremitas : Ekstremitas atas, bahu, dan lengan: periksa gerakan, bentuk, dan kesimetrisan ekstremitas atas. Periksa dengan teliti jumlah jari tangan bayi, apakah polidaktili (jari yang lebih), sindaktili (jari yang kurang), atau normal.

3) Pemeriksaan Down Score

Tabel 2.3 Penilaian Derajat Kegawatan Pernafasan pada Neonatus

	0	1	2
Respirasi	<60	60-80	>80
Retraksi dada	Tidak ada	Ringan	Berat
Sianosis	Tidak ada	Hilang dengan O ₂	Tetap walau diberi O ₂
Jalan udara masuk	Bilateral baik	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Grunting	Tidak ada	Terdengar dengan stetoskop	Terdengar langsung

Keterangan :

<4 : tidak ada gawat nafas

4-7 : gawat nafas

>7 : gagal nafas

4) Pemeriksaan Neurologis

- a) Refleks Moro/Terkejut : ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "C", diikuti dengan

abduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar (Sondakh, 2013).

- b) Refleks Palmar Grasp/Menggenggam : jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi (Sondakh, 2013).
- c) Refleks Rooting/Mencari : bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi (Hidayat, 2009). Jika disentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan puting maka bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulutnya, memasukkan puting dan menghisap.
- d) Refleks Sucking/Menghisap : terjadi ketika terdapat reflek menelan ketika menyentuh bibir (Hidayat, 2009).
- e) Refleks Plantar : jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi (Sondakh, 2013).
- f) Refleks Tonic Neck : yaitu ketika bayi diberi stimulasi *bayi dibaringkan telentang* maka refleksi yang ditunjukkan oleh bayi adalah *menolehkan kepalanya ke satu sisi, agak menengadahkan,*

membentangkan tangannya berlawanan arah dengan tubuhnya.

g) Refleks Palmar : jari bayi akan melekuk di sekeliling enda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi (Sondakh, 2013).

h) Refleks Babinski : jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintas bantalan kaki (Sondakh, 2013).

A : Bayi baru lahir normal, usia....jam

P :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi dalam keadaan normal.
- 2) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 3) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan Pemeriksaan fisik bayi
- 4) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C)

- 5) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 6) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 7) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 8) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.

2.4 KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN MASA NIFAS

2.4.1 Pengkajian

Tanggal :

Pukul :

Tempat :

a. Data Subjektif

1) Keluhan Utama : keluhan utama yang biasanya disampaikan oleh ibu nifas adalah

- a. Mules pada perut akibat involusi uterus
- b. Nyeri pada luka jahitan
- c. Nyeri dan bengkak pada payudara
- d. Ketakutan untuk BAB dan BAK karena adanya luka jahitan
- e. Ketakutan untuk mobilisasi karena adanya luka jahitan
- f. Gangguan pola tidur karena seringnya bangun pada malam hari untuk menyusui bayi
- g. Kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui bayi dengan benar
- h. Kecemasan terhadap bayinya
- i. Kurangnya pengetahuan untuk merawat bayi
- j. Kurangnya dukungan keluarga dalam merawat bayi

2) Pola Kebiasaan Sehari- hari

a) Pola Nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

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

c) Pola Aktifitas

Menggambarkan pola aktivitas sehari hari karena data ini akan memberikan gambaran seberapa berat aktivitas ibu yang dilakukan di rumah.

d) Pola Istirahat

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

e) Pola Personal Hygiene

Data ini perlu bidan gali karena hal tersebut akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. (Purwanti, 2012)

3) Data Psikososial

a. Data Psikososial

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

(1) Periode Taking In Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru melahirkan pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya, berikan dukungan mental dan menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu.

(2) Perode Taking Hold Periode ini berlangsung pada hari ke-2 sampai ke-4 post partum. Ibu berusaha bertanggung jawab

terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar.

(3) Periode Letting Go Terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap bayi. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

b. Data Objektif

Pemeriksaan Umum :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda-tanda Vital
 - Tekanan Darah : 90/60 – 120/80 mmHg.
 - Nadi : 60-80 kali/menit.
 - Pernapasan : 20-30 kali/menit
 - Nadi : 36,5 – 37,5 °C

4) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

- Muka : oedem atau tidak , pucat atau tidak.
- Mata : konjungtiva pucat atau merah muda, sclera kuning/putih.
- Mulut : bibir kering atau tidak, pucat atau tidak,

	terdapat karies gigi atau tidak
Leher	: ada atau tidak bendungan vena jugularis, ada atau tidak pembesaran kelenjar limfe, ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid.
Payudara	: pembesaran payudara, puting susu menonjol/mendatar, puting susu lecet/tidak, adakah pembengkakan dan peradangan (tanda mastitis), ASI sudah keluar/belum.
Abdomen	: tampak bekas operasi/tidak, adakah pembesaran abnormal.
Genetalia	: perlu dilakukan pemeriksaan untuk melihat pengeluaran lochia. Jika lochia tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau involusi yang kurang sempurna, selain itu perlu dikaji keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina (Widyasih, 2012 : 59).
	Pengeluaran lochea lancar dan normal
	Rubra : 1-3 hari <i>postpartum</i>
	Sanguinolenta : 3-7 hari <i>postpartum</i>
	Serosa : 7-14 hari <i>postpartum</i>
	Alba : >14 hari <i>postpartum</i>
Anus	: ada hemoroid/tidak ada.
Ekstremitas	: tidak oedem, tidak varises.

b. Palpasi

Leher	: ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, ada pembesaran vena jugularis atau tidak.
Payudara	: Ada rasa nyeri saat diraba/tidak, raba ada tidaknya pembengkakan, radang atau benjolan yang abnormal, ASI yang keluar atau belum (Vivian, 2014)
Perut	: kontraksi baik, TFU sesuai hari postpartum TFU sesuai masa involusi Plasenta lahir : 2 jari dibawah pusat 1 minggu : pertengahan pusat simpisis 2 minggu : tidak teraba 6 minggu : normal
Ekstremitas	: tanda homan (-/-), oedema (-/-)

2.4.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

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

Ds : Ibu melahirkan anaknya dengan persalinan normal, tanggal

Pada jam

Do : keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60 – 90 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Pernafasan : 16 – 24 x/menit

Abdomen : TFU sesuai hari *postpartum*

Plasenta lahir : 2 jari dibawah pusat

1 minggu : pertengahan pusat simpisis

2 minggu : tidak teraba

6 minggu : normal

Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.

Genetalia : Tampak pengeluaran lochea lancar, normal

Rubra : 1-3 hari *postpartum*

Sanguinolenta: 3-7 hari *postpartum*

Serosa : 7-14 hari *postpartum*

Alba : >14 hari *postpartum*

Tampak jahitan bekas robekan jalan lahir

Masalah :

- a) Nyeri perineum/nyeri episiotomy
- b) *After pain* atau kram pada abdomen
- c) Bendungan ASI
- d) Konstipasi
- e) Gangguan psikologi ibu nifas
- f) Kurang pengetahuan cara menyusui/meneteki

2.4.3 Identifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi

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

2.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini dilakukan tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien, yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan. Biasanya pada nifas normal tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter kandungan atau tim kesehatan lain (Marmi, 2015).

2.4.5 Intervensi

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

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi. Tidak terjadi komplikasi masa nifas.

Kriteria Hasil :

a) keadaan umum : baik

Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tensi : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60 – 100x/menit

Suhu : 36,2 – 37,5°C

RR : 16 – 24x/menit

- b) TFU sesuai masa involusi
 - Plasenta lahir : 2 jari dibawah pusat
 - 1 minggu : pertengahan pusat simpisis
 - 2 minggu : tidak teraba
 - 6 minggu : normal
- c) Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.
- d) Pengeluaran Lochea lancar dan normal
 - Rubra : 1-3 hari *postpartum*
 - Sanguinolenta : 3-7 hari *postpartum*
 - Serosa : 7-14 hari *postpartum*
 - Alba : >14 hari *postpartum*
- e) Tidak terjadi perdarahan *postpartum* (jumlah perdarahan <500 cc)
- f) Tidak terjadi gangguan dalam proses laktasi.
- g) Ibu bisa BAK dan BAB tanpa gangguan.
- h) Terjalin *Bonding Attachment* antara ibu dan bayi.

Intervensi :

1. Beri tahu ibu hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu
 - R/ Meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi, selain itu penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan kontrol terhadap situasi
2. Berikan informasi yang tepat tentang perawatan yang rutin selama periode post partum
 - R/ Memenuhi kebutuhan informasi, sehingga dapat mengurangi

ansietas yang berkenaan dengan rasa takut dan ketidaktahuan yang dapat memperberat persepsi nyeri.

3. Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda bahaya masa nifas

R/ Agar segera dikenali dan dilakukan tindakan.

4. Berikan informasi tentang perawatan payudara.

R/ Memenuhi kebutuhan perawatan payudara kepada ibu post partum yang diperlukan agar proses laktasi lancar dan tidak ada gangguan/kelainan payudara.

5. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini

R/ Ambulasi dini mengurangi thrombosis dan emboli paru selama masa nifas.

6. Beritahu ibu untuk istirahat yang cukup

R/ dengan tidur yang cukup dapat mencegah pengurangan produksi ASI, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya

7. Ingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB

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

8. Bantu ibu mengerti pentingnya menjaga kebersihan diri dan genetaliannya

R/ cara penting mencegah infeksi adalah dengan mempertahankan lingkungan atau keadaan yang bersih

9. Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin, Diet seimbang

R/ protein membantu penyembuhan dan regenerasi jaringan baru, zat besi membantu sintesis hemoglobin dan vitamin C memfasilitasi absorpsi besi dan diperlukan untuk sintesis hemoglobin. cairan dan nutrisi yang adekuat penting untuk kepulihan ibu pasca melahirkan

10. Memberikan informasi mengenai keuntungan menyusui dan perawatan puting dan payudara.

R/ membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membantu peran ibu menyusui.

11. Ajarkan ibu cara senam nifas

R/ senam nifas yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu, organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil, melancarkan perdarahan tubuh, serta memperkuat kekuatan otot.

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

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

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

R/ Melanjutkan kontak dengan profesional asuhan kesehatan untuk dukungan personal dan perawatan bayi.

Masalah

1) Nyeri pada luka jahitan perineum/episiotomy

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan nyeri pada luka jahitan/perineum.

Kriteria Hasil: Ibu tidak lagi tampak menahan nyeri saat bergerak, ibu dapat berjalan-jalan selama bertahap.

Intervensi :

- a) Motivasi ibu untuk mandi 2 kali sehari dan mengganti pembalut maksimal 4 jam serta pembersihan vulva dan vagina dari arah depan ke belakang.

R/ Mandi dapat merangsang sirkulasi perineal dan meningkatkan pemulihan pembersihan vulva dari arah depan ke belakang, dapat mencegah kontaminasi bakteri dari anus memasuki vagina.

- b) Inspeksi perbaikan perineum, evaluasi penyatuan luka, adakah infeksi.

R/ Trauma dan oedema meningkatkan derajat ketidaknyamanan dan dapat menyebabkan stress pada garis luka.

- c) Memberikan analgesik sesuai kebutuhan.

R/ Analgesik bekerja pada susunan saraf untuk menurunkan

persepsi nyeri.

2) Adanya bendungan ASI pada payudara

Tujuan : Tidak ada bendungan ASI pada payudara.

Kriteria Hasil: Payudara tidak bengkak, ibu merasa tidak ada nyeri pada payudara dan pengeluaran ASI lancar.

Intervensi :

a) Kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian.

R/ Pengompresan payudara menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga sirkulasi darah lancar.

b) Ajarkan cara mengeluarkan ASI secara manual.

R/ Mengurangi timbunan ASI pada payudara.

c) Motivasi ibu untuk selalu mengosongkan payudara setelah menyusui, jika bayi tidak bisa menghisap seluruh ASI.

R/ Mencegah bendungan ASI.

3) Ketakutan ibu untuk BAK dan BAB akibat luka jahitan perineum.

Tujuan : Ibu tidak takut BAK dan BAB karena luka jahitannya.

Kriteria Hasil: Ibu segera BAK maksimal 6 jam Post Partum atau jika kandung kemih terasa penuh, ibu BAB maksimal 3 hari Post partum atau jika ada dorongan ingin BAB.

Intervensi :

a) Jelaskan pentingnya BAK dan BAB.

R/ Pengetahuan ibu bertambah dan ibu lebih kooperatif.

b) Motivasi ibu untuk segera BAK dan BAB jika ada dorongan.

R/ Mencegah gangguan kontraksi uterus karena desakan kandung kemih yang penuh/kolon yang penuh.

- c) Motivasi ibu untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi serat.

R/ Makan tinggi serat dapat memperlancar pencernaan dan pengeluaran feses.

- d) Motivasi ibu untuk minum ± 3 liter air sehari.

R/ Memperlancar BAB dan mencegah feses keras.

- 4) Gangguan psikologi pada ibu nifas seperti khawatir dan kelelahan karena melahirkan.

Tujuan : mengantisipasi komplikasi nifas

Kriteria Hasil : Ibu tampak lebih segar dan kegelisahan berkurang.

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu penyebab perubahan psikologis pada dirinya.

R/ Penjelasan dapat membantu menurunkan rasa khawatir.

- b) Beritahu keluarga untuk memberi dukungan pada klien.

R/ Dukungan dari keluarga dapat menurunkan atau mengurangi kekhawatiran klien.

- c) Beritahu ibu untuk istirahat cukup.

R/ Istirahat yang cukup dapat mengurangi kelelahan klien.

- 5) Kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar.

Tujuan : Ibu dapat menyusui bayinya dengan teknik yang benar.

Kriteria Hasil : ibu dapat menyusui dengan baik

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu keuntungan cara menyusui yang benar.

R/ Penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan rasa control terhadap situasi.

b) Ajarkan pada ibu cara menyusui yang benar.

R/ Cara menyusui dapat mempengaruhi kenyamanan bayi menghisap ASI.

c) Anjurkan ibu untuk mendemonstrasikan cara menyusui yang benar.

R/ Membantu menguatkan program penyuluhan yang diberikan.

2.4.6 Implementasi

Dilakukan sesuai intervensi

2.4.7 Langkah VII : Evaluasi

Tanggal :

Jam :

Evaluasi dilakukan berdasarkan SOAP :

S : Subyektif/data yang diperoleh dengan wawancara secara langsung

O : Data yang diperoleh di observasi dari pemeriksaan secara langsung

A : Pernyataan yang terjadi atas data subyektif dan obyektif

P : Perencanaan yang ditentukan sesuai dengan masalah

Asuhan Kebidanan pada Kunjungan Nifas 2 (3-7 hari)

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

S : Keluhan yang dirasakan oleh ibu.

O : Keadaan Umum : baik/lemah

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-90 x/menit

Pernafasan : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Payudara : kebersihan payudara, pengeluaran ASI, ada tidaknya bendungan pada payudara serta kondisi puting menonjol atau tidak, lecet atau tidak.

Abdomen : TFU normalnya pertengahan pusat-simfisis.

Genetalia : kebersihan, normalnya pengeluaran lochea sanguinolenta (berwarna merah kuning).

Perineum : apabila terdapat jahitan, apakah terdapat tanda-tanda infeksi.

BAK : normalnya 5-6 kali/hari.

BAB : apakah sudah rutin BAB, normalnya 1 kali/hari.

A : P....Ab... dengan....hari postpartum

P : 1. Mengevaluasi hasil kunjungan I.

2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.
3. Memastikan tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
4. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
6. Memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, merawat bayi sehari-hari.
7. Mengajarkan ibu senam nifas dan perawatan payudara.
8. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif.

Asuhan Kebidanan pada Kunjungan Nifas 3 (8-28 hari)

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

S : Keluhan yang dirasakan oleh ibu.

O : Keadaan Umum : baik/lemah

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-90 x/menit

Pernafasan : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Payudara : kebersihan payudara, pengeluaran ASI, ada tidaknya bendungan pada payudara serta kondisi putting lecet atau tidak.

Abdomen : TFU normalnya tidak teraba di atas simfisis / bertambah kecil.

Genetalia : kebersihan, normalnya pengeluaran serosa (berwarna kecoklatan) / lochea alba (berwarna putih kekuningan).

Perineum : apabila terdapat jahitan, apakah terdapat tanda-tanda infeksi.

BAK : normalnya 5-6 kali/hari.

BAB : apakah sudah rutin BAB, normalnya 1 kali/hari.

A : P....Ab... dengan....hari postpartum

P : 1. Mengevaluasi hasil kunjungan II.

2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.

3. Mengingatkan ibu untuk tidak pantang makanan.

4. Memastikan tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

5. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

6. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

7. Membantu ibu melakukan gerakan senam nifas.

8. Memotivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif.

Asuhan Kebidanan pada Kunjungan Nifas 4 (29-42 hari)

Hari/ Tanggal :

Pukul :

Tempat Pengkajian :

Pengkaji :

S : Keluhan yang dirasakan oleh ibu.

O : Keadaan Umum : baik/lemah

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-90 x/menit

Pernafasan : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Payudara : kebersihan payudara, pengeluaran ASI, ada tidaknya bendungan pada payudara serta kondisi putting, lecet atau tidak.

Abdomen : TFU normalnya bertambah kecil / sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil (sebesar normal).

Genetalia : kebersihan, normalnya pengeluaran lochea alba (berwarna putih kekuningan).

Perineum : apabila terdapat jahitan, apakah terdapat tanda-tanda infeksi.

BAK : normalnya 5-6 kali/hari.

BAB : apakah sudah rutin BAB, normalnya 1 kali/hari.

A : P....Ab... dengan....hari postpartum

P : 1. Mengevaluasi hasil kunjungan III.

2. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu dan bayi.

3. Memberikan KIE tentang KB.

2.5 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

2.5.1 Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a) Identitas Bayi menurut Anggraeni (2010)

- 1) Nama : Harus dengan nama yang jelas dan lengkap bila perlu agar tidak salah dalam memberikan penanganan.
- 2) Jenis Kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin. Bayi laki-laki atau perempuan
- 3) Umur : Umur 0 – 28 hari, untuk menentukan jenis asuhan yang akan diberikan serta mengetahui tahap pertumbuhan bayi.
- 4) Tanggal Lahir : dicantumkan waktu dan tanggal lahir, untuk menghitung umur bayi.
- 5) Alamat : dicantumkan RT, RW, Kecamatan dan Kota, untuk mempermudah kunjungan

b) Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal... jam...

WIB kondisi ibu dan bayi sehat (Sondakh, 2013: 162).

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal... jam ... WIB.

Masalah atau keluhan yang lazim dialami bayi baru lahir antara lain (Marmi, 2015) :

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

mengenakan pempers diakibat gesekan-gesekan kulit dengan pempers.

- g) Seborrhea, adalah suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan. Proses pergantian tersebut terjadi setiap bulan.
- h) Bisulan, puncak terjadinya bisul-bisul ini saat bayi berusia dua hari dan biasanya dialami selama kurang lebih 2 minggu. Gangguan ini bisa timbul diseluruh tubuh bayi.
- i) Miliariasis, merupakan kelainan kulit yang sering ditemukan pada bayi dan balita. Hal ini dikarenakan produksi keringat berlebihan disertai sumbatan pada saluran kelenjar keringat. biasanya anggota badan yang diserang adalah dahi, leher, kepala, dada, punggung dan tempat-tempat tertutup yang mengalami gesekan dengan pakaian.
- j) Diare, buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonatus dikatakan diare bila frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali
- k) Konstipasi, adalah sulit buang air besar tinja keras, nyeri di daerah anus, bahkan keluar darah segar akibat perlukaan anus. Pada bayi yang mengkonsumsi ASI, buang air besarnya 2-5 hari sekali asal konsistensi tinjanya lembek

tidak dianggap konstipasi. Pada bayi yang mengonsumsi susu formula buang air besar yang keras 2-4 hari sekali sudah dianggap konstipasi.

l) Batuk pilek, adalah penyakit saluran pernapasan.

c) Kebutuhan Dasar

a. Nutrisi

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

b. Eliminasi

Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12 sampai 24 jam pertama kelahirannya. Defekasi pertama harus keluar dalam 24 jam pertama berwarna hijau kehitaman yang disebut meconium

c. Tidur

Bayi yang baru lahir mempergunakan sebagian besar dari waktunya tidur. Pola tidur normal bayi adalah 14-18 jam/hari.

d. Kebersihan

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

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Baik

b. Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital

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

c. Pemeriksaan Antropometri

- 1) Berat badan : normalnya 2500 – 4000 gr
- 2) Panjang badan : normalnya 48 – 52 cm

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala :Simetris, tidak teraba benjolan, tidak teraba adanya molase pada sutura, ubun-ubun besar datar dan berdenyut..
- 2) Mata :Konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, respon pupil terhadap cahaya dan gerakan mata yang simetris
- 3) Hidung :Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung
- 4) Mulut :Bibir berwarna merah muda, reflek menghisap baik, tidak ada palatoskisis.
- 5) Telinga :simetris, tidak ada serumen.
- 6) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis.
- 7) Dada :Simetris, tidak ada retraksi dada.
- 8) Abdomen :Simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi.

- 9) Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa.
- 10) Genetalia : Untuk bayi perempuan : Labia mayora menutupi labia minora. Untuk bayi laki-laki : Terdapat lubang uretra pada ujung penis, testis sudah turun
- 11) Anus : Tidak ada atresia ani

2.5.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : Bayi Ny"..." neonatus cukup bulan usia....dengan keadaan bayi baik

Ds : Bayi lahir tanggal jam dengan normal

Do :

a. Keadaan Umum : Menangis kuat dan bergerak aktif

b. Pemeriksaan Tanda-tanda

Suhu : 36,5-37,5°C

Pernapasan : 40-60 x/menit

Denyut jantung : 120-160 x/menit

c. Pemeriksaan antropometri

Berat badan : normalnya 2500 – 4000 gr

Panjang badan : normalnya 48 – 52 cm

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala :Simetris, tidak teraba benjolan, tidak teraba adanya molase pada sutura, ubun-ubun besar datar dan berdenyut.
- 2) Mata :Konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, respon pupil terhadap cahaya dan gerakan mata yang simetris
- 3) Hidung :Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung
- 4) Mulut :Bibir berwarna merah muda, reflek menghisap baik, tidak ada palatoskisis.
- 5) Dada :Simetris, tidak ada retraksi dada.
- 6) Tali Pusat :Bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa.
- 7) Genetalia :Untuk bayi perempuan : Labia mayora menutupi labia minora.Untuk bayi laki-laki : Terdapat lubang uretra pada ujung penis, testis sudah turun
- 8) Anus :Tidak ada atresia ani

2.5.3 Diagnosa Masalah Potensial

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial kemungkinan sehingga akan ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial pada bayi sertaantisipasi terhadap masalah yang timbul. Menurut Sondakh (2013), antisipasi masalah potensial dari bayi baru lahir yaitu Hipotermi, Infeksi, Asfiksia dan Ikterus.

2.5.4 Diagnosa Masalah Dan 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 (Sondakh,2013)
2. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan bayi dengan metode kangguru (Sondakh,2013)
3. Mengajarkan ibu untuk segera memberi ASI (Sondakh,2013)

2.5.5 Intervensi

Diagnosa : baru baru lahir normal, umur jam

Tujuan :

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

Kriteria hasil :

- a. Bayi dalam keadaan sehat
- b. TTV dalam batas normal
- c. KU : baik
- d. S : 36,5 – 37,2⁰C
- e. N : 120 – 160 kali/menit

intervensi:

- 1) Lakukan informed consent.

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

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan infeksi silang.

3) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

4) Bungkus bayi dengan menggunakan kain kering yang lembut

R/ Membungkus bayi merupakan cara pencegahan hipotermi.

5) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa.

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

6) Timbang berat badan setiap hari setelah memandikan

R/ Deteksi dini pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

7) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam.

R/ Deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB dan BAK.

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

9) Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif

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

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

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

(Sondakh, 2013:165-166)

2.5.6 Implementasi

Dilakukan sesuai dengan intervensi

2.5.7 Evaluasi

Tanggal:....jam....

S: Ibu mengatakan sudah mengerti dan paham tentang penjelasan yang telah diberikan.

O: Keadaan Umum bayi, TTV dalam batas normal, bayi terbungkus, tangisan kuat, warna kulit merah dan tonus otot baik.

A: Bayi Ny”...” neonatus cukup bulan usia....dengan keadaan bayi baik

P: merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif.

(Sondakh,2013)

Asuhan Kebidanan Kunjungan Neonatus 2 (3-7 hari)

S : Ibu mengatakan apa yang terjadi pada bayinya.

O : Denyut Jantung : 120-160 x/menit

Pernapasan : 40-60 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5 °C

BB : biasanya terjadi penurunan.

Muka : tampak ikterus atau tidak

Mata : sklera putih atau kuning, konjungtiva merah muda atau pucat.

Tali pusat : Bersih atau tidak, apakah tali pusat sudah lepas,
: apabila belum apakah terdapat tanda-tanda infeksi.

BAB : 4-6 kali/hari bayi tidak mengalami diare.

BAK : Biasanya lebih dari 6 kali/hari.

A : Bayi Ny”...” neonatus cukup bulan usia....dengan keadaan bayi baik

P : 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan sebelumnya.

2. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan memberitahu hasil pemeriksaan

3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi.

4. Memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif yaitu ASI saja sampai usia 6 bulan tanpa tambahan apapun.

5. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bayi sakit seperti demam, tidak mau menyusui dengan kuat, muntah, diare, pilek serta sulit

bernafas. Jika bayi mengalami tanda-tanda seperti itu bayi hendaknya di bawa ke fasilitas kesehatan.

6. Melakukan kontrak waktu untuk kunjungan ulang.

2.4.9 Asuhan Kebidanan pada Kunjungan Neonatus 3 (8-28 hari)

S : Ibu mengatakan apa yang terjadi pada bayinya

O : Denyut Jantung : 120-160 x/menit

Pernapasan : 40-60 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5 °C

BB : biasanya terjadi kenaikan.

Muka : tampak ikterus atau tidak

Tali pusat : biasanya tali pusat sudah lepas dan apakah terdapat tanda infeksi.

BAB : 4-6 kali/hari bayi tidak mengalami diare.

BAK : Biasanya lebih dari 6 kali/hari.

A : Bayi Ny”...” neonatus cukup bulan usia....dengan keadaan bayi baik

P : 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan seelumnya.

2. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan memberitahu hasil pemeriksaan.

3. Memberikan informasi tentang imunisasi BCG dan polio serta memberitahu ibu jadwal imunisasi untuk bayi. Imunisasi BCG dan polio 1 sebaiknya diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan, disuntikan di bawah lengan kanan atas, imunisasi BCG ini tidak menimbulkan panas pada bayi dan imunisasi inibrguna untuk mencegah penyakit tuberkulosis. Sedangkan imunisasi polio diberikan secara di teteskan pada mulut bayi, bayi tidak

diperkenankan menyusui selama 15 menit setelah pemberian polio
agara vaksin berkerja dengan baik.

5. Memberikan informasi kepada ibu tentang pentingnya posyandu
untuk memantau kesehatan serta perkembangan dan pertumbuhan
bayi.

2.6 KONSEP MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA INTERVAL

2.6.1 Pengkajian Data

a) Data Subjektif

a. Alasan Datang dan Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan mengapa klien datang ke tempat bidan/petugas kesehatan. Mengetahui apa yang menyebabkan klien ingin ber-KB. Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi adalah :

1) Fase menunda

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

2) Fase menjarangkan kehamilan

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

3) Fase menghentikan/mengakhiri kesuburan

Periode umur istri di atas 35 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

b) Data objektif

a) Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Untuk mengetahui keadaan klien secara keseluruhan baik atau lemah (Sulistyowati, 2013)
- Kesadaran : Untuk menggambarkan kesadaran klien. Dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyowati, 2013).
- Tanda-tanda vital
 - Tekanan Darah : 90/60 – 120/80 mmHg
 - Suhu : 36,5-37,2°C
 - Nadi : 60-80 kali per menit
 - Respirasi : 16-20 kali/menit
- Berat Badan

Mengetahui berat badan pasien karena merupakan salah satu efek samping dari penggunaan KB. Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan (Affandi, 2013).

b) Pemeriksaan Fisik

- 1) Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih. Perdarahan yang banyak pada waktu haid dapat menyebabkan kemungkinan terjadinya anemia (Affandi, 2013).
- 2) Leher : Pembesaran vena jugularis menunjukkan ada permasalahan pada jantung merupakan kontraindikasi suntik 3 bulan.
- 3) Payudara : Tidak terdapat benjolan abnormal yang dicurigai adanya kanker payudara. Riwayat kanker payudara dan penderita kanker payudara termasuk kontraindikasi KB suntik 3 bulan, minipil, implan (Hartanto, 2010).
- 4) Abdomen : Uterus tak teraba keras yang dicurigai adanya kehamilan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan tumor massa. Nyeri tekan serta pada perut bagian bawah merupakan kontraindikasi penggunaan KB IUD.
- 5) Ekstremitas : tidak ada varises.

2.6.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : P____Ab____ calon akseptor kontrasepsi

Masalah :

- a) Gangguan rasa nyaman
- b) Pusing
- c) Gangguan pola haid

2.6.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

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

a. Suntikan Progestin

Amenorea, perdarahan/perdarahan bercak (spotting), meningkatnya / menurunnya berat badan.

b. Pil progestin

Amenorea, perdarahan tidak teratur/spotting

c. Pil kombinasi

Amenorea, mual, pusing, atau muntah, perdarahan pervaginam/spotting

d. Suntik kombinasi

Amenorea, Mual atau pusing atau muntah, perdarahan/perdarahan bercak (spotting).

e. Implan

Amenorea, spotting, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, meningkatnya/menurunnya berat badan.

f. AKDR

Spotting, disminore, perdarahan per vagina yang hebat dan tidak teratur.

2.6.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim

kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

2.6.5 Intervensi

Dx : P_____ Ab _____ dengan akseptor KB _____

Tujuan : Klien menjadi akseptor KB tanpa terjadi komplikasi

KH : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60-80 kali/menit

RR : 16-24 kali/menit

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri (Affandi, 2013).

2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).

R/ Mengetahui indikasi dan adanya kontraindikasi dalam pemakaian alat kontrasepsi (Affandi, 2013).

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi pascasalin, meliputi jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Membantu klien dalam memilih jenis kontrasepsi yang cocok (Affandi, 2013).

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya (Affandi, 2013).

5. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya R/ MAL sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Kondom dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Suntikan progestin dapat digunakan setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil. Implan adalah kontrasepsi bawah kulit dengan cara kerja menghambat kemampuan sperma masuk ke tuba fallopi. AKDR adalah kontrasepsi yang dipasang ke dalam rahim (Affandi, 2013).

6. Dampingi klien dalam proses penggunaan alat kontrasepsi.

R/ Klien mendapatkan pelayanan KB yang sesuai dengan keadaannya.

Kemungkinan Masalah :

- a) Amenorhea

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

Kriteria Hasil : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi :

1. Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea

R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

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

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

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

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

b) Pusing

Tujuan : Pusing dapat teratasi

Kriteria Hasil : Mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

1. Kaji keluhan pusing pasien

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

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

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

c) Perdarahan Bercak/Spotting

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

Kriteria Hasil : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi :

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

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek

menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

2.6.6 Implementasi

Dilakukan sesuai dengan intervensi

2.6.7 Evaluasi

S : Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

Apa yang ibu rasakan setelah pemasangan atau menggunakan alat kontrasepsi.

O : Ibu dapat mengulangi penjelasan yang sudah disampaikan.

Alat kontrasepsi sudah terpasang atau sudah digunakan dengan benar.

A : Ny...P....Ab... dengan akseptor lama atau baru kontrasepsi

P : Menganjurkan ibu untuk kembali control sesuai dengan jadwal kembali.

Menginformasikan kembali efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi.