BAB III

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN VARNEY

3.1 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

3.3.1 Langkah I (Pengkajian)

a. Data Subyektif

1) Identitas

Nama, Umur (dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti <20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap dan >35 tahun rentan terjadi perdarahan, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, dan alamat(Anggarini,2013).

2) Alasan berkunjung

Ingin memeriksakan kehamilannya(Anggraini,2013).

3) Keluhan Utama

Ketidaknyamanan kehamilan pada TM III : sering BAK, sesak nafas, bengkak pada kaki, gangguan tidur, nyeri perut bagian bawah, kontraksi Braxton hicks (Iriyanti, 2013).

4) Kesehatan sekarang /kronologi

Ibu hamil trimester 3 anak pertama. Merupakan kunjungan pertama mengeluh pada usia kehamilan sering BAK, sesak nafas, bengkak pada kaki, gangguan tidur, nyeri perut bagian bawah, kontraksi Braxton hicks (Iriyanti, 2013).

5) Riwayat kesehatan yang lalu

a) Ibu tidak pernah menderita penyakit menurun (darah tinggi, kencing manis), menahun (jantung, ginjal), menular (penyakit kuning, batuk menahun, HIV/AIDS).

b) Riwayat alergi

Ibu tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan, minuman serta obat-obatan (Sulistyawati,2015).

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup/mati), riwayat penyakit kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, tuberkulosis,

epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik, riwayat keturunan kembar (Hani,2013).

7) Riwayat pernikahan

Mengetahui ibu menikah mulai usia sekitar 20 tahun, dimana secara mental, wanita juga siap untuk berhubungan seksual dan sudah siap untuk merawat bayinya (Anggraini,2016).

8) Riwayat Mentruasi

a) Haid : Menarcheusia pertama kali mengalami menstruasi. Biasanya sekitar usia 12 sampai 16 tahun, SiklusBiasanya sekitar 23 sampai 32 hari, biasanya volume yang digunakan kriteria sedikit, sedang, banyak dan adakah keluhan seperti *dysmenorhea,* HPHT, HPL yang menggunakan rumus Naegle yaitu : Tanggal+7, Bulan-3 (untuk bulan ke 4 sampai 12), Tahun+1 (Maryunani,2016).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi yang lalu

i. Kehamilan

Jarak antara 2 kelahiran sebaiknya 2-4 tahun (Saifuddin, 2013).Tidak ditemukan adanya kelainan seperti abortus, IUFD, kehamilan ektopik.

ii. Persalinan

Pada riwayat persalinan yang lalu tidak ditemukan adanya prematuritas, cacat bawaan, kematian janin dalam kandungan, serta perdarahan.Penolong persalinan petugas keshatan, lahir spontan belakang kepala, tidak ada penyulit saat persalinan.

iii. Nifas

Normalnya pada masa nifas tidak terjadi pedarahan, infeksi masa nifas, ibu memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi.(Dewi, 2013 dan Astuti, 2015).

iv. Anak

Berat lahir bayi normalnya 2500-4000 gram, tidak ditemukan kelainan kongenital (astresia ani), dan komplikasi yang lain seperti icterus, status bayi saat lahir (hidup/mati). (sondakh, 2013).

c) Riwayat Kehamilan Sekarang dan Masalahnya
(Lihat Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan dan Masalah)

9) Pola Kebiasaan Sehari – hari
(Lihat Tabel 3.2 Pola Kebiasaan Sehari - hari)

10) Riwayat Kontrasepsi
Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khanifatul Izza, 2014 didapatkan hasil setelah pengehentian pengguanaan kontrasepsi suntik 1 bulan, AKDR, dan pil yaitu rerata 2 bulan sedangkan setelah penghentian penggunaan suntuik 3 bulan memerlukan waktu rerata 4-10 bulan. Selama dalam waktu pengembalian kesuburan maka siklus menstruasi dapat mengalami ketidakteraturan yang disebabkan adanya proses pengembalian keseimbangan hormonal beberapa waktu saat menggunakan KB (Nur'aini, 2014).

11) Riwayat Psikososial
a) Respon psikologi (Perasaan ibu selama hamil ini) Keadaan psikologis yang buruk dapat mempengaruhi keadaan janin, oleh karena itu ibu yang sedang hamil tidak diperbolehkan mengalami stress ataupun depresi(Asrinah, 2013).
b) Kebutuhan akan dukungan suami, anggota keluarga yang lain, harapan terhadap kehamilan ini :Dukungan keluarga dan suami sangat penting untuk ibu yang sedang hamil yaitu dukungan akan kehamilannya, sampai proses persalinan (Hani,2013).

12) Riwayat Sosial Budaya
Keadaan lingkungan yang berhubungan dengan persalinan seperti selamatan, pijat setelah melahirkan, dan kebiasaan yang menunjang atau menghambat selama kehamilan. Dan faktor lain yang mempengaruhi kondisi perempuan serta mitos yang berkaitan dengan kesehatan (Asrinah,2013).

13) Riwayat Spiritual
Pada ibu hamil biasanya melakukan tindakan spiritual sesuai dengan agamanya masing-masing(Asrinah, 2013).

b. Data Obyektif
1) Pemeriksaan fisik umum
a) Keadaan Umum

Baik: Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. (Sulistyawati, 2015).

b) Kesadaran

Composmentis (Kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan). (Sulistyawati, 2015).

c) TTV dalam batas normal yaitu :

TD: 110/80-120/90 mmHg Nadi:60-100 x/menit

RR :16-24 x/menit Suhu :36,5-37,5ºC

d) BB Saat Hamil

Ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9 -13 kg selama kehamilan atau sama dengan 0,5 kg perminggu atau 2 kg dalam 1 bulan(Hani, 2013).

e) TB

Normalnya ≥145 cm, jika tinggi wanita hamil <145 cm memiliki resiko tinggi mengalami persalinan premature, karena lebih mungkin memiliki panggul sempit

f) LILA

Normalnya ≥ 23,5 cm, jika memiliki lila < 23,5 cm berarti ibu hamil kekurangan energy kronik termasuk golongan ibu hamil resiko tinggi. Hal ini sangat memungkinkan pertumbuhan janin yang dikandungannya terganggu yang dapat mengakibatkan BBLR (Meilani, dkk, 2016).

2) Pemeriksaan fisik khusus (Head To Toe)

a) Kepala

Rambut bersih, tidak ada ketombe

b) Wajah

Normalnya tidak pucat, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum(jika terdapat cloasma gravidarum kemungkinan disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan progesteron, selain itu juga dapat dikaikan dengan efek dari hormon karena kehamilan, pengaruh pil kontrasepsi dan gangguan siklus menstruasi (Handayani, 2015).

c) Mata

Normalnya simetris, konjungtiva merah muda, tidak anemia, tidak ikterik, sklera berwarna putih (Handayani, 2015).

d) Hidung

Normalnya simetris, keadaan bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip (Handayani, 2015).

e) Telinga

Keadaan bersih, bentuk simetris, tidak ada serumen (Handayani, 2015).

f) Mulut dan gigi

Normalnya tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak caries gigi

g) Leher

Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis (Handayani, 2015).

h) Dada

Normalnya denyut jantung 60-100 x/menit.Paru-paru normalnya tidak ada bunyi wheezing dan ronchi.

i) Payudara

Tidak ada massa, Hiperpigmentasi areola, papilla mamae menonjol, colostrum belum keluar.

j) Abdomen (Kehamilan)

Inspeksi : Terdapat linea nigra, terdapat striae tidak ada luka bekas operasi

Leopold I : TFU usia kehamilan 28 minggu 3 jari di atas pusat, TFU usia kehamilan 32 minggu pertengahan PX dan pusat, TFU usia kehamilan 36 minggu 3 jari di bawah PX, TFU usia kehamilan 40 minggu pertengahan PX dan pusat (Prawiroharjo, 2015), Teraba bulat, lunak, dan kurang melenting

Leopold II :Bagian kiri atau kanan perut ibu teraba panjang, keras,seperti papan dan bagian kanan teraba bagian terkecil janin.

