

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Kehamilan Trimester III

2.1.1 Pengkajian

Langkah ini dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber berkaitan dengan kondisi klien. Pemerolehan data ini dilakukan melalui cara anamnesa. Anamnesa dibagi menjadi 2 yaitu *auto-anamnesa* (anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasien) dan *allo-anamnesa* (anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien atau melalui catatan rekam medik pasien) (Sulistyawati, 2015).

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

a. Data Subyektif

1. Biodata

Nama suami/istri : Memudahkan mengenali ibu dan suami serta mencegah kekeliruan.

Umur : Untuk menentukan prognosis kehamilan. Jika umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak resikonya. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35

tahun.

Suku dan bangsa : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan. (Romauli, 2011)

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

Pendidikan : Mengetahui tingkat pengetahuan untuk memberi konseling sesuai pendidikannya. Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya dan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan.

Pekerjaan : Mengetahui kegiatan ibu selama hamil. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan lebih baik daripada ibu yang tidak bekerja.

(Sulistyawati, 2009).

Penghasilan : Mengetahui keadaan ekonomi ibu, berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu

Alamat : Mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Alamat diperlukan bila mengadakan kunjungan rumah. (Romauli, 2011).

2. Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan (Sutanto, 2018).

3. Keluhan Utama

Keluhan utama menjadi hal utama yang perlu mendapat penanganan saat pemberian asuhan (Wiknjosastro, 2010). Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III adalah Peningkatan frekuensi berkemih, sakit punggung atas dan bawah, hiperventilasi dan sesak nafas, edema dependen, kram tungkai, konstipasi, kesemutan dan baal pada jari, insomnia.

4. Riwayat Kesehatan

Data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu ditanyakan yaitu terkait penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal,

hipertensi/hipotensi, hepatitis B, HIV/AIDS, asma dan TBC atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien serta dari anggota keluarga ada riwayat mempunyai anak kembar. (Sulistyawati, 2015).

5. Riwayat Menstruasi

HPHT diperlukan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran persalinan (Saleha, 2009).

6. Riwayat Pernikahan

Ditanya menikah atau tidak, berapa kali menikah, usia pertama menikah dan berapa lama menikah. Apabila ibu maupun bapak menikah lebih dari satu kali ditanyakan alasan kenapa dengan pernikahan yang terdahulu sampai berpisah (Romauli, 2011).

7. Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan yang lalu, tahun bersalin, jumlah persalinan, jenis persalinan, ada tidaknya penyulit, tempat, penolong, berat badan lahir bayi, panjang badan, kondisi anak saat ini dan riwayat nifas ditanyakan untuk mengetahui ada tidaknya permasalahan kesehatan yang pernah dialami klien saat kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Riwayat obstetri yang buruk

sebelumnya merupakan faktor risiko terhadap kehamilan sekarang misalnya prosedur medis atau bedah sebelumnya (Wiknjastro, 2010).

8. Riwayat imunisasi TT

Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan / imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke tiga (interval minimal dari dosis ke 2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 suntikan dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 4).

Terdapat beberapa cara penapisan (*skrining*) untuk mengetahui status TT pada WUS awal yaitu, apabila data imunisasi saat bayi tercatat pada kartu imunisasi atau buku KIA maka riwayat TT pada bayi dapat diperhitungkan, bila hanya berdasarkan ingatan maka penapisan dapat dimulai dengan pertanyaan imunisasi saat BIAS untuk WUS yang lahir pada dan setelah tahun 1977 untuk yang lahir sebelum tahun 1977 langsung dimulai dengan pertanyaan imunisasi saat catin dan hamil, dan misalnya WUS baru mendapat imunisasi TT pada saat menjadi

calon pengantin sebanyak 2 kali dengan interval minimal 1 bulan maka status WUS disebut T2 (perhatikan interval minimum yang dianjurkan).

9. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Ini penting untuk diketahui untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Dengan menggali dari pasien tentang makanan yang disukai dan yang tidak disukai, seberapa banyak ia mengkonsumsinya. Sehingga jika diperoleh data yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan, maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil.

Beberapa hal yang perlu kita tanyakan pada pasien berkaitan dengan pola makan adalah apa saja yang dimakan setiap hari, frekuensi makan ibu, pantangan makanan, alergi makanan. Kita juga harus dapat memperoleh data tentang kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

Energi 2300 kkal, protein 65 gram, kalsium 1,5 gram/hari (trimester akhir membutuhkan 30-40 gram), zat besi rata-rata 3,5 mg/hari, fosfor 2 gr/hari dan vitamin A 50 gram. Dapat diperoleh dari 3x makan dengan komposisi 1 centong nasi, 1

potong daging/telur/tahu/tempe, 1 mangkuk sayuran dan 1 gelas susu dan buah (Sulistyawati, 2009).

b) Eliminasi

Pola eliminasi yaitu BAK dan BAB perlu ditanyakan pada klien untuk menyesuaikan dengan pola pemenuhan nutrisinya, apakah intake sudah sesuai dengan output dan untuk mengetahui apakah ada keluhan terkait BAB dan BAK selama kehamilan. BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau khas. BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning. (Wiknjastro, 2010).

c) Pola aktivitas

Pola aktivitas perlu ditanyakan karena mungkin berkaitan dengan keluhan klien saat kehamilan ini (Wiknjastro, 2010).

d) Istirahat

Ibu hamil membutuhkan istirahat yang cukup baik siang maupun malam untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan bayinya, kebutuhan istirahat ibu hamil : malam \pm 8-10 jam/hari, siang \pm 1-2 jam/hari (Sulistyawati, 2009).

e) Personal hygiene

Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri diantaranya adalah mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam serta kebersihan kuku.

f) Pola hubungan seksual

Pada trimester III tidak boleh terlalu sering dan hati-hati karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan premature (Sulistyawati, 2009).

10. Keadaan Psiko, Sosial, Spiritual dan Budaya

a) Respon ibu terhadap kehamilan ini

Dalam mengkaji data ini, dapat ditanyakan langsung kepada klien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya dan penerimaan terhadap kehamilannya.

b) Pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan

Data ini dapat diperoleh dari beberapa pertanyaan yang diajukan kepada pasien mengenai perawatan kehamilan. Hal ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana pasien mengetahui tentang perawatan kehamilan dan perawatan bayinya kelak.

c) Respon keluarga terhadap kehamilannya ini

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan ibu akan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan psikologis ibu.

d) Budaya dan tradisi setempat

Untuk mendapatkan data ini, bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien terutama orangtua. Hal ini biasanya berkaitan dengan masa hamil seperti pantangan makanan. Banyak warga masyarakat dari berbagai kebudayaan percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk atau sifatnya, dengan akibat buruk yang ditimbulkannya. Hal ini mendorong timbulnya kepercayaan untuk memantang jenis-jenis makanan yang dianggap dapat membahayakan kondisi ibu atau bayi dalam kandungannya.

Sebagian masyarakat Jawa sering menitik beratkan aspek krisis kehidupan dari peristiwa kehamilan, sehingga didalam adat istiadat mereka terdapat berbagai upacara yang cukup rinci. Biasanya upacara dimulai sejak usia ketujuh bulan (*mitoni*).

b. Data Objektif

Setelah data subyektif didapatkan, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

1. Pemeriksaan Umum

K/U : Baik/tidak, cemas/tidak, untuk mengetahui keadaan umum pasien secara keseluruhan. (Sulistyawati, 2009).

Kesadaran : Composmentis/apatis/letargis/somnolen. (Sulistyawati, 2009).

TD : Tekanan Darah ibu harus diperiksa setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan diastolik merupakan indikator untuk prognosis pada penanganan hipertensi dalam kehamilan. Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan/atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre-eklamsi dan eklamsi jika tidak ditangani dengan cepat.

(Romauli, 2011).

- Nadi** : Dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk (Romauli, 2011).
- Suhu** : Mengukur suhu tubuh bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien apakah suhu tubuhnya normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tidak. Pasien dikatakan mengalami hipotermi apabila suhu badan $<36^{\circ}\text{C}$ dan febris/panas bila suhu badan $>37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai apabila suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$ (Romauli, 2011).
- RR** : Untuk mengetahui fungsi system pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit. (Romauli, 2011).
- BB** : Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 Kg. (Romauli, 2011).
- TB** : Tinggi badan merupakan ukuran antropometrik ke dua yang penting. Tinggi badan hanya menyusut pada usia lanjut, oleh karena itu

tinggi badan dipakai sebagai dasar perbandingan terhadap perubahan-perubahan relative seperti nilai berat dan lingkaran lengan atas. Mengukur tinggi badan bertujuan untuk mengetahui tinggi badan ibu dan membantu menegakkan diagnosis. (Kusmiyati, Yuni, 2011:37). Mengukur tinggi badan dapat berfungsi juga untuk mengetahui indeks masa tubuh dari ibu hamil. Tinggi badan <145 cm (resiko meragukan, berhubungan dengan kesempitan panggul). (Romauli, 2011).

LILA : >23,5 cm. LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR. (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki. Pemeriksaan dilakukan pada penderita yang baru pertama kali datang periksa, ini dilakukan dengan lengkap, pada pemeriksaan ulang dilakukan yang perlu saja jadi tidak semuanya. Macam-macam cara pemeriksaan yaitu dengan inspeksi (pemeriksaan

pandang/observasi), palpasi (pemeriksa raba), auskultasi (periksa dengar), dan perkusi (periksa ketuk).

a) Inspeksi

Muka : Muka bengkak/oedema tanda eklampsi, 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).

Hidung : Adakah sekret, polip, ada kelainan lain. (Romauli, 2011). Kaji kebersihan jalan nafas.

Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda ibu kurang vitamin C. (Romauli, 2011).

Gigi : Karies gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum.

(Romauli, 2011).

- Telinga : Tidak ada serumen yang berlebih, dan tidak berbau, serta bentuk simetris. (Romauli, 2011)
- Leher : Adanya pembesaran kelenjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak. (Romauli, 2011).
- 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 serta memeriksa kebersihan putting susu.
- Abdomen : Bekas luka operasi, terdapat linea nigra, stria livida dan terdapat pembesaran abdomen. (Romauli, 2011).
- Genetalia : Bersih/tidak, varises/tidak, ada condiloma/tidak, keputihan atau tidak. (Romauli, 2011).
- Anus : Tidak ada benjolan abnormal/pengeluaran darah dari anus. (Romauli, 2011)

Ekstremitas : Adanya varises sering terjadi karna kehamilan berulang dan bersifat hereditier, edem tungkai sebagai tanda kemungkinan terjadinya preeklamsi, bendungan kepala sudah masuk PAP dan tekanan pada kava inferior. (Manuaba, 2007)

b) Palpasi

Leher : Tidak teraba bendungan vena jugularis. Jika ada ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung.

Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensial terjadi kelahiran premature, lahir mati, kretinisme dan keguguran.

Tidak tampak pembesaran limfe, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit missal TBC, radang akut dikepala. (Romauli, 2011).

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 :

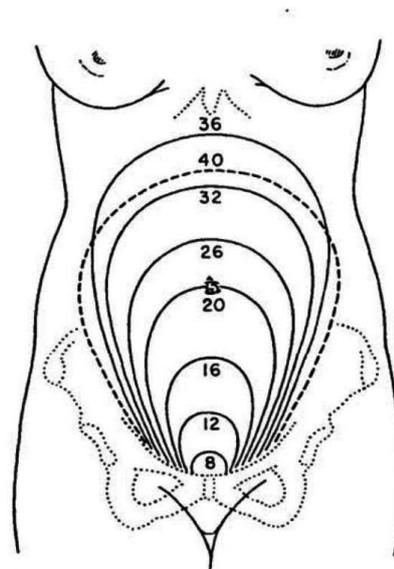
- Tujuan : a) Untuk mengetahui umur kehamilan.
- b) Untuk mengetahui bagian-bagian janin.
- c) Untuk mengetahui letak janin.
- d) Janin tunggal atau tidak.
- e) Sampai dimana bagian terdepan janin masuk kedalam rongga panggul.
- f) Adakah keseimbangan antara ukuran kepala dan janin.
- g) Untuk mengetahui kelainan abnormal ditubuh.

Pemeriksaan abdomen pada ibu hamil meliputi :

1) Leopold I

Tujuan : menentukan tinggi fundus uteri dan menentukan bagian yang terdapat di fundus uteri (Saminem, 2009)

Gambar 2.1 Gambaran TFU terhadap Umur Kehamilan



28 Minggu : 3 Jari diatas pusat

32 Minggu : Pertengahan antara pusat dan PX

36 Minggu : setinggi PX

40 Minggu : 2 jari di bawah PX

Tanda kepala : keras, bundar, melenting.

Tanda bokong : lunak, kurang bundar, kurang melenting.

2) Leopold II

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

Tujuan : Untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang. (Romauli, 2011).

3) Leopold III

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

Tujuan : Mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di sympisis. (Romauli, 2011).

Mengetahui bagian terendah janin apakah sudah masuk PAP.

4) Leopold IV

Tujuan : Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP. (Romauli, 2011).

c) Auskultasi

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

d) Perkusi

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

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium Darah

1) Pemeriksaan Haemoglobin

Untuk mengetahui kadar Haemoglobin (Hb) dalam darah dan menentukan derajat anemia. Pemeriksaan minimal dilakukan dua kali selama hamil, yaitu pada trimester UK 12 minggu dan trimester III UK 28 minggu. Dengan memakai alat Sahli, kondisi Haemoglobin dapat di golongan sebagai berikut :

Hb \geq 11 gr %	: normal.
Hb 9-10 gr %	: anemia ringan.
Hb 7-8 gr %	: anemia sedang.
Hb $<$ 7 gr %	: anemia berat.

2) Pemeriksaan golongan darah

b) Pemeriksaan panggul :

1) Distansia spinarum : normal 24-26 cm.

- 2) Distansia kristarum : normal 28-30 cm.
- 3) Boudelouge : normal \pm 18 cm.
- 4) Lingkar panggul : normal 80-100 cm.

c) Pemeriksaan Laboratorium Urine

1) Pemeriksaan albumin

Dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan pada kunjungan trimester III UK 28 minggu. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam urin dan berapa kadarnya.

2) Pemeriksaan reduksi

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

4. Penilaian Faktor Resiko pada Kehamilan

Table 2.1 Skor Poedji Rohjati

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

Sumber : Buku KIA

2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : G_P_____ Ab ____ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri dengan keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan resiko rendah

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

Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir

Obyektif : Keadaan Umum : Baik.

TD : 90-60 – 120/80 mmHg

TB : ... cm.

BB hamil : ... kg.

TP : Tanggal/bulan/tahun

Pemeriksaan Abdomen

TFU sesuai dengan usia kehamilan. Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri. Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah sudah masuk PAP atau belum. Seberapa jauh kepala masuk PAP. (konvergen/sejajar/divergen)

Auskultasi : DJJ 120-160 x/menit.

Masalah :

a) Peningkatan frekuensi berkemih

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

Obyektif : Kandung kemih teraba penuh.

Ibu sering ijin ke kamar mandi.

b) Sakit punggung atas dan bawah

Subyektif : Ibu mengatakan punggung atas bawah terasa nyeri.

Obyektif : Ketika berdiri terlihat postur tubuh ibu condong kebelakang (lordosis).

c) Hiperventilasi dan sesak nafas

Subyektif : Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur.

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

Pada pemeriksaan tampak ibu menggunakan *Breast Heading* (BH) yang terlalu ketat atau terdapat kawat.

Frekuensi pernapasan ibu $> 24x/\text{menit}$ atau $< 16x/\text{menit}$.

d) Konstipasi

Subyektif : Ibu mengatakan sulit BAB.

Obyektif : Pada palpasi teraba massa tinja (skibala).

e) Insomnia

Subyektif : Ibu mengatakan susah tidur.

Obyektif : Terdapat lingkaran hitam dibawah mata, wajah ibu terlihat tidak segar.

f) Hemoroid

Subyektif : Ibu mengatakan memilikiambeien.

Obyektif : Nampak/tidak Nampak adanya benjolan pada anus.

g) Keputihan

Subyektif : Ibu mengatakan mengeluarkan keputihan.

Ibu dengan keputihan abnormal akan mengeluh keputihannya berwarna kuning kehijauan, kental atau berbusa, berbau, dan disertai rasa gatal.

Obyektif : Nampak/tidak nampak keputihan dari jalan lahir.

Keputihan normal berwarna bening atau sedikit keruh (mirip susu), encer atau sedikit kental, cairan keputihan tidak berbau dan tidak gatal. Karakteristik keputihan abnormal akan mengeluh keputihannya berwarna kuning kehijauan, kental atau berbusa, berbau, dan disertai rasa gatal.

h) Kram

Subyektif : Ibu mengatakan sering mengalami kram pada kaki

Obyektif : Nampak/tidak nampak ibu kesakitan karena kram.

2.1.3 Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

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

2.1.4 Antisipasi Kebutuhan Segera

Antisipasi tindakan segera, dalam pelaksanaannya bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, atau mungkin memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain (Sulistiyawati, 2009)

2.1.5 Intervensi

Diagnosa : G_P____ Ab ____ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria Hasil	:	Keadaan Umum	:	Baik.
		Kesadaran	:	Composmentis.
		Nadi	:	60-80 x/menit.
		TD	:	90/60 – 120/80 mmHg.
		Suhu	:	36,5-37,5°C
		RR	:	16-24 x/menit.
		DJJ	:	Normal (120-160 x/menit), regular.
		TFU	:	Sesuai dengan usia kehamilan.
		BB	:	Pertambahan tidak melebihi standar.

Intervensi

a. Beritah

u ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin.

R/ Hak dari ibu untuk mengetahui informasi keadaan ibu dan janin.

Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal. (Sulistyawati, 2012)

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

R/ Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan

perubahan-perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tau cara mengatasinya.(Sulistyawati, 2012)

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

R/ Memberi informasi mengenai tanda bahaya kehamilan kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan, sehingga jika terjadi salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat mengambil keputusan dan bertindak dengan cepat.(Sulistyawati, 2012)

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

R/ Kadang ada anggapan jika pola makan ibu sudah cukup baik, tidak perlu diberikan dukungan lagi, padahal apresiasi atau pujian serta dorongan bagi ibu sangat besar artinya. Dengan memberikan apresiasi, ibu merasa dihargai dan diperhatikan oleh bidan, sehingga ibu dapat tetap mempertahankan efek positifnya.(Sulistyawati, 2012)

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

R/ Antisipasi masalah potensial terkait. Penentuan kebutuhan untuk

melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga professional.

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

R/ Informasi ini sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan.(Sulistyawati, 2012)

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

R/ Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ini sudah trimester III.(Sulistyawati, 2012)

Masalah :

- 1) Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak napas

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

Intervensi :

- a) Jelaskan penyebab terjadinya sesak nafas

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

- b) Sarankan ibu untuk menjaga posisi saat duduk dan berdiri.

R/ posisi duduk dan berdiri yang benar dapat mengurangi tekanan pada diafragma.

c) Anjurkan ibu untuk tidur dengan bantal yang tinggi.

R/ karena uterus membesar sehingga diafragma terangkat sekitar 4cm, dengan bantal yang tinggi dapat mengurangi tekanan pada diafragma

d) Anjurkan ibu untuk makan sedikit namun sering.

R/ makan berlebihan menyebabkan lambung teregang sehingga meningkatkan tekanan diafragma.

e) Anjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar.

R/ pakaian yang longgar mengurangi tekanan pada dada dan perut.

2) Sering kencing

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih.

Kriteria hasil : Frekuensi berkemih 5-6 kali/hari.

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing.

R/ membantu ibu memahami alasan fisiologis dari penyebab sering kencing pada trimester III. Bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga ibu akan mengalami sering kencing.

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari dan banyak minum di siang hari.

R/ mengurangi asupan cairan dapat menurunkan volume kandung kemih sehingga kebutuhan cairan ibu terpenuhi tanpa mengganggu istirahat ibu di malam hari.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan kencing

R/ menahan kencing dapat memenuhi kandung kemih sehingga menghambat turunnya bagian terendah janin.

d) Anjarkan ibu untuk tidak sering minum kopi atau teh.

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

3) Kram pada tungkai

Tujuan : Ibu dapat memahami penyebab dari kram pada tungkai

Kriteria hasil : ibu mengerti apa yang telah dijelaskan dan mampu

beradaptasi

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab kram tungkai

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

- b) Anjurkan ibu untuk mengurangi penekanan yang lama pada kaki.

R/ penekanan yang lama pada kaki dapat menghambat aliran darah.

- c) Anjurkan ibu untuk memberikan pijatan pada daerah yang mengalami kram.

R/ pijatan dapat meregangkan otot dan memperlancar aliran darah

- d) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R/ senam hamil dapat memperlancar aliran darah dan suplai O₂ ke jaringan terpenuhi

4) Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri punggung yang dialaminya.

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

Intervensi :

- a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab nyeri.

R/ nyeri punggung terjadi karena peregangan pusat gravitasi dan

perubahan postur tubuh akibat perubahan titik berat pada tubuh.

b) Anjurkan ibu menghindari pekerjaan berat.

R/ pekerjaan yang berat dapat meningkatkan kontraksi otot sehingga suplai darah berkurang dan merangsang reseptor nyeri.

c) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu berhak tinggi.

R/ hak tinggi akan menambah sikap ibu menjadi hiperlordosis dan spinase otot-otot pinggang sehingga nyeri bertambah.

d) Anjurkan ibu mengompres air hangat pada bagian yang terasa nyeri.

R/ kompres hangat akan meningkatkan vaskularisasi dari daerah punggung sehingga nyeri berkurang.

e) Ajari keluarga untuk memijat bagian yang terasa nyeri.

R/ pijatan dapat meningkatkan relaksasi sehingga nyeri berkurang.

f) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R/ senam akan menguatkan otot dan memperlancar aliran darah.

5) Keputihan

Tujuan : ibu mengetahui keputihan fisiologis dan patologis

Kriteria hasil : ibu dapat membedakan keputihan normal dan abnormal

Intervensi :

a) Berikan penjelasan pada ibu penyebab keputihan

R/ keputihan terjadi karena peningkatan pembentukan sel-sel,

peningkatan produksi lender akibat stimulasi hormonal pada leher Rahim. Karakteristik keputihan normal yaitu, berwarna bening atau sedikit keruh (mirip air susu), encer atau sedikit kental, cairan keputihan tidak berbau dan tidak gatal.

- b) Anjurkan ibu untuk menggunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat dan terbuat dari bahan katun, melakukan cara cebok yang benar, dan tidak menggunakan sabun pembersih vagina dan mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari.

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

6) Konstipasi

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

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

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi tinggi serat, seperti sayur dan buah-buahan.

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c) Anjurkan ibu untuk rutin melakukan senam hamil.

R/ senam hamil memiliki banyak manfaat diantaranya memperlancar BAB.

7) Hemoroid

Tujuan : Nyeri akibat hemoroid berkurang dan tidak menimbulkan komplikasi

Kriteria Hasil : Hemoroid berkurang dan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat.

R/ karsinogen dalam usus diikat oleh serat sehingga feses lebih cepat bergerak dan mudah dikeluarkan, serat juga dapat mempertahankan kadar air pada proses pencernaan sehingga saat

absorpsi di dalam usus tidak kekurangan air dan konsistensi tinja akan lunak.

b) Anjurkan ibu untuk banyak minum air.

R/ air merupakan pelarut penting yang dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrisi ke sel, dan pembuangan sampah tubuh.

c) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberi kenyamanan, tetapi juga memperlancar sirkulasi.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari duduk terlalu lama atau memakai pakaian yang terlalu ketat.

R/ duduk terlalu lama atau menggunakan pakaian terlalu ketat merupakan faktor predisposisi terjadinya hemoroid.

8) Insomnia

Tujuan : Ibu tidak mengalami insomnia

Kriteria Hasil : Kebutuhan istirahat ibu terpenuhi

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk tidak banyak memikirkan sesuatu sebelum tidur.

R/ Kecemasan dan kekhawatiran dapat menyebabkan insomnia.

b) Anjurkan ibu untuk minum hangat sebelum tidur.

R/ air hangat memiliki efek sedasi atau merangsang untuk tidur.

c) Anjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang dapat menimbulkan stimulus sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang menyebabkan otot berkontraksi akan menyebabkan insomnia pada ibu.

2.1.6 Implementasi

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh seluruh bidan, kolaborasi, rujukan, tindakan pengawasan dan sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bila bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi maka keterlibatan asuhan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien (Sulistyawati,2014).

2.1.7 Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan asuhan yang sudah diberikan meliputi kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif juga memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Adapun kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagaimana belum efektif (Jannah 2013).

Pada prinsip tahapan evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh tercapainya rencana yang dilakukan. Untuk menilai keefektifan tindakan yang diberikan. Pernyataan standar menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria Evaluasi :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

2.2 Catatan Perkembangan Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Data Subjektif

a. Keluhan Utama

Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

2.2.2 Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Dikategorikan baik jika pasien menunjukkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang sekitar, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Keadaan dikatakan lemah jika pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2015).

b) Kesadaran

Pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal), sampai dengan koma (Sulistyawati, 2015).

b. Tanda-tanda Vital

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

a) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri. Tekanan sistolik normal 110-130 mmHg, tekanan diastolik normal 70-80 mmHg (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).

b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

c) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010) pernafasan normal 16 – 24 x/menit.

d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010) suhu normal 36,5 – 37,5° C.

c. Pemeriksaan Fisik

a. Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

b. Perut

1) Pemeriksaan Leopold

Menurut Rohani, Rini Saswita, dan Marisah (2010), pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin.

2) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, Saswita, & Marisah, 2010).

3) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

4) Palpasi Kandung Kemih.

c. Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

d. Genital

Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi. (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013).

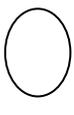
d. Pemeriksaan dalam

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

- a) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.

- e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (bidang *hodge*).
- f) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

Tabel 2.2 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaam

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

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013.

e. Data Penunjang

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

- a) Hasil USG
- b) Hasil Laboratorium meliputi: kadar hemoglobin (Hb), golongan darah.

2.2.3 Analisis

Diagnosa : G_P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu Inpartu Kala I fase laten/
aktif .

2.2.4 Penatalaksanaan

- 1) Berikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan normal.
E/ : Ibu mengetahui keadaannya saat ini
- 2) Persiapkan rujukan pasien.
E/ : Ibu dan keluarga bersedia untuk dirujuk jika terjadi prnyulit dalam persalinan
- 3) Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.
E/ : Ibu mengetahui prosedur yang akan dilakukan pada ibu
- 4) Pantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.

E/ : ibu mengetahui keadaan bayi nya dan kemajuan persalinan

- 5) Berikan KIE pada klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

E/ : Ibu mengetahui bahwa tidak diperbolehkan untuk menahan kencing

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

E/ : Ibu dan keluarga mengetahui bahwa ibu harus sesering mungkin untuk makan dan minum

- 7) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

E/ : Ibu mengetahui untuk cara mengejan yang baik

- 8) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik *hypno-brithing* yaitu melatih fikiran untuk rileks dengan mendengarkan musik dan membayangkan tempat yang membuat pasien rileks dan tenang.

E/ : Ibu mengetahui agar tidak panic dalam menghadapi persalinan ini

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

E/ : Ibu mengetahui bahwa dengan berjalan berdiri atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah.

2.2.5 Catatan Perkembangan Manajemen Kebidanan Kala II

a. Subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

b. Objektif

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), data objektif antara lain:

- 1) Perineum menonjol.

- 2) Vulva dan anus membuka.
- 3) His adekuat

Pemeriksaan dalam :

- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- 2) Ketuban : +/-
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Penipisan : 100%
- 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) berada pada jam 09.00 – 12.00
- 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Molage 0 (nol)
- 8) Hodge III-IV

c. Analisis

G_ _ _ P_ _ _ _ Ab_ _ _ Inpartu Kala II.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Kala II berjalan normal.

KH : DJJ : 120-160x/menit

Ibu meneran dengan efektif

Bayi lahir spontan normal

Primi < 120 Menit

Multi < 60 menit

Dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar pertolongan persalinan (JNPK-KR 2012) langkah 01 – 32 (Terdapat dalam lampiran)

2.2.6 Catatan Perkembangan Manajemen Kebidanan Kala III

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

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013), manajemen kebidanan kala III meliputi:

a. Subjektif

Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

b. Objektif

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

c. Analisis

P__Ab __ __ dengan Inpartu Kala III.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : kala III berjalan normal tanpa komplikasi.

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

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar pertolongan persalinan (JNPK-KR 2012) langkah 33 – 39 (Terdapat dalam lampiran)

2.2.7 Catatan Perkembangan Manajemen Kebidanan Kala IV

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), manajemen kebidanan kala IV meliputi:

a. Subjektif

Pasien mengatakan perutnya mulas.

b. Objektif

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

c. Analisis

P___ _Ab___ dengan Inpartu kala IV.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : Perdarahan < 500 cc.

Kontraksi uterus baik

TFU 2 jari di bawah pusat

TTV : Nadi : normal 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

Dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar pertolongan persalinan (JNPK-KR 2012) langkah 40 – 60 (Terdapat dalam lampiran)

e. Data Bayi

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran	: Composmentis
Suhu	: 36,5 – 37,5 ⁰ C
Pernapasan	: 40 – 60 kali/menit
Denyut Jantung	: 120 – 160 kali/menit
Berat Badan	: 2500 – 4000 gram
Panjang Badan	: 48 – 52 cm
Lingkar kepala	: 33-35 cm
Lila	: 11-12 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Adakah caput succedaneum, shepal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup (Sondakh, 2013).
Muka	: Warna kulit merah (Sondakh, 2013).
Mata	: Sklera putih, tidak ada subkonjungtiva (Sondakh, 2013).
Hidung	: Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret

(Sondakh, 2013).

- Mulut : Pemeriksaan terhadap labioskizis, labiopalatoskizis, reflek menghisap baik (Sondakh, 2013).
- Telinga : Telinga simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat cairan yang keluar dari telinga yang berbau atau tidak (Sondakh, 2013).
- Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat benjolan abnormal, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.
- Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelaian bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan (Tando, 2016).
- Abdomen : Simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi (Sondakh, 2013).
- Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan (Sondakh, 2013).
- Genetalia : Pemeriksaan terhadap kelamin bayi laki-laki, testis sudah turun dan berada dalam skrotum

(Tando, 2016). Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, lubang vagina terpisah dari lubang uretra (Marmi, 2015).

Anus : Tidak terdapat atresia ani.

Ekstremitas : Tidak terdapat polidaktili dan syndaktili (Sondakh, 2013).

3. Pemeriksaan Reflek

- a) Refleks moro : Rangsangan mendadak yang menyebabkan lengan terangkat keatas dan kebawah terkejut dan relaksasi dengan cepat (Hidayat, 2009). Tempatkan bayi pada permukaan yang rata, hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi. Hal yang terjadi adalah abduksi dan ekstensi simetris lengan, jari-jari mengembang seperti kipas dan membentuk huruf C dengan ibu jari dan jari telunjuk, mungkin terlihat adanya sedikit tremor, lengan terabduksi dalam gerakan sedikit memeluk dan kembali dalam posisi flrksi dan gerakan yang rileks. Tungkai dapat mengikuti pola respons yang sama.
- b) Refleks rooting : Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi (Hidayat, 2009). Jika disentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan putting makan bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulutnya, memasukkan putting dan mengisap.
- c) Refleks sucking : Terjadi ketika terdapat reflek menelan ketika menyentuh bibir (Hidayat, 2009).

- d) Refleks plantrar : Jari-jari bayi akan melekuk kebawah bila jari diletakan di dasar jari-jari kakinya (Hidayat, 2009).
- e) Refleks tonic neck : Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar kesatu sisi (Hidayat, 2009).
- f) Refleks palmar : Jari bayi melekuk di sekeliling berada pada genggamannya seketika bila jari diletakan di telapak tangan (Hidayat, 2009).
- g) Refleks Babinski : pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kakai kea rah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi-dicatat sebagai tanda positif.

2.3 Catatan Perkembangan Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas

2.3.1 Subjektif

a. Keluhan Utama : mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

b. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan. Pada kasus ASI tidak lancar, apabila ibu tidak sehat, asupan makanannya kurang atau kekurangan darah untuk membawa nutrient yang akan diolah oleh sel-sel acini payudara, hal ini akan menyebabkan produksi ASI menurun. (Ummah, 2014).

Nilai gizi ibu nifas : energi 2500-2700 kkal, protein 100 gr, lemak 87,4 gr, karbohidrat 433 gr, dapat diperoleh dari 3x makan dengan komposisi 1½ piring nasi, 1 potong daging sedang/telur/ayam/tahu/tempe, 1 mangkuk sayuran, buah dan minum sedikitnya 3 liter.

b) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan sekitar 1 jam pada siang hari. Hal hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain :

1. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
2. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
3. Tidur siang atau ikut tidur saat bayi tidur

(Nugroho, 2017)

c) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi.

d) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar (frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau), serta kebiasaan buang air kecil (frekuensi, warna, dan jumlah).

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan per oral / per rektal tau lakukan klisma bimanual jika perlu. (Nugroho, 2017)

e) Kebersihan

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah getalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

(Sutanto, 2018)

Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut :

1. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
2. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur

3. Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
4. Melakukan perawatan perineum
5. Mengganti pembalut 2 kali sehari atau sewaktu waktu sudah terlalu basah
6. mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia

c. Data Psikososial

Mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi atau psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai *postpartum blues*. *Postpartum blues* sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi sering diakibatkan oleh sejumlah faktor.

a) Penyebab yang paling menonjol adalah :

- 1) Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan.
- 2) Rasa sakit masa nifas awal
- 3) Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan *postpartum*
- 4) Kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit

b) Menjelaskan pengkajian psikologis

- 1) Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya
- 2) Respon ibu terhadap bayinya

3) Respon ibu terhadap dirinya

(Sutanto, 2018)

2.3.2 Objektif

a. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria :

- 1) Baik : Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah : Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu untuk berjalan sendiri.

(Sulistyawati, 2009)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati, 2013).

c) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.

Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis. Beberapa ibu *postpartum* kadang-kadang mengalami brakikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40-50x/menit. Beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan (Sutanto, 2018).

d) Tekanan darah

Tekanan darah diukur dengan menggunakan alat tensimeter dan stetoskop. Tekanan darah normal, sistolik antara 110 sampai 140 mmHg dan diastolik antara 70 sampai 90 mmHg (Astuti, 2012).

e) Pernafasan

Pernapasan harus berada dalam rentang yang normal 16 – 24 x/menit. (Sutanto,2018). Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pasca partum (Nugroho dkk, 2014).

f) Suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam *postpartum* suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $>38,2^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Sutanto, 2018).

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi, Palpasi, Auskultasi dan Perkusi

a) Kepala dan Wajah

- 1) Mengetahui adanya edema atau cloasma pada wajah.
- 2) Ada tidaknya tanda anemis pada konjungtiva dan warna kuning pada sklera tanda icterus.

b) Dada dan Mammae

Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan, pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola, dan integritas puting, posisi bayi pada payudara, pembengkakan, benjolan, nyeri, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial.

c) Abdomen dan uterus

Evaluasi abdomen terhadap involusi uterus, teraba lembut, tekstur Doughy (kenyal), musculus rectus, abdominal utuh (*intact*) atau terdapat diastasis recti dan kandung kemih, distensi, striae.

d) Genital

Pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi. Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid.

e) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, adanya tanda homan, reflex.(Nugroho, 2014)

f) Pemeriksaan Tanda-tanda Infeksi

REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi episiotomy atau laserasi perineum. REEDA singkatan dari *Redness* / kemerahan, *Edema* / edema, *Ecchymosis* / ekimosis, *Discharge* / keluaran, dan *Approximate* / perlekatan. Kemerahan dianggap normal pada episiotomy dan luka namun, jika ada rasa sakit yang signifikan, diperlukan pengkajian lebih penyembuhan luka. Edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Discharge harus tidak ada pada episiotomi atau laserasi dan tepi luka jahitan harus rapat. Nyeri perineum harus dinilai dan diobati. (Nurbaeti, dkk, 2013)

2.3.3 Analisis

Dx : P_____ Ab_____ masa nifas fisiologis hari ke

2.3.4 Penatalaksanaan

a. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ia dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin.

E/ Ibu mengetahui keadaan saat ini

b. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, bengkak pada muka kaki dan tangan, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak, ibu terlihat murung dan menangis.

E/ Ibu mengetahui dan memahami tentang tanda bahaya yang bisa terjadi saat nifas

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

E/ Keluarga bersedia untuk tetap mendukung dan memeberikan apresiasi kepada ibu

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

E/ ibu melakukan kunjungan 1 minggu lagi untuk kunjungan ulang

Masalah :

1) Nyeri pada luka jahitan

Intervensi :

a) Anjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum

b) Anjurkan ibu untuk meminum hingga habis obat analgetik dan antibiotik serta zat besi yang telah diberikan.

c) Demonstrasi senam nifas

2) Payudara nyeri dan bengkak

Intervensi :

- a) Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu menyusui
- b) Ajarkan cara menyusui yang benar
- c) Beritahu ibu agar menyusui bayinya secara bergantian payudara kanan dan kiri sampai payudara terasa kosong.

3) Konstipasi

Intervensi :

- a) Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal.
- b) Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi
- c) Kaji *episiotomy*, perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan.

4) Gangguan pola tidur

Intervensi :

- a) Sedapat mungkin mengupayakan meminimalkan tingkat kebisingan di luar dan di dalam ruangan.
- b) Mengatur tidur siap tanpa gangguan saat bayi tidur, mendiskusikan Teknik yang pernah dipakainya untuk meningkatkan istirahatnya, misalnya minum-minuman hangat, membaca, menonton TV sebelum tidur.
- c) Kurangi rasa nyeri.

2.4 Catatan Perkembangan Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Neonatus

2.4.1 Subjektif

a. Identitas Bayi

Nama Bayi :

Dikaji nama lengkap untuk mengetahui identitas bayi dan menghindari kekeliruan

Tanggal Lahir :

Dikaji dari tanggal lahir, bulan dan tahun lahir

untuk mengetahui kapan bayi lahir, sesuai atau tidak dengan perkiraan kelahirannya, dan untuk mengetahui usia neonatus saat ini.

Jenis Kelamin :

Dikaji alat kelamin bayi untuk mengetahui apakah bayi laki-laki atau perempuan

Alamat :

Dikaji untuk memudahkan melakukan kunjungan rumah

Identitas Orang Tua:

Untuk mengenali ibu dan suami serta mencegah kekeliruan

b. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya diungkapkan oleh ibu seperti bayinya rewel, belum bisa mengisap puting ibu untuk memenuhi kebutuhan ASI bayi.

c. Kebutuhan Dasar

- a) Pola Nutrisi : setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60cc/kg BB, selanjutnya ditambah 30cc/kg BB untuk hari berikutnya.
- b) Pola Eliminasi : proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normlanya berwarna kuning.
- c) Pola Istirahat : pola tidur normal bayi baru lahir 14-18 jam/hari

(Sondakh, 2013).

d. Data sosial, budaya

Untuk mengetahui kesiapan ibu dan anggota keluarga dalam menerima kehadiran bayi. Selain itu untuk mengetahui kebudayaan yang diterapkan dalam merawat bayi misalnya pemberian makanan dan ramuan tertentu pada tali pusat atau pijat bayi.

2.4.2 Objektif

a) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum bayi apakah baik, sedang, buruk.

b) Suhu

Pemeriksaan ini dilakukan melalui rectal, axila, dan oral yang digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh yang dapat digunakan untuk membantu menentukan diagnosis dini penyakit. Suhu tubuh normal pada bayi baru lahir sekitar $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Hidayat, 2009).

c) Pernafasan

Pada pernafasan normal perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa ada retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi atau ekspirasi. Gerakan pernafasan bayi normal 40-60 kali per menit (Maryanti, 2011).

d) Denyut jantung

Penelitian frekuensi denyut jantung secara normal pada bayi baru lahir antara 120 – 140 kali per menit (Hidayat, 2009).

b) Pemeriksaan Antropometri

a) Panjang badan

Merupakan salah satu ukuran pertumbuhan seseorang, dengan panjang normal 48-52 cm. panjang badan dapat diukur dengan tongkat pengukur.

b) Berat badan

Massa tubuh diukur dengan pengukur massa atau timbangan, dengan berat badan normal pada bayi 2500-4000 gram. Beberapa hari setelah kelahiran, berat badan bayi turun sekitar 10% dari berat badan lahir. Hal ini terjadi karena bayi mengalami kehilangan cairan, penguapan dari kulit, BAK serta mengeluarkan

meconium. Berat badan bayi dapat ditingkatkan kembali dengan cara pemberian ASI sesering mungkin minimal 8 kali dalam sehari (Rochmah, 2011).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

Integumen	Neomatus normal berwarna merah muda
Tali Pusat	Periksa kebersihan, tidak / adanya perdarahan, terbungkus kassa / tidak (Sondakh, 2013). Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya (Tando, 2016). Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari (Muslihatun, 2010).
Anus	Terdapat atresia ani atau tidak. Umumnya meconium keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam tidak keluar kemungkinan adanya mekonium plug

syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2015).

b) Auskultasi

Dada : Bunyi dan kecepatan denyut jantung dan napas, tidak normal jika terdapat bunyi ronchi dan wheezing.

Abdomen : Periksa adanya bising usus

2.4.3 Analisis

Menurut Sondakh (2013) identifikasi yang harus dilakukan yaitu:

Neonatus Fisiologis, umur.... hari

2.4.4 Penatalaksanaan

a) Berikan *informed consent* pada ibu dan keluarga

E/ Ibu dan keluarga mengetahui tindakan yang akan dilakukan kepada ibu

b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

E/ Bayi tidak mudah terkena bakteri dan infeksi

- c) Beri identitas pada bayi
E/ Bayi tidak tertukar dengan bayi lainnya
- d) Keringkan kepala dan tubuh neonatus dan bungkus bayi dengan selimut hangat
E/ Bayi tetap hangat dan tidak mengalami kehilangan panas.
- e) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa kering yang bersih dan steril.
E/ Tali pusat bayi terbungkus dengan baik agar tidak mudah terkena infeksi
- f) Timbang berat badan bayi
E/ Berat badan bayi selalu dapat batas normal
- g) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam
E/ Suhu tubuh bayi dalam batas normal tidak mengalami hipotermi
- h) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB dan BAK
E/ Ibu bersedia untuk selalu mengganti popok bayi saat habis BAB dan BAK.
- i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif
E/ Ibu bersedia untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi secara rutin setiap hari
- j) Anjurkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak.
E/ Ibu bisa mempraktekkan cara menyusui yang benar dan bersedia melakukan setiap saat menyusui bayinya

1) Masalah :

- a) Berat Badan

Tujuan : Menjaga berat badan bayi tetap normal

Kriteria Hasil : Berat badan bayi sesuai dengan pertumbuhannya

Intervensi :

- (1) Menimbang berat badan bayi dengan membandingkan berat badan lahir dan berat badan saat ini.

R/ Kebutuhan nutrisi berdasarkan pada berat badan. Penambahan berat badan atau penurunan berat badan menandakan keadekuatan masukan nutrisi.

b) Kebutuhan Nutrisi

Tujuan : Memastikan bayi memperoleh nutrisi yang cukup
Kriteria Hasil : Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi :

- (1) Memberikan nutrisi pada bayi berupa ASI yang harus diberikan sesuai dengan kebutuhan bayi.

R/ ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi. Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi setiap 2-3 jam/hari.

c) Muntah dan Gumoh

Tujuan : Mencegah terjadinya muntah dan gumoh

Kriteria Hasil : KU : Baik , Tidak terjadi Muntah dan gumoh
Intervensi :

(1) Memperbaiki teknik menyusui.

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

(2) Memiringkan bayi

R/ Memiringkan bayi dapat mencegah cairan masuk ke paru-paru.

(3) Perlakukan bayi dengan baik dan hati-hati.

R/ memperlakukan bayi dengan baik dan hati-hati dapat membuat bayi merasa nyaman.

(4) Mengkaji faktor penyebab dan sifat muntah.

R/ untuk mengetahui pengeluaran cairan serta faktor penyebab muntah

(5) Memberi terapi berdasarkan faktor penyebab muntah.

R/ untuk mengatasi muntah pada bayi.

d) Hipotermi

Tujuan : mencegah terjadinya Hipotermi

Kriteria hasil : Suhu : 36,5-37,5⁰C

Denyut Jantung : 120-160 kali/menit

Intervensi :

(1) Bantu orangtua dalam mempelajari tindakan yang tepat untuk mempertahankan suhu bayi, seperti menggendong bayi dengan tepat dan menutup kepala bayi bila suhu aksila lebih rendah dari 36,1 dan periksa suhu 1 jam kemudian.

R/ Informasi membantu orangtua menciptakan lingkungan optimal untuk bayi mereka. Membungkus bayi dan memberikan penutup kepala membantu menahan panas tubuh.

- (2) Kaji lingkungan terhadap kehilangan termal melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi. Misalnya ruangan yang dingin atau berangin, pakaian yang tipis.

R/ Suhu tubuh bayi berfluktasi dengan cepat sesuai perubahan suhu lingkungan.

- (3) Tunda memandikan bayi kurang dari 6 jam setelah bayi lahir.

R/ Mencegah bayi kehilangan panas tubuh.

- (4) Memandikan bayi dengan cepat untuk menjaga supaya bayi tidak kedinginan, hanya membuka bagian tubuh tertentu dan mengeringkat segera.

R/ Mengurangi kemungkinan kehilangan panas melalui evaporasi dan konveksi.

- (5) Pertahankan tanda-tanda vital, stres dingin (misalnya : pucat, distress pernafasan, tremor, latergis dan kulit dingin)

R/ Hipotermi yang meningkatkan laju penggunaan oksigen dan glukosa, sering disertai dengan hipoglikemia dan distres pernafasan.

e) Ikterus

Tujuan : Mencegah terjadinya Ikterus/hiperbilirubin

Kriteria hasil : Tidak terjadi peningkatan kadar hiperbilirubin atau kadar bilirubin maksimum 12 mg/dl.

Intervensi :

(1) Mulai pemberian makan oral awal pada bayi, khususnya ASI

R/ Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dapat mencegah terjadinya ikterus pada bayi.

(2) Pertahankan bayi tetap hangat dan kering. Pantau kulit dan suhu sesering mungkin.

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

(3) Perhatikan usia bayi pada saat ikterus, bedakan tipe fisiologis akibat ASI atau patologis.

R/ Ikterus fisiologis tampak pada hari pertama dan kedua dari kehidupan namun jika disebabkan karena ASI maka muncul pada hari keempat dan keenam kehidupan.

f) Infeksi

Tujuan : Infeksi teratasi

Kriteria Hasil : Suhu : 36,5-37,5⁰C

Pernafasan : Frekuensi 40-60 kali permenit. Tidak ada tanda kemerahan, tidak ada nyeri, tidak ada bengkak, tidak ada penurunan fungsi bagian tubuh

Intervensi :

(1) Beritahu pada ibu mengenai kondisi bayinya.

R/ Bayi dengan infeksi memerlukan perawatan khusus.

(2) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.

R/ Membunuh kuman penyebab penyakit.

(3) Obsevasi suhu badan bayi.

R/ Suhu $>37,50C$ tanda gejala infeski.

(4) Berikan kompres hangat apabila suhu tubuh bayi tinggi

R/ Terjadi perpindahan panas secara konduksi.

(5) Rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai untuk diberikan terapi.

R/ Keadaan infeksi memerlukan terapi obat untuk mempercept proses penyembuhan dan mencegah infeksi menjadi semakin berat.

2.5 Catatan Perkembangan Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Masa Interval

2.5.1 Subjektif

a. Alasan datang

Untuk mengetahui apa yang menyebabkan klien ber-Kb. Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi yaitu, menunda kehamilan (untuk PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun), menjarangkan kehamilan (baik digunakan untuk usia istri 20-35 tahun dengan jumlah anak anak 2 orang dan jarak kelahiran 2-4 tahun), dan mengakhiri kesuburan (periode untuk usia istri diatas 35 tahun).

b. Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2013).
- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Saifuddin, 2013).
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).
- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilihcara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2013).

- e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013).
- c. Riwayat Obstetri
- a) Menstruasi
- 1) Hormonal :
- Untuk mengetahui haid teratur atau tidak karena beberapa alat kontrasepsi dapat membuat siklus haid menjadi tidak teratur. Siklus haid beberapa alat kontrasepsi dapat membuat haid menjadi lebih lama dan banyak diantaranya implan. Dan apakah ibu mengalami disminore atau tidak apabila sedang haid, penggunaan alat kontrasepsi iud juga dapat menambah rasa nyeri saat haid.
- b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
- Apabila ibu sedang menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah meode pilihan terakhir. Namun apabila ibu telah melahirkan namun tidak menyusui dianjurkan untuk menggunakan pil kombinasi.
- c) Riwayat KB
- Ditanyakan apakah ibu pernah menggunakan KB sebelumnya, dan apa alasan ibu ingin mengganti atau menggunakan KB tersebut.
- d. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi ibu dan apakah terdapat dampak apabila ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

b) Eliminasi

Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan siklus BAB dan BAK setelah ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

c) Istirahat

Untuk mengetahui apakah efek samping dalam penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu pola tidur ibu atau tidak. Seperti apabila ibu menggunakan KB suntik yang memiliki efek samping mual, pusing dan sakit kepala apakah sampai mengganggu pola istirahat ibu atau masih dalam batas wajar.

d) Seksual

Pada ibu yang menggunakan alat kontrasepsi AKDR apakah ada keluhan saat melakukan hubungan suami istri atau tidak dan pada pengguna alat kontrasepsi jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina sehingga dapat menurunkan gairah seksual.

2.5.2 Objektif

a. Pemeriksaan umum

a) Tanda tanda vital

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

b) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas.

b. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah, dan apakah wajah ibu pucat karena menandakan ibu mengalami anemia sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut.

b) Mata

Konjungtiva merah muda tetapi apabila terjadi perdarahan di luar siklus haid konjungtiva pucat, sklera putih.

c) Payudara

Apakah ada benjolan abnormal pada payudara sebagai antisipasi awal apabila terdapat tumor pada payudara. Ibu dengan riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal (Saifudin, 2010 : MK-).

d) Abdomen

Uterus tidak teraba keras yang dicurigai adanya kehamilan, tidak ada pembesaran hepar.

e) Genetalia

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

c. Pemeriksaan penunjang

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

2.5.3 Analisis

Dx : Ny. “__”P_____ Ab _____ dengan akseptor KB

2.5.4 Penatalaksanaan

Hormonal :

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

E/ Ibu bersikap terbuka dan rileks

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

E/ Ibu mengatakan riwayat menggunakan alat kontrasepsi

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi dari kontrasepsi hormonal.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

E/ Ibu mengetahui macam macam kontrasepsi

- d) Siapkan alat dan obat (Suntik KB 3 bulan).

R/ memudahkan dalam pelaksanaan.

E/ Melakukan dengan teknik yang tepat

- e) Lakukan penyuntikkan sesuai dengan prosedur pelaksanaan.

R/ untuk meminimalkan terjadinya komplikasi setelah penyuntikkan.

E/ Melakukan sesuai dengan SOP nya

- f) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

E/ Ibu mengerti dan akan melakukan kunjungan ulang

- g) Lakukan pencatatan pada kartu akseptor ibu

R/ pendokumentasian kartu control sebagai pengingat bagi akseptor kapan waktu suntik ulang.

E/ Menjadi catatan pribadi kepada ibu untuk tanggal kembali

Non-Hormonal

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

E/ Ibu bersikap terbuka dan rileks

- b) Lakukan pernyataan persetujuan (informed consent)

R/ tanda bukti persetujuan tindakan yang akan dilakukan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat (Handajani, 2010).

E/ Ibu menyetujui tindakan yang akan dilakukan

- c) Berilah penjelasan tentang IUD, efek samping, keuntungan, dan kerugiannya, kontraindikasi, serta pemasangan.
- R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
- E/ Ibu mengerti dan paham tentang efek samping dan keuntungan menggunakan IUD
- d) Siapkan alat pemasangan IUD.
- R/ memudahkan dalam pelaksanaan.
- E/ Mempermudah dalam pelaksanaan pemasangan
- e) Lakukan pemasangan IUD dengan Teknik aspetik dan antiseptik (Handajani, 2010).
- R/ untuk mencegah infeksi, komplikas, dan pemasangan dilakukan dengan benar.
- E/ Melakukan sesuai dengan SOP
- f) Rapikan klien dan tempat serta bereskan alat yang telah terpakai
- R/ tindakan pasca pemasangan yang tepat sesuai prosedur.
- E/ Tindakan telah berhasil dilakukan
- g) Berikan antibiotik dan analgesik.
- R/ untuk menurangi rasa nyeri dan mencegah infeksi (Handajani, 2010).
- E/ Ibu mengkonsumsi antibiotic dan analgesik secara rutin sampai habis
- h) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang dalam 1 minggu atau bila ada keluhan.
- R/ *follow up* pasca pemasangan IUD serta deteksi dini adanya efek samping.
- E/ Ibu melakukan kunjungan ulang 1 minggu setelah pemasangan

i) Lakukan pencatatan pada kartu akseptor ibu

R/ pendokumentasian kartu control sebagai pengingat bagi akseptor kapan waktu suntik ulang.

E/ Ibu tau kapan waktu kembali untuk melepas IUD

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
2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim
3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

b) Pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi

Kriteria Hasil : Mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

1. Kaji keluhan pusing pasien
2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.
3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

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

Evaluasi

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

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