Leopold III :Bagian bawah sudah masuk PAP, Teraba keras, bulat dan melenting.

Leopold IV : ≥ 3/5, divergen. (Hani, 2013).

Mac. Donal : UK 28 minggu : 28 cm
UK 32 minggu : 32 cm
UK 36 minggu : 36 cm
UK 40 minggu : 40 cm (Elisabeth, 2013).

TBJ : (TFU-12) x 155 (Belum masuk PAP)
(TFU-11) x 155 (Sudah masuk PAP)

DJJ : 120-160x/menit.

(Manuaba, 2015).

k) Genetalia

Tidak ada tanda – tanda PMS, tidak terdapat varises, tidak ada flour albus. Jika terdapat flour albous disebabkan oleh pengaruh hormon sehingga saat hamil terjadi pengeluaran skret yang berlebih (Sulistyawati, 2014).

l) Ekstermitas

Atas : Normalnya tidak oedema, jari lengkap, tidak ada kelainan.

Bawah :Normalnya tidak ada varises, tidak edema, jari lengkap,tidakada kelainan. Jika terjadi oedema mengarah pada tanda gejala Preeklampsia, Reflek patella (+ / +) atau (- / -) (Hani, 2013).

3) Pemeriksaan Panggul Luar

(Lihat Tabel 3.3 Pemeriksaan Panggul Luar)

4) Pemeriksaan Penunjang

(Lihat Tabel 3.4 Pemeriksaan Penunjang)

3.3.2 Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Ibu: G = gravida, P = parita, A = abortus, UK pada trimester III (37-42 minggu) dan dituliskan dalam minggu, keadaan jalan normal (riwayat persalinan yang lalu normal), keadaan umum ibu baik. (Mufdillah,2015).

Janin : Hidup,Tunggal, Intrauterine, Presentasi Kepala, keadaan umum janin baik (Hani, 2013).

DS : Biasnya meliputi keluhan pasien TM III (Irianti,2013). Hamil trimester III (28-40 minggu), dan HPHT.

DO : Biasanya didapatkan hasil pemeriksaan berupa keadaan umum baik, kesadaran, TTV dalam batas normal yaitu TD : 100/60-140/90 mmHg, S : 35,8-37,3 ^{0}C, RR : 12-20x/menit, N : 60-100x/menit(Vasra,2016)

3.3.3 Langkah III (Antisipasi Diagnosa Potensial)

Normalnya pada atsipasi diagnosa potensial tidak ada. Akan tetapi hal yang mungkin terjadi :

Plasenta previa, solusio plasenta, prematur ruptured of membranes dan anemia (Iriyanti,2013)

3.3.4 Langkah IV (Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera)

Jika ditemukan antisipasi diagnosa potensial maka normlanya dilakukan rujukan.

3.3.5 Langkah V (Planning/Intervensi)

(Tanggal : ..Jam : ....Wib)

Kehamilan

Ibu : Ny " "GPAPIAH UK 37 – 42 minggu, keadaan jalan normal, keadaan umum ibu baik. (Hani,2013).

Janin : Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, keadaan umum janin baik (Hani,2013).

Tujuan : Kehamilan berjalan normal tanpa komplikasi

KH :- Kehamilan berjalan tanpa ada komplikasi

- TD : 110/80-120/90 mmHg Nadi:60-100 x/menit
  RR :16-24x/menit Suhu :36,5-37,5ºC
  DJJ : 120-160x/menit TBJ :2500-4000 Gram
- TFU Sesuai usia kehamilan
- Usia kehamilan aterm 37 – 42 minggu(Rohani, 2015)

Rencana Tindakan Kehamilan (Indrayani, 2013)

a. Intervensi kunjungan I (37 minggu)
   1) Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
      R/ mengidentifikasi kebutuhan atau masalah ibu hamil tentang kondisinya dan janin sehingga lebih kooperatif dalam menerima asuhan.
   2) Berikan konseling tentang perubahan fisiologis pada trimester III.
      R/ adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan – perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi.

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

   R/ dengan mengetahui tanda – tanda bahaya, maka ibu dapat mencari pertolongan segera jika hal itu terjadi (Sulistyowati, 2014).

4) Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang.

   R/ sebagai sumber tenaga, pembangun, pengatur, dan pelindung tubuh yang sangat penting bagi kesehatan ibu dan janin.

5) Diskusikan tentang persiapan persalinan dengan ibu dan keluarga, antara lain:

   a) Membuat rencana persalinan yang meliputi tempat persalinan, transportasi ke tempat persalinan, siapa yang menemani persalinan, biaya yang dibutuhkan.
   b) Membuat rencana persalinan pembuatan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan termasuk transportasi, biaya dan donor darah.
   c) Mempersiapkan barang-barang yang diperlukan untuk persalianan seperti baju ganti ibu, pembalut, baju bayi handuk, bedong. Jadikan satu dalam tas, sehingga waktu tiba persalinan bisa langsung dibawa.

   R/ Mempermudah saat proses persalinan.

6) Anjurkan kepada ibu untuk minum penambah darah diberikan dengan dosis 1 x 1 hari

   R/ Tablet tambah darah dapat mencegah anemia

7) Anjurkan ibu untuk kontrol 2 minggu lagi tanggal ..... atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

   R/ Memantau keadaan ibu dan janin

3.3.6 Langkah VI (Implementasi)

Implementasi atau penatalaksanaan asuhan disesuaikan dengan rencana tindakan atau intervensi. (Varney,2007).

3.3.7 Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya (Zulvadi,2013).

Data Perkembangan SOAP

Ibu hamil

S : Ibu mengatakan mengerti dengan hasil penjelasan bidan tentang kehamilannya.

O : ibu mampu mengulangi penjelasan bidan.

A : GPAPIAH UK 28 - 40 minggu, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu baik. (Hani, 2013).

P : - Anjurkan ibu untuk menambah kebutuhan nutrisinya.
- Ingatkan ibu untuk selalu menjaga personal hygine.
- Ingatkan ibu untuk rutin minum fe.
- Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang.

Catatan Perkembangan Kehamilan Kunjungan II

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

S **:**Ketidaknyamanan karena uterus semakin membesar dan gerakan janin yang seringkali mengganggu istirahat ibu.
(Astuti Sri. 2017: 133).

O **:**

- Keadaan Umum :Baik(Hani, 2011).Kesadaran composmentis (Hani, 2013).
- Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/60-140/90 mmHg (Hani, 2013). Suhu 36,5-37,5 0C (Hani, 2011). Nadi : 80-100 x/menit (Hani, 2013). Respirasi 16-24 x/menit (Hani, 2013).
- Abdomen : terdapat strie gravidarum atau tidak (Astuti, Sri. 2017).

A **:** G...P...A... UK 36 – 38 minggu, keadaan jalan normal, keadaan umum ibu baik. Tunggal, Hidup, Intrauterine, letkep, puka/puki.

P **:**

1) Beri informasi pada ibu tentang kondisi ibu dan janin.
   R/ mengidentifikasi kebutuhan atau masalah ibu hamil tentang kondisinya dan janin sehingga lebih kooperatif dalam menerima asuhan.
2) Beri penjelasan berkenaan dengan tanda gejala melahirkan.
   R/ ibu dan keluarga waspada dan dapat segera mengenali tanda gejala melahirkan.

3) Bantu ibu untuk dapat mengendalikan perasaannya dalam menghadapi proses persalinan nanti, beritahu ibu bahwa persalinan merupakan hal alami dan normal.
   R/ ibu belajar menurunkan kecemasannya dalam menghadapi persalinan nanti.
4) Beri KIE ibu tentang ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa memberikan makanan pendamping apapun.
   R/ Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan membentuk antibodi alami pada bayi
5) Ajarkan ibu tentang perawatan payudara.
   R/ perawatan payudara membantu dalam masa laktasi, serta puting susu menonjol
6) Anjurkan ibu untuk kontrol 1 minggu lagi tanggal ..... atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.
   R/ Memantau keadaan ibu dan janin (Sulistyiwati, 2014)

3.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney, 2007).

A. DataSubjektif

Data Subjektif adalah data yang didapat berdasarkan persepsi dan pendapat klien tentang masalah kesehatan mereka. Sumber data pengkajian dapat berasal dari anamnesa klien, keluarga dan orang terdekat, anggota tim perawatan kesehatan, catatan medis, dan catatan lainnya.

1. Biodata

Nama Klien :untuk mengetahui identitas klien dan memudahkan pelayanan kesehatan/ rumah sakit serta sebagai catatan apakah klien pernah dirawat di salah satu tempat tersebut atau tidak.

Nama Suami :untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab dalam pembiayaan dan pemberian persetujuan tindakan medis atau perawatan.

Umur :Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Menurut Varney, dkk (2007), usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

Agama :Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.

Suku Bangsa :Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.

Pendidikan :Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.

Pekerjaan :Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2018). Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.

Alamat :Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

2. Alasan Datang

   Untuk mengetahui alasan klien berkunjung ke puskesmas.

3. Keluhan Utama

   Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan. Persoalan yang dirasakan pada ibu bersalin umumnya adalah rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air

ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluhkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2015).

4. Riwayat Pernikahan

Untuk mengetahui klien menikah berapa kali (pernikahan beberapa kali dengan klien yang berbeda berisiko mengalami gangguan reproduksi), lama pernikahan klien dan usia klien pertama kali menikah.

5. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

1) Menarche

Untuk mengetahui usia pertama kali klien mengalami menstruasi.

2) HPHT

Untuk mengetahui kapan haid terakhir klien sehingga dapat digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan

3) Siklus menstruasi

Untuk mengetahui siklus menstruasi yang dialami klien apakah siklusnya teratur atau tidak dan berapa hari siklus menstruasi klien. Normal 25-38 hari (±28hari).

4) Lama menstruasi

Untuk mengetahui lamanya menstruasi klien, perkiraan jumlah perdarahan yang dialami klien (dihitung melalui jumlah pembalut yang digunakan klien dalam 1 hari ketika menstruasi), mengidentifikasi apakah ada kelainan lamanya menstruasi pada klien atau tidak. Normal 3-8 hari

5) Keluhan

Untuk mengetahui adakah keluhan yang dirasakan klien terkait menstruasi misalnya adakah nyeri haid, adakah fluor albus (keputihan) yang berlebihan dan lain-lain.

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan sebelumnya dan hasil konsepsi akhir (abortus, lahir hidup, penolong persalinan, apakah anaknya masih hidup, dan apakah dalam kesehatan

yang baik), apakah terdapat komplikasi intervensi pada kehamilan, persalinan ataupun nifas sebelumnya (Hidayat, 2013).

c. Riwayat Keluarga Berencana

Yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah menjadi akseptor KB. Jika pernah, kontrasepsi apa yang pernah digunakan, berapa lama, mulai menggunakan, kapan berhenti, keluhan pada saat ikut KB dan alasan berhenti KB (Hidayat, 2013).

d. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Klien

   Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis, atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien. Atau untuk mengetahui apakah klien mempunyai alergi obat atau tidak. Mengetahui penyakit yang diderita ibu sekarang.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

   Untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga baik pihak suami maupun istri yang pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis, atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien. Atau dari anggota keluarga ada riwayat mempunyai anak kembar.

3. Riwayat Sosial dan Budaya

   a) Respon pasien dan keluarga terhadap kondisi kesehatan klien saatini.

   b) Pengaruh budaya terhadap penatalaksanaan gejala gangguan kesehatan reproduksi misalnya penggunaan ramuan tradisional.

a. Pola KebiasaanSehari-hari

1. Pola nutrisi dan cairan

   Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).

2. Pola istirahat

   Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam

sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2018).

3. Pola eliminasi

Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).

B. Data Objektif

Data Objektif adalah data yang dikumpulkan untuk menegakkan diagnosa melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan pemeriksaan penunjang (Sulistyawati, 2014).

1. Pemeriksaan umum
   a. Keadaan umum :untuk mengetahui keadaan klien lemah, cukup,atau baik
   b. Kesadaran : Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah,2018).
   c. Tekanan darah : untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan normalnya sistole 100-120mmHg, diastole60-80mmHg.
   d. Suhu : normalnya 36,5 – 37,5^{0}C, >37,5^{0}C termasuk hipertermi.
   e. Nadi : untuk memberi gambaran kardiovaskuler. Denyut normal 60 – 100x/menit.
   f. Pernafasan : untuk mengetahui sifat pernafasan dan bunyi pernafasan dalam satu menit. Pernafasan normal 16 – 24x/menit.
   g. HPL : Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur.
   h. TBJ :
      1) Menurut Manuaba, dkk (2017), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohnson, yaitu:
         a) Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = (TFU – 12) × 155 gram
         b) Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin = (TFU – 11) × 155 gram
      2) Menurut Irianti,(2015) berat janin dapat dihitung dengan rumus Formula Dave, yaitu : TBJ = TFU x LP (lingkar perut)

2. Pemeriksaan fisik

   Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan klien serta tingkat kenyamanan fisik klien. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis diolah untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi klien.

   a. Kepala
      1) Rambut :warna rambut, rontok/tidak, mudah dicabut/tidak, kebersihan rambut dankulit
      2) Wajah :pucat/tidak, oedem palpebra dan pipi, terdapat kloasma gravidarum atau tidak
      3) Mata :simetris, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih atau tidak, fungsi penglihatan masihbaik/tidak
      4) Hidung : untuk mengetahui apakah ada polip, nafas cuping hidung maupun sekret yang keluar
      5) Telinga : untuk mengetahui keadaan telinga, liang telinga dan ada serumen atau tidak
      6) Mulut/gigi : kebersihan, caries, adakah stomatitis, adakah epulis, bibirpucat/tidak
   b. Leher

      Adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah bendungan vena jugularis, adakah pembesaran kelenjar limfe.

   c. Dada/ payudara

      Menurut Bobak, dkk (2015) dan Prawirohardjo (2015), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul *strechmark* pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
   d. Abdomen

      Menurut Mochtar (2015), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon.*

Palpasi :

Leopold 1 : Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

Leopold 2 : Menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3 : menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4 : pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2015).

Auskultasi :

Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 ×/menit (Kemenkes RI, 2015).

e. Genitalia dananus

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2015). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2015).

f. Ekstremitas

Mengetahui apakah simetris, adakah oedema pada ekstremitas atas dan bawah (+/+), adakah varises, kuku jari dan akral apakah pucat, refleks patella dapat(+/-)

3. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk

memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2015).

4. Pemeriksaanpenunjang
   a. Hemoglobin: Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Varney, dkk, 2007).
   b. Cardiotocography (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
   c. USG: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2015).
   d. Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2007).

3.2.2 Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data subyektif dan data obyektif yang telah diperoleh, mengidentifikasi masalah, kebutuhan, dan diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa kebidanan ini dibuat sesuai standard nomenklatur kebidanan.

Diagnosa :

G....P....A.... usia ....Usia Kehamilan ..... minggu inpartu kala 1 fase laten/fase aktif.

Janin tunggal/ganda hidup intrauterin

Masalah :

Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Varney, dkk, 2007).

Kebutuhan :

Kebutuhan ibu bersalin menurut Leaser & Keanne dalam Varney (1997) adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istrirahat dan tidur), kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support

person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

3.2.3 Idektifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dibuat setelah mengidentifikasi diagnosa atau masalah kebidanan yang berdasarkan data ada kemungkinan menimbulkan keadaan yang gawat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila mungkin dilakukan pencegahan.

3.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi Dan rujukan

Pada tahap ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan konsultasi, kolaborasi dengan dokter atau rujukan berdasarkan kondisi klien. Tindakan bisa terapi yang dibutuhkan segera untuk mengatasi masalah selama kehamilan.

3.2.5 Intervensi

Pada langkah ini ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Informasi atau data yang kurang dapat dilengkapi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh klien.

Dx : Ny. “X” usia ... tahun G....P....Ab.... UK... inpartu kala ….. janin tunggal/ kembar, hidup/ mati, intrauterin /ekstrauterin

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ..... diharapkan persalinan ibu dapat berjalan lancar tanpa ada komplikasi

Kriteria :

1. Keadaan umum ibu dan janin baik
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal
   a. TD : ± 120/80 mmHg, stabil
   b. N : 60 – 100 kali/menit
   c. S : 36,5 – 37,50C
   d. RR : 16 – 24 kali/menit
3. DJJ (+) 120-160 kali/menit
4. His adekuat dan sering, his 3-5 kali, lebih dari 40 detik dalam 10 menit
5. Kemajuan persalinan progresif : his teratur, semakin sering, intensitas kuat, pembukaan 1 cm/jam pada primipara dan 1cm/30 menit pada multipara
6. Ibu memahami kondisinya dengan mampu menjelaskan apa yang terjadi

pada dirinya dan kooperatif dengan penangananpersalinan yang diberikan oleh bidan

Intervensi

1. Jelaskan kondisi ibu dan janin saat ini berdasarkan hasil pemeriksaan

   R/ Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan diharapkan klien dapat mengerti tentang kondisinya saat ini dan dapat mempersiapkan diri untuk persalinan yang akan dihadapi.

2. Berikan dukungan psikologis pada klien

   R/ Dengan memberikan dukungan psikologis diharapkan klien dan keluarga dapat merasa tenang dalam menghadapi kondisi persalinannya saat ini.

3. Penatalaksanaan teknik relaksasi sebelum persalinan

   a Berikan penjelasan agar ibu dalam posisi miring ke kiri agar proses penurunan kepala bayi dapat terjadi lebih cepat

     R/ Dengan memberikan penjelasan tentang posisi miring ke kiri diharapkan proses persalinan ibu dapat berjalan dengan lancar karena kepala bayi cepat turun ke dalam panggul.

   b Berikan penjelasan tentang teknis bernafas jika kontraksi datang agar mengurangi rasa nyeri.

     R/ Dengan memberikan KIE tentang teknis bernafas selama persalinan diharapkan ibu memahami teknik pernafasan sehingga dapat mengatur pola pernafasannya dan persalinan dapat berjalan lancar.

   c Berikan penjelasan bahwa ibu tidak boleh mengejan dahulu karena pembukaan belum lengkap

     R/ Dengan tidak mengejan sebelum waktunya diharapkan tidak terjadi masalah pada jalan lahir seperti pembengkakan dan ruptur.

4. Lakukan observasi kondisi ibu (tekanan darah, suhu, nadi) dan kondisi janin(denyut jantung janin), kontraksi, dan pemeriksaan dalam selama persalinan secara teratur

   R/ Dengan melakukan pemeriksaan kondisi ibu dan janin diharapkan dapat dipantau secara berkelanjutan dan dapat dideteksi sejak dini jika ada komplikasi selama persalinan.

5. Anjurkan ibu agar makan dan minum secukupnya untuk persiapan tenaga mengejan saat persalinan

R/ diharapkan ibu mempunyai energi yang cukup untuk mengejan sehingga proses persalinannya dapat berjalan lancar

6. Berikan saran kepada ibu agar sering berkemih dan tidak menahan buang air kecil

   R/ Dengan memberikan saran kepada ibu untuk sering berkemih diharapkan penurunan kepala dapat lebih cepat terjadi karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala

7. Ajarkan ibu tentang cara mengejan yang benar setelah pembukaan lengkap selama proses persalinan

   R/ Dengan mengajarkan cara mengejan yang benar selama persalinan diharapkan proses persalinan dapat lancar

8. Berikan saran kepada suami dan keluarga agar menemani ibu dan memijat punggung ibu atau membasuh muka ibu

   R/ Dengan ditemani suami dan keluarga serta diberikan pijatan punggung diharapkan ibu lebih tenang, rileks dan tidak gelisah selama proses persalinan

9. Persiapkan alat dan obat untuk persalinan

   R/ Dengan mempersiapkan alat dan obat untuk menolong persalinan sejak kala I diharapkan saat pembukaan sudah lengkap ibu dapat langsung dipimpin bersalin dan proses persalinan dapat berjalan lancer

10. Lakukan asuhan kebidanan kala I dan observasi.

    R/ Dengan melakukan asuhan kebidanan kala I diharapkan dapat mendeteksi kelainan pada kala I.

3.2.6 Implementasi

Melaksanaan rencana perawatan secara menyeluruh, langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau tim kesehatan yang lain. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri bidan bertanggungjawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberi kontribusi terhadap penatalaksaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

3.2.7 Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif dalam pelaksanaannya. Meliputi evaluasi tindakan yang dilakukan segera

dan evaluasi asuhan kebidanan yang meliputi catatan perkembangan. Untuk pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP.

S : Data Subyektif, data ini diperoleh melalui anamnesa.

O : Data Obyektif, hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya.

A : Assessment
Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan.

P : Penatalaksanaan, merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat

3.3 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Nifas

3.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney, 2007).

A. Data Subjektif

Data Subjektif adalah data yang didapat berdasarkan persepsi dan pendapat klien tentang masalah kesehatan mereka. Sumber data pengkajian dapat berasal dari anamnesa klien, keluarga dan orang terdekat, anggota tim perawatan kesehatan, catatan medis, dan catatan lainnya.

1. Biodata

Nama Klien : untuk mengetahui identitas klien dan memudahkan pelayanan kesehatan/rumah sakit serta sebagai catatan apakah klien pernah dirawat di salah satu tempat tersebut atautidak.

Nama Suami : untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab dalam pembiayaan dan pemberian persetujuan tindakan medis atau perawatan.

Umur : Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan koagulasi, respon inflamasi yang lebih lambat dan penurunan aktivitas fibroblast atau tidak.

Agama : Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya

Suku Bangsa : Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.

Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.

Pekerjaan : Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.

Alamat : Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

2. Alasan Datang

   Untuk mengetahui alasan klien berkunjung ke puskesmas.

3. Keluhan Utama

   Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan. Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).

4. Riwayat Pernikahan

   Untuk mengetahui klien menikah berapa kali (pernikahan beberapa kali dengan klien yang berbeda berisiko mengalami gangguan

reproduksi), lama pernikahan klien dan usia klien pertama kali menikah.

5. Riwayat Obstetri
   a. Riwayat Menstruasi
      1) Menarche : untuk mengetahui usia pertama kali klien mengalami menstruasi.
      2) Siklus menstruasi : untuk mengetahui siklus menstruasi yang dialami klien apakah siklusnya teratur atau tidak dan berapa hari siklus menstruasi klien. Normal 25-38 hari (±28hari).
      3) Lama menstruasi : untuk mengetahui lamanya menstruasi klien, perkiraan jumlah perdarahan yang dialami klien (dihitung melalui jumlah pembalut yang digunakan klien dalam 1 hari ketika menstruasi), mengidentifikasi apakah ada kelainan lamanya menstruasi pada klien atau tidak. Normal 3-8 hari
      4) Keluhan : untuk mengetahui adakahkeluhan yang dirasakan klien terkait menstruasi misalnya adakah nyeri haid, adakah fluor albus (keputihan) yang berlebihan dan lain-lain.
   b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

      Untuk mengetahui jumlah kehamilan sebelumnya dan hasil konsepsi akhir (abortus, lahir hidup, penolong persalinan, apakah anaknya masih hidup, dan apakah dalam kesehatan yang baik), apakah terdapat komplikasi intervensi pada kehamilan, persalinan ataupun nifas sebelumnya (Hidayat, 2013).
   c. Riwayat Keluarga Berencana

      Yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah menjadi akseptor KB. Jika pernah, kontrasepsi apa yang pernah digunakan, berapa lama, mulai menggunakan, kapan berhenti, keluhan pada saat ikut KB dan alasan berhenti KB (Hidayat, 2013).
6. Riwayat Kesehatan
   a. Riwayat Kesehatan Klien

      Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis, atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien. Atau untuk

mengetahui apakah klien mempunyai alergi obat atau tidak. Mengetahui penyakit yang diderita ibu sekarang.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga baik pihak suami maupun istri yang pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis, atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan klien. Atau dari anggota keluarga ada riwayat mempunyai anak kembar.

7. Riwayat Sosial dan Budaya
   a. Respon pasien dan keluarga terhadap kondisi kesehatan klien saat ini.
   b. Pengaruh budaya terhadap penatalaksanaan gejala gangguan kesehatan reproduksi misalnya penggunaan ramuan tradisional.
8. Data Psikologis

   Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in, taking hold atau letting go.*

   Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya sibling rivalry.

   Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.
9. Pola Kebiasaan Sehari-hari
   a. Pola nutrisi dan cairan

      Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari

dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).

b. Pola istirahat

Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).

c. Pola seksual

Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).

d. Pola aktifitas

Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).

e. Pola eliminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2019). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2015).

f. Pola personal *hygiene*

Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).

B. Data Objektif

Data Objektif adalah data yang dikumpulkan untuk menegakkan diagnosa melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan pemeriksaan penunjang (Sulistyawati, 2014).

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : untuk mengetahui keadaan klien lemah, cukup, atau baik

b. Kesadaran : Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2018).
c. Tekanan darah : untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan normalnya sistole 100-120mmHg, diastole60-80mmHg.
d. Suhu : normalnya 36,5–37,5^{0}C,>37,5^{0}C termasuk hipertermi.
e. Nadi : untuk memberi gambaran kardiovaskuler. Denyut normal 60 – 100x/menit.
f. Pernafasan : untuk mengetahui sifat pernafasan dan bunyi pernafasan dalam satu menit. Pernafasan normal 16 – 24x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan klien serta tingkat kenyamanan fisik klien. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis diolah untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi klien.

a. Kepala
   1) Rambut : warna rambut, rontok/tidak, mudah dicabut/ tidak, kebersihan rambut dankulit
   2) Wajah : pucat/tidak, oedem palpebra dan pipi, terdapat kloasma gravidarum atau tidak
   3) Mata : simetris, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih atau tidak, fungsi penglihatan masihbaik/tidak
   4) Hidung : untuk mengetahui apakah ada polip, nafas cuping hidung maupun sekret yang keluar
   5) Telinga : untuk mengetahui keadaan telinga, liang telinga dan ada serumen atau tidak
   6) Mulut/gigi : kebersihan, caries, adakah stomatitis, adakah epulis, bibirpucat/tidak
b. Leher

   Adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah bendungan vena jugularis, adakah pembesaran kelenjar limfe.

c. Dada/payudara

Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2015).

d. Abdomen

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, linea nigra dan strechmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2015). Tinggi fundus uteri pada masa nifas dapat dilihat pada tabel 2.1 untuk memastikan proses involusi berjalan lancar.

e. Genitalia dananus

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, keputihan, varises, pembesaran kelenjar bartolini dan pengeluaran lokhea (lokhea rubra, sanguilenta, serosa atau alba).

f. Luka Perineum

Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).

g. Ekstremitas

Mengetahui apakah simetris, adakah oedema pada ekstremitas atas dan bawah (+/+), adakah varises, kuku jari dan akral apakah pucat, refleks patella dapat(+/-)

3. Pemeriksaan penunjang

a. Hemoglobin

Pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).

b. Protein Urine dan glukosa urine

Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2007).

3.3.2 Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data subyektif dan data obyektif yang telah diperoleh, mengidentifikasi masalah, kebutuhan, dan diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa kebidanan ini dibuat sesuai standard nomenklatur kebidanan.

Diagnosa : P....A.... usia ....tahun .... post partum ke .....

3.3.3 Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dibuat setelah mengidentifikasi diagnosa atau masalah kebidanan yang berdasarkan data ada kemungkinan menimbulkan keadaan yang gawat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila mungkin dilakukan pencegahan.

Diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada ibu nifas antara lain:

1. Perdarahan postpartum
2. Infeksi puerperium : vulvitis, vaginitis, servisitis, endometritis, peritonitis, parametritis, mastitis danabses,
3. ISK (Infeksi Saluran Kencing)
4. Subinvolusi Uterus
5. Depresi Postpartum

3.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi Dan Rujukan

Pada tahap ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan konsultasi, kolaborasi dengan dokter atau rujukan berdasarkan kondisi klien. Tindakan bisa terapi yang dibutuhkan segera untuk mengatasi masalah selama kehamilan.

3.3.5 Intervensi

Pada langkah ini ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Informasi atau data yang kurang dapat dilengkapi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh klien.

Dx :Ny. “X” usia ... tahun P....A.... usia ... tahun post partum hari ke...

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 24 jam, diharapkan kondisi kesehatan klien membaik

Kriteria hasil :

1. TTV dalam batas normal yaitu :

   TD : normalnya 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg

   N : normalnya 60-100x/menit

S : normalnya 36.5-37.5°C

RR : normalnya 16-24x/menit

2. Tidak terjadi perdarahan yaitu perdarahan < 500 mL.
3. Kontraksi uterus baik.
4. TFU sesuai hari *post partum*.

Intervensi :

Langkah ini berisi serangkaian asuhan yang akan diberikan kepada klien sesuai diagnosa atau masalah awal yang ada sesuai dengan standar pelayanan.

1. Lakukan prosedur PPI dan oendekatan terapeutik pada klien

   R/ dengan melakukan prosedur PPI akan memperkecil kemungkinan penularan infeksi nosokomial. Dan melalui pendekatan terapeutik akan terjalin kerjasama yang kooperatif antara klien dan petugas kesehatan.
2. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien

   R/ ibu mempunyai hak untuk mengetahui kondisi masa nifasnya saat ini.
3. Berkolaborasi dengan dokter dan berikan terapi klien sesuai hasil kolaborasi degan dokter :

   R/ memberikan terapi yang tepat pada klien, menurunkan morbiditas dan mencegah komplikasi ibu dan bayi
4. Berikan informasi tentang cara mengurangi nyeri dengan relaksasi, distraksi, dan mobilisasi dini

   R/ dapat memberikan sensasi nyaman, mengurangi nyeri, mengalihkan perhatian dari nyeri dan melatih diri untuk mobilisasi.
5. Motivasi klien dalam pemberian ASI eksklusif bayi

   R/ dengan memberikan ASI eksklusif dapat mempercepat involusi uteri dan memberikan nutrisi terbaik bagi bayi dalam 6 bulan pertama kehidupannya.
6. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari

   R/ dapat membantu klien memenuhi kebutuhan nutrisi dan meningkatkan kenyamanan ibu serta mencegah infeksi pada ibu.
7. Menjelaskan pada ibu mengenai personal hygiene agar ibu tetap menjaga kebersihan kemaluannya, antara lain dengan :

   a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.

   b. Ajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa Ia mengerti untuk membersihkan daerah di

sekitar vulva terlebih dahulu, dan depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan din setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan balk, dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.
d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
e. Jika ibu mempunyai luka, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka

   R/ dengan menjaga kebersihan kemaluannya dapat menghindari infeksi pada ibu.

8. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga asupan nutrisi dan cairannya karena penting untuk pemulihan kondisi ibu dan untuk memperlancar ASI ibu, antara lain dengan :
   a. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
   b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
   c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap han (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
   d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
   e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa membenikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

      R/ Nutrisi (protein) berperan penting dalam proses involusi uterus serta baik untuk memperlancar ASI
9. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga pola istirahat karena penting untuk pemulihan kondisi ibu,
   a. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
   b. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
   c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
      1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi

2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
3) Menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

R/ Istirahat yang cukup berperan penting dalam proses involusi uterus serta baik untuk memperlancar ASI

10. Menganjurkan pada ibu untuk selalu atau minimal setiap 2 jam untuk menyusui bayinya dengan ASInya R/ Agar nutrisi bayi tetap terpenuhi dan mempercepat proses pemulihan involusi.

3.3.6 Implementasi

Melaksanaan rencana perawatan secara menyeluruh, langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau tim kesehatan yang lain. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri bidan bertanggungjawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberi kontribusi terhadap penatalaksaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

3.3.7 Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif dalam pelaksanaannya. Meliputi evaluasi tindakan yang dilakukan segera dan evaluasi asuhan kebidanan yang meliputi catatan perkembangan.

Untuk pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP.

S : Data Subyektif

Data ini diperoleh melalui anamnesa.

O : Data Obyektif

Hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya.

A : Assessment

Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan.

P : Penatalaksanaan

Merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat.

3.4 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

3.4.1 Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan

langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

A. Data subjektif

1. Anamnesa

Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat kesehatan, serta pengetahuan klien. Anamnesa dapat dilakukan dua cara yaitu sebagai berikut:

a. Identitas bayi

1) Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari- hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati, 2015; h. 130)
2) Umur/ tanggal lahir Bayi baru lahir normalnya lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu. (Aiiyeyeh dan Lia, 2018; h. 2)
3) jenis kelamin untuk mengetahui jenis kelamin bayi.
4) anak ke untuk mengetahui anak kebrapa bayi tersebut
5) alamat ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Identitas ibu

1) Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari- hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati, 2015; h. 130)
2) Umur. Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dan komplikasi.
3) Agama Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
4) Pendidikan. Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. (Ambarwati, 2015; h.130)
5) Suku/bangsa. Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

6) Pekerjaan. Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. (Ambarwati, 2015; h.130)
7) Alamat Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

c. Riwayat antenatal Umur kehamilan neonatus cukup bulan adalah 37 minggu sampai 42 minggu (Maryunani dan Nurhayati, 2018; h. 20)
d. Penyakit selama hamil Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, misalnya penyakit diabetes. (Maryunani dan Nurhayati, 2018; h. 20)

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum
   a. Keadaan umum Yang perlu diperhatikan dalam kondisi umum ini adalah keadaan umum: kesadaran dan keaktifan.
   b. Tonus otot Tonus otot bayi normal adalah bergerak aktif.
   c. Pernafasan Dalam pernafasan bayi baru lahir ditandai dengan bayi segera lahir menangis kuat.
   d. Warna kulit Warna kulit pada bayi baru lahir normal adalah bewarna kemerahan/ merah muda, dan terdapat lanugo dan vernixcaseosa, dan bayi yang mengalami kelaian dapat menunjukkan perubahan warna sianosis yang dapat berbahaya pada bayi. (Maryunani dan Nurhayati, 2018; h. 74-73)
2. Pemeriksaan Fisik
   a. Kepala

      Periksa ada tidaknya *caput seccudanum* benjolan yang berisi cairan yang akan hilang dalam waktu 2-5 hari, *cepal hematoma* benjolan yang berisi darah menyelubungi tulang tengkorak akan hilang dalam waktu 1-3 bulan, jika ukuran kepala melebihi normal menunjukkan terjadinya *hidrosefalus*, jika kepala bayi kurang dari ukuran normal menunjukkan terjadinya *mikrosefalus*, jika ubun-ubun tertutup dampaknya mempengaruhi tumbuh kembang otak.

b. Muka

Warna kulit kemerah-merahan. Jika warna kulit biru menunjukkan bayi mengalami hipotermi.

c. Mata

Sklera putih atau kuning untuk melihat bayi menderita penyakit hepatitis atau tidak. Konjungtiva merah muda untuk melihat bayi mengalami anemis atau tidak.

d. Hidung

Periksa adanya lubang hidung atau tidak, simetris atau tidak, periksa adanya kelainan pernapasan cuping hidung atau tidak, jika iya maka bayi mengalami gangguan pada pernafasan.

e. Mulut

Adakah reflek menghisap. Dilihat apakah ada labiopalatoskhisis (palatum terbuka/celah langit-langit), perlu diketahui dengan cara pemberian minum dan pemeriksaan lebih lanjut.

f. Telinga

Ketika ditarik horizontal dari mata kedaun telinga, semestinya posisi telinga dan mata adalah sejajar. Bila posisi telinga dibawah atau lebih rendah dari garis horizontal tersebut, kemungkinan si bayi menderita sindrom tertentu (sindrom trisami 9 atau 18).

g. Leher

Leher tampak lebih pendek akan tetapi pergerakannya baik. Apabila terdapat keterbatasan perlu diperkirakan adanya kelainan tulang leher. Tumor didaerah leher seperti tiroid, hemangioma, higroma kristik selain merupakan masalah sendiri dapat menekan trankea sehingga memerlukan tindakan segera. Trauma leher dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brankialis sehingga terjadi fariesis pada tangan, lengan atau diafragma.

h. Dada

Simetris, tidak ada retaksi dada. Jika ada menandakan bayi mengalami gangguan pernafasan, periksa ada tidaknya wheezing dan ronchi jika ada menunjukkan kelainan paru-paru.

i. Abdomen

Bentuknya, lingkar perutnya, apakah ada tonjolan, apakah ada tanda-tanda infeksi tali pusat seperti kemerahan didaerah tali pusat, keluar nanah, berbau, disertai demam. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat *hernia diafragmatika*, jika perut kembali membuncit kemungkinan karna *hepatosplenomegaly* atau tumor lainnya, jika perut kembung kemungkian adanya *entrokolitis vesikalis*, *amfalokel*, atau duktus *amfaloentriskuspersiten*. Lakukan auskultasi adanya bising usus jika ada bising usus yang melebihi normal menunjukkan bayi diare. (Marmi, 2015)

j. Genetalia

Untuk bayi laki-laki testis sudah turun kedalam skrotum atau belum, jika sudah menandakan bahwa bayi aterm, ujung penis terdapat lubang uretra atau tidak, untuk bayi perempuan uretra berlubang atau tidak, apakah labia mayora sudah menutupi labia minora.

k. Anus

Anus berada digaris tengah, pastikan keluarnya meconium tidak terdapat atresia ani atau tidak memiliki lubang anus.

l. Ekstremitas

Melihat jumlah jari-jari kaki dan tangan apakah (*polidaktil*) kelebihan jari dan (*sindaktil*) kurang jari.

3. Pemeriksaan antopometri:
   a. BB/TB (2500-3500gram, 48-52 cm).
   b. Lingkar kepala (33 – 38 cm).
   c. Lingkar lengan atas (10 – 11 cm).
   d. Ukuran kepala (diameter sub oksiput bregmatika).
   e. Antara foramen magnum – ubun-ubun besar (9,5 cm).
   f. Diameter fronto oksipitalis, antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm).
   g. Diameter mento oksipitalis, antara dagu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm).

4. Pemeriksaan reflek
   a. *Morro*

      Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arahluar sedangkan lutut *fleksi* kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2015). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan.
   b. *Rooting*

      Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arahsentuhan (Ladewig, dkk, 2015). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur.
   c. *Sucking*:

      Bayi menghisap dengan kuat dalam berenspons terhadap stimulasi.Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keaadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2018).
   d. *Grasping*

      Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengansebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat (Ladewig, dkk, 2015). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan.
   e. Babinski

      Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun.

3.4.2 Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data subyektif dan data obyektif yang telah diperoleh, mengidentifikasi masalah, kebutuhan, dan diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa kebidanan ini dibuat sesuai standard nomenklatur kebidanan.

Diagnosa: Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK)

3.4.3 Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dibuat setelah mengidentifikasi diagnosa atau masalah kebidanan yang berdasarkan data ada kemungkinan menimbulkan keadaan yang gawat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila mungkin dilakukan pencegahan.

3.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi Dan Rujukan

Pada tahap ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan konsultasi, kolaborasi atau rujukan berdasarkan kondisi klien. Tindakan bisa terapi yang dibutuhkan segera untuk mengatasi masalah.

3.4.5 Intervensi

Pada langkah ini ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Informasi atau data yang kurang dapat dilengkapi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh klien.

Dx : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 6 jam, diharapkan kondisi kesehatan bayi baik

Kriteria hasil :

1. TTV dalam batas normal yaitu:
   N : normalnya 110-160x/menit
   S : normalnya 36.5-37.5°C
   RR : normalnya 30-50x/menit
2. Tidak ada komplikasi pada neonatus

Intervensi :

Langkah ini berisi serangkaian asuhan yang akan diberikan kepada klien sesuai diagnosa atau masalah awal yang ada sesuai dengan standar pelayanan.

1. Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD
   R/ Bayi yang diselimuti kain yang sudah basah dapat terjadi kehilangan panas secara konduksi. Dengan dilakukan IMD dapat memperkuat jalinan kasih saying ibu dan bayi, menjaga kehangatan tubuh bayi.
2. Berikan Vitamin K 1mg
   R/ Pemberian vitamin K1 pada bayi baru lahir untuk mencegah kemungkinan terjadinya perdarahan.

3. Lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat
   R/ dengan membalut tali pusat dengan kasa dapat menghindari infeksi pada bayi.
4. Oleskan salep mata
   R/ dengan diberikan salep mata pada bayi baru lahir dapat mencegah kebutaan
5. Berikan imunisasi Hb-0
   R/ dengan diberikan imunisasi Hb-0 dapat terhindar dari penyakit hepatitis
6. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu nadi dan respirasi
   R/ dengan dilakukan monitoring TTV dapat mengetahui kondisi bayi

3.4.6 Implementasi

Melaksanaan rencana perawatan secara menyeluruh, langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau tim kesehatan yang lain. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri bidan bertanggungjawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberi kontribusi terhadap penatalaksaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

3.4.7 Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif dalam pelaksanaannya. Meliputi evaluasi tindakan yang dilakukan segera dan evaluasi asuhan kebidanan yang meliputi catatanperkembangan.

Untuk pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP.

S : Data Subyektif
Data ini diperoleh melalui anamnesa.

O : Data Obyektif
Hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya.

A : Assessment
Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan.

P : Penatalaksanaan
Merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat.

3.5 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

3.5.1 Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

A. Data Subjektif

Data Subjektif adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian kepada klien/pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian (Kemenkes, 2017). Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis (Kemenkes, 2017). Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi.

a) Biodata

Nama Klien:untuk mengetahui identitas klien, jika klien pengunjung lama, dapat memudahkan petugas untuk mencari rekam medik yang terdahulu.

NamaSuami:untuk mengetahui yang bertanggung jawab dan pemberian persetujuan dalam setiap tindakan.

Umur :untuk mengetahui usia klien saat ini sehingga dapat memberikan rekomendasi jenis kontrasepsi yang tepat dan minim efek samping. Salah satu kontraindikasi pemakaian kb suntik 1 bulan adalah >35 tahun.

Alamat :untuk mengetahui letak lingkungan tempat tinggal klien apakah dekat atau jauh dari pelayanan kesehatan khususnya dalam pemeriksaan prakonsepsi. Selain itu, alamat juga bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

Agama :untuk mengetahui gambaran dan spiritual klien saat ini sehingga memudahkan dalam pemberian bimbingan keagamaan.

Pendidikan :untuk mengetahui pendidikan yang pernah dilalui oleh klien sehingga dapat menyesuaikan pemberian informasi maupun edukasi tentang hasil pemeriksaan. Bidan perlu mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

Pekerjaan : untuk mengetahui aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh klien sehingga dapat memberi informasi dan menyesuaikan jenis kontrasepsi yang tepat.

Suku :untuk mengetahui suku, adat, daerah, budaya serta kebiasaan yang dilakukan dalam kesehariannya yang bersangkutan dengan prakonsepsi sehingga memudahkan terjadinya komunikasi.

b) Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan klien berkunjung ke layanan kesehatan.

c) Keluhan Utama

Untuk mengenal tanda dan gejala yang dialami selama penggunaan alat kontrasepsi.

d) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui jumlah anak dari klien yang akan menggunakan alat kontrasepsi.

b. Riwayat Kontrasepsi

Untuk mengetahui apakah klien pernah mengikuti program KB, berapa lama dan adakah keluhan selama menggunakan metode KB ataukah klien pernah mengganti KB.

e) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Klien

Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis atau penyakit hati akut, dan penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap alat kontrasepsi. Atau untuk mengetahui apakah klien mempunyai alergi obat atau tidak. Hal ini juga berkaitan dengan kontraindikasi dari kontrasepsi suntik yaitu tidak dianjurkan untuk klien dengan riwayat penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi diatas 180/110, riwayat kelainan tromboemboli, diabetes, maupun kanker payudara (Affandi, 2011).

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga baik dari ibu atau keluarga yang pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetus mellitus, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis, atau penyakit lain yang dapat berpengaruh terhadap penggunaan alat kontrasepsi. Hal ini berkaitan dengan kemungkinan penyakit keluarga yang menurun.

f) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola nutrisi dan cairan

Untuk mengetahui apakah kebutuhan nutrisi terpenuhi dan menjadi pertimbangan dalam pemilihan jenis kontrasepsi mengingat salah satu efek samping dari kontrasepsi suntik 1 bulan adalah mual/pusing/muntah (Affandi, 2011).

Makan: kualitas dan kuantitas makanan, normalnya 3x/hari dengan jenis umumnya (nasi, sayur, lauk pauk, buah)

Minum: normalnya sekitar 8 gelas/hari (teh, susu, air putih).

b. Pola aktivitas

Aktivitas klien bekerja dengan beban kerja tinggi/kegiatan fisik yang memberatkan klien yang dapat mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi.

c. Pola personal hygiene

Mengetahui tingkat kebersihan klien dan beberapa kebiasaan

yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan reproduksi, antara lain yaitu:

1. Ganti baju dan celana dalam: ganti baju minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal dua kali.
2. Ganti pembalut saat menstruasi : ganti pembalut saat menstruasi umumnya dalam selang waktu setiap 4 jam sekali.

d. Pola kebiasaan

Untuk mengetahui apakah klien merokok, mengkonsumsi alkohol, dan narkoba. Hal ini berkaitan dengan salah satu kontraindikasi dari suntik 1 bulan yaitu merokok.

B. Data Obyektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur. Informasi tersebut biasanya diperolah melalui pengamatan pancaindera (senses), yaitu 2S (sight, smell) dan HT (hearing, touch atau taste) selama pemeriksaan fisik. Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Kemenkes, 2017). Contoh data objektif adalah frekuensi pernafasan, tekanan darah, edema dan berat badan.

a) Pemeriksaan umum

Keadaan umum: untuk mengetahui keadaan klien apakah siap untuk diberikan kontrasepsi suntik 3 bulan, keadaan ini seperti lemah, cukup, baik.

Kesadaran : untuk memastikan pemilihan kontrasepsi sesuai dengan kehendak klien setelah melalui screening, kesadaran meliputi composmentis, apatis, konfusi.

Postur : untuk mengetahui postur tubuh klien apakah lordosis,kifosis atau skoliosis.

b) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan sebelum dan sesudah : untuk menjadi pertimbangan

akan efek samping dari kb suntik 3 bulan yaitu kenaikan berat badan normal selama pemakaian alat kontrasepsi.

1. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah untuk KB suntik 3 Bulan	:normalnya sistole 100-120mmHg, diastole 60-80mmHg, untuk KB suntik 3 bulan tidak diperbolehkan TD>180/110mmHg
Suhu : 36,5 – 37,5^{0}C , Nadi: 60–100x/menit. Pernafasan: 16–24x/menit.	

c) Pemeriksaan fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan klien serta tingkat kenyamanan fisik klien. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis diolah untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi klien.

a. Kepala
   - Wajah : pucat/tidak, terdapat oedema atau tidak
   - Mata : simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda / pucat, sklera putih atau tidak, fungsi penglihatan masih baik atau tidak.

b. Payudara : simetris kanan dan kiri, ada/tidak benjolan abnormal

c. Abdomen

   Untuk mengetahui apakah terdapat luka bekas operasi SC, adakah massa pada abdomen dan nyeri tekan.

d. Glutea

   Untuk mengetahui apakah glutea bersih, terdapat luka, terdapat bekas luka, yang dapat mempengaruhi lokasi penyuntikkan

3.5.2 Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data subyektif dan data obyektif yang telah diperoleh, mengidentifikasi masalah, kebutuhan, dan diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa kebidanan ini dibuat sesuai standard nomenklatur kebidanan. Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Kemenkes, 2017).

Dx: P....Ab.... Akseptor aktif/baru .....

Ds: diperoleh dari keterangan dan keluhan yang disampaikan ibu secara langsung

Do: diperoleh dari hasil pemeriksaan secara keseluruhan yang mengarah ke diagnosa.

Masalah : yang menyertai diagnosa dan keadaan pasien.

Kebutuhan : kebutuhan yang diberikan sesuai masalah yang ada dan tidak harus segera dilakukan.

3.5.3 Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dibuat setelah mengidentifikasi diagnosa atau masalah kebidanan yang berdasarkan data ada kemungkinan menimbulkan keadaan yang gawat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila mungkin dilakukan pencegahan. Diagnosa potensial dan masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu akseptor KB. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Kemenkes, 2017).

3.5.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi, Dan Rujukan

Tahap ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi, tindakan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, atau rujukan berdasarkan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi. Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik sehingga mengetahui penyebab langsung masalah yang ada serta diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebab masalah. Jadi tindakan segera bisa juga berupa observasi/pemeriksaan. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yag gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu (Yanti, 2017).

3.5.5 Intervensi

Rencana penatalaksanaan asuhan disusun setelah diagnosa ditegakkan. Pilihan intervensi efektif dipengaruhi oleh bukti-bukti klinik, keinginan dan kepercayaan ibu, tempat dan waktu asuhan, perlengkapan, dan bahan dan obat-obatan yang tersedia, serta biaya yang diperlukan (Oktarina, 2016).

Dx :P.....Ab. Akseptor KB Suntik 1 Bulan, Suntik 3 Bulan, KB Kondom, KB AKDR, KB Implan, KB Pil, KB MAL, KB Mantap, KB MOW.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mendapatkan suntikan KB 3 bulan dengan aman

Kriteria hasil:

1) Ibu mengerti penjelasan bidan, ibu dapat mengulang kembali penjelasan bidan 1 ml Medroxyprogesterone acetate (150 mg) telah masuk, di muskulus gluteus maksimus (1/3 bagian luar antara SIAS & os. Coxigeus)
2) Tidak tampak kemerahan di area suntikan

   Intervensi:

   1. Jelaskan kondisi ibu berdasarkan hasil pemeriksaan

      R/ dengan menjelaskan hasil pemeriksaan diharapkan klien dapat mengetahui kondisinya dan dapat merasa tenang setelah mengetahui kondisinya yang mendukung dirinya menggunakan KB yang diinginkan.
   2. Injeksikan obat KB 3 bulan yaitu 1 ml Medroxyprogesterone acetate (150 mg) secara IM di 1/3 lateral SIAS-coccygeus.

      R/ pemberian obat KB suntik 1 bulan dapat menunda kehamilan selama 1 bulan sesuai yang diinginkan klien.
   3. Anjurkan ibu untuk tidak memasase bekas penyuntikan.

      R/ memasase tempat penyuntikan akan mempengaruhi proses metabolisme obat, obat akan terserap dengan cepat oleh tubuh akibat proses pelebaran pembuluh darah sekitar yang mengakibatkan simpanan obat dalam otot meresap kedalam pembuluh darah. Efek obat yang habis sebelum waktunya akan meningkatkan kegagalan penggunaan kontrasepsi.
   4. Informasikan ibu waktu suntikan ulang yaitu 12 minggu setelah penyuntikan.

      R/ resiko ibu yang tidak melakukan suntik ulang adalah program keluarga berencana akan gagal dan kemungkinan ibu akan hamil kembali sangat besar.

3.5.6 Implementasi

Langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun

bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut (Megasari dkk., 2015)

3.5.7 Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif dalam pelaksanaannya. Meliputi evaluasi tindakan yang dilakukan segera dan evaluasi asuhan kebidanan yang meliputi catatan perkembangan. Untuk pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP.

S : Data Subyektif

Data ini diperoleh melalui anamnesa.

O : Data Obyektif

Hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya.

A : Assessment

Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan.

P : Penatalaksanaan

Merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat