

BAB III

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN VARNEY

1.1. Konsep Manajemen Kebidanan Kehamilan

Menurut Varney (1997) manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Berikut penjelasan dari ketujuh langkah menurut Helen Varney:

1. Langkah I: Pengumpulan data dasar

a. Data Subjektif

1. Identitas

- (1) Nama
- (2) Umur
- (3) Suku/bangsa
- (4) Agama
- (5) Pendidikan
- (6) Pekerjaan
- (7) Alamat
- (8) Telepon

b. Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Seperti, ibu mengeluh sering buang air kecil, nyeri punggung dan kaki pegal-pegal, atau mengeluh adanya keputihan, dan ingin melakukan pemeriksaan (Sulistiyawati, 2016).

c. Riwayat menstruasi

Pengkajian riwayat menstruasi meliputi menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah haid yang keluar, karakteristik darah, keluhan yang dialami selama haid (disminorea, perdarahan disfungsi misal nya spotting, menoragia, dan lain-lain) (Hani, Kusbandiyah, Marjati, & Yulifah, 2014).

d. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita oleh ibu, pernah dirawat atau tidak.

e. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Meliputi jumlah kehamilan, jumlah persalinan, persalinan cukup bulan, persalinan premature, jumlah anak hidup, jumlah keguguran, cara persalinan, ada tidaknya (perdarahan pada kehamilan, persalinan, dan

nifas yang lalu), ada tidaknya riwayat hipertensi pada kehamilan terdahulu, berat lahir ($<2,5$ kg atau < 4 kg). Ada tidaknya (masalah-masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu) (Saminem, 2010).

f. Riwayat psiko-sosial-ekonomi

Riwayat sosial dan ekonomi meliputi status perkawinan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, gizi yang dikonsumsi dan kebiasaan makan, kebiasaan hidup sehat, merokok dan minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang, beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan (Walyani, Elisabeth S, 2015).

g. Riwayat KB

Tanyakan pada klien metode KB apa yang selama ini ia gunakan. Berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut (Walyani, Elisabeth S, 2015).

h. Pola makan/minum

Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa ia makan. Bagaimana porsi makan klien. Bagaimana frekwensi makan klien per hari. Apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makan (Elisabeth, 2015).

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum: composmentis (kesadaran baik), gangguan kesadaran (apatis, samnolen, spoor, koma) (Elisabeth, 2015).

(2) Tanda-tanda vital: meliputi tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan.

a) Tekanan darah: normalnya 110/80 mmHg - 140/90 mmHg. Bila $>140/90$ mmHg, hati-hati adanya hipertensi/preeklamsi (Elisabeth, 2015).

b) Nadi: normalnya 60-100 x/menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung (Elisabeth, 2015).

- c) Pernafasan: pernafasan normal berkisar 16-24 x/menit (Romauli, 2011).
- d) Suhu tubuh: normalnya 36,5°C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi (Elisabeth, 2015).

2. Pemeriksaan Fisik:

- (1) Muka/ wajah
- (2) Kepala: warna rambut, kepala bersih, rambut tidak rontok
- (3) Mata: tidak anemis, sklera tidak ikterus, pandangan tidak kabur
- (4) Rahang, gigi, gusi: rahang normal, gigi tidak karies, gusi tidak berdarah
- (5) Leher: tidak ada pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe/getah bening (Marmi, 2015).
- (6) Payudara: inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu, palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrums (Walyani, Elisabeth S, 2015). Tidak terdapat benjolan/masa yang abnormal. (Marmi, 2015).
- (7) Axilla: tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe.
- (8) Abdomen: inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus, dan lain-lain, pigmentasi di linea alba, nampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi (Elisabeth, 2015). Menilai ada tidaknya massa abnormal dan ada tidaknya nyeri tekan. (Marmi, 2015).
- (9) Ekstremitas: inspeksi pada tibia dan jari untuk melihat adanya oedema dan varises. Bila terjadi oedema pada tempat-tempat tersebut kemungkinan terjadinya pre-elamsia (Elisabeth, 2015). Tidak ada odema, CRT <2 detik, akral hangat, pergerakan bebas, tidak ada varises (Marmi, 2015).
- (10) Vagina dan Vulva: inspeksi untuk mengetahui adanya oedema, varises, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar, dan sebagainya (Walyani, Elisabeth, 2015). Tidak terdapat tanda-tanda IMS (Marmi, 2015).

3) Palpasi

- (1) Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus dan menentukan apa yang terdapat pada fundus

- (2) Leopold II : untuk menentukan apa yang terdapat pada bagian kiri dan kanan perut ibu, kemungkinan teraba punggung, anggota gerak, atau kepala.
- (3) Leopold III : untuk menentukan apa yang terdapat pada bagian terbawah dari ibu, kemungkinan teraba kepala, bokong.
- (4) Leopold IV : untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum (Sulistyawati, 2016).

4) Auskultasi

Terdengar DJJ (normal 120x/menit-160x/menit) reguler/ireguler.

5) Perkusi

Pemeriksaan reflek patella kiri dan kanan yang berkaitan dengan kekurangan vitamin B1 dan penyakit syaraf (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013).

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Hemoglobin
- 2) Golongan darah
- 3) USG
- 4) Protein urine dan glukosa urine
- 5) HIV, HbsAg, Syphilis

2. Langkah II: Interpretasi Data

Analisis dan interpretasi data menghasilkan rumusan diagnosis kehamilan. Rumusan diagnosis kebidanan pada ibu hamil disertai dengan dasar yang mencerminkan pemikiran rasional yang mendukung munculnya diagnosis (Mandriwati,2018).

3. Langkah III:Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. G (kehamilan ke), P (jumlah anak) yang terdiri dari aterm, preterm, imatur, hidup dengan (Nyeri punggung / kaki bengkak / cemas / gangguan tidur).

4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Langkah keempat ini mencerminkan keterkaitan antara proses manajemen kebidanan (Muslihatun, Muftlilah, & Setiyawati, 2013).

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan

Terapi berdasarkan teknologi tepat guna diberikan sesuai dengan keluhan atau guna mengurangi keluhan yang dialami klien seperti kompres hangat, senam hami, prenatal yoga, pemberian jus buah naga, terapi relaksasi, pijat perineum, terapi rendam air hangat, dll.

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 persalinaan seperti baju ganti ibu, pembalut, baju bayi handuk, bedong. Jadikan satu dalam tas, sehingga waktu tiba persalinaan bisa langsung dibawa.

R/ Mempermudah saat proses persalinaan.

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 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin.

6. Langkah VI: Penatalaksanaan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman.

7. Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini dilakukan untuk mengevaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013).

1.2. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinaan

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Romlah, 2018).

a. Data Subjektif

Data subjektif merupakan data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu

- 1) Nama Ibu dan Suami
- 2) Umur
- 3) Suku/ Bangsa
- 4) Agama
- 5) Pendidikan
- 6) Pekerjaan
- 7) Alamat

8) Telepon

9) Keluhan Utama

Pada kasus persalinan, informasi yang harus di dapat dari pasien adalah kapan mulai tersa kenceng-kenceng di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2012).

10) Riwayat Menstruasi

Beberapa data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi antara lain menarche, volume darah dapat menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan.

11) Mengkaji Riwayat Persalinan

Riwayat kelahiran bayi, berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya.

12) Pola Makan dan Minum

Mengetahui atau mendapat gambaran bagaimana ibu mencukupi asupan gizi selama kehamilan sampai dengan masa awal persalinan. Dari data pola makan kita dapat menggali menu makan, frekuensi makan, jumlah perhari yang dikonsumsi pasien (Sulistyawati, 2012). Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting. Karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi (Sulistyawati, 2012).

13) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan persalinan waktu Kala I.

14) Personal Hygiene

Data ini perlu digali, karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam proses persalinan. Beberapa kebiasaan yang dapat dilakukan adalah mandi, mengganti baju dan celana dalam. (Sulistyawati, 2012)

b. Data Objektif

1) Keadaan Umum

2) Kesadaran

3) Tanda Vital

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan. Nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan. Kemudian pemeriksaan pernafasan dan suhu badan (Rohani, 2011).

4) Kepala

Kebersihan rambut, telinga dan hidung. Pemeriksaan mata berupa konjungtiva, sklera, gangguan penglihatan (rabun dekat/jauh), kebersihan mulut, lidah, gigi karies (Sulistyawati, 2012).

5) Leher dan Dada

Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tyroid, vena jugularis. Pemeriksaan bentuk dada, payudara, keadaan puting, kolostrom, kebersihan, denyut jantung, gangguan pernapasan (Sulistyawati, 2012).

6) Abdomen

Bentuk, inspeksi bekas luka operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri, hasil pemeriksaan palpasi leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin, denyut jantung janin dan palpasi kandung kemih (pemantauan pengosongan kandung kemih) (Sulistyawati, 2012).

7) Genetalia

Periksa kebersihan, pengeluaran per vagina, kaji warna ketuban, bau, tanda-tanda infeksi vagina, dan dilakukan pemeriksaan dalam (Sulistyawati, 2012).

8) Ekstremitas

Ekstremitas atas periksa gangguan/kelainan dan bentuk. Sedangkan ekstremitas bawah periksa bentuk, oedema, dan varises.

9) Data Penunjang

Pemeriksaan USG, pemeriksaan laboratorium seperti kadar hemoglobin, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin (Sulistyawati,2012).

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian dan menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang akurat (Romlah, 2018).

Tabel 3.1 Interpretasi Data

Interpretasi Data	Diagnosa/Masalah/ Kebutuhan
<p>Data Subjektif : Ibu mengeluh kenceng-kenceng</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : baik 2. Kesadaran : composmentis 3. TTV (TD : 110/70-130/90 mmHg, S : 36,5-37,5 C N : 60-100x/menit, RR : 16-20x/menit) 4. Muka : Tidak pucat, tidak ikhterus 5. Payudara : Colostrum sudah/belum keluar 6. Pemeriksaan abdomen : Leopold I-IV 7. TBJ : Sudah masuk PAP: (TFU-11) x 155 8. Auskultasi DJJ antara 120-160x/menit 9. Kandung kemih : Kosong 10. Pemeriksaan dalam : Adanya pengeluaran lendir darah, porsio tebal lunak, terjadi pembukaan < 4 cm, presentasi kepala, penurunan kepala, hodge, selaput ketuban, dan penunjuk bagian terbawah janin 11. His adekuat (teratur, minimal 2x dalam 10 menit, durasi 40 detik) 12. Ekstermitas : Tidak oedema, tidak varises 	<p>G...PA UK ≥ 37 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterin</p>
<p>Data Subjektif : Nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang semakin sering, teratur, keluar lendir dan darah, perasaan sering berkemih dan jika berkemih hanya sedikit-sedikit (Marmi, 2016).</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembukaan >3 cm, primigravida 1 cm/jam, multigravida 2 cm/jam 2. Kontraksi setiap 2-3 menit berlangsung sekitar 60 detik 3. Fase akselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 3-4 cm 4. Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam, pembukaan 4-9 cm 5. Fase deselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 9-10 cm 6. Pemeriksaan dalam : Adanya pengeluaran lendir darah, porsio tebal lunak, terjadi pembukaan 4-10 cm, presentasi kepala, penurunan kepala, hodge, selaput ketuban, dan penunjuk bagian terbawah janin. (Sulistyawati, 2013). 	<p>G...PA UK ≥ 37 minggu inpartu kala I fase aktif (fase akselerasi/ fase dilatasi maksimal/ fase deselerasi) janin tunggal hidup intrauterine</p>
<p>Data Subjektif : Perutnya semakin mulas dan ingin meneran, keluar air ketuban dari jalan lahir, tanda dorongan kuat, tekanan pada anus, perineum menonjol serta vulva membuka</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan dalam : porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban pecah, kepala turun di H III-IV (Sulistyawati, 2012) 2. Ada dorongan meneran bersamaan kontraksi 3. Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/vagina 4. Perineum menonjol 	<p>G...PA UK ≥ 37 minggu inpartu kala II</p>

5. Vulva vagina dan sfingter ani membuka 6. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah 7. Ada kemajuan, penurunan kepala bayi 8. Persalinan spontan melalui vagina, bayi lahir tunggal, hidup, cukup bulan	
Data Subjektif : Merasa lelah namun lega bayinya sudah lahir dan perutnya terasa mules Data Objektif : 1. Bayi telah lahir 2. Palpasi uterus tidak teraba janin kedua 3. Kontraksi uterus baik, membulat, keras 4. Tali pusat terlihat memanjang 5. Semburan darah mendadak dan singkat 6. Plasenta lahir maksimal 30 menit sesudah kelahiran bayi 7. Bayi tidak menunjukkan tanda-tanda kesulitan nafas 8. APGAR skor >7 pada menit pertama dan kelima	PA dengan persalinan kala III
Data Subjektif : Merasa lemas tetapi bahagia karena bayinya sudah lahir. Data Objektif : 1. Keadaan umum ibu baik 2. TTV (TD : 110/70-130/90 mmHg, S : 36,5-37,5 oC 3. N : 60-100x/menit, RR : 16-20x/menit) 4. Plasenta lahir spontan, panjang tali pusat 30-90 cm, tebal tali pusat 2,5 cm, jumlah kotiledon 16-20, selaput ketuban utuh, jumlah perdarahan <500 cc, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat 5. Laserasi/tidak, perdarahan/tidak 6. Lokea tidak berbau busuk	PA dengan persalinan kala IV

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi atau bila memungkinkan upaya pencegahan sambil mengamati kondisi pasien (Saminem, 2010).

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlu atau tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter dan atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Saminem, 2010).

5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah kebidanan yang telah ditegakkan (Romlah, 2018). Terapi berdasarkan

teknologi tepat guna diberikan sesuai dengan keluhan atau guna mengurangi keluhan yang dialami klien seperti hypnobirthing, pijat effelurage, birthing ball, pemberian buah/ jus kurma, dll.

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 : \pm 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 1 cm / 30 menit pada multipara
6. Ibu memahami kondisinya dengan mampu menjelaskan apa yang terjadi pada dirinya dan kooperatif dengan penanganan persalinan 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 lancar

10) Lakukan asuhan kebidanan kala I dan observasi.

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

6. Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

Melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Romlah, 2018).

7. Langkah VII: Evaluasi

Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifitasnya dan asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi pasien (Romlah, 2018).

1.3. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

1. Identitas

(1) Nama

(2) Umur

(3) Suku/bangsa

(4) Agama

(5) Pendidikan

(6) Pekerjaan

(7) Alamat

(8) Telepon

(9) Riwayat kesehatan

(a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini

(b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

(10) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

(11) Riwayat obstetrik

(a) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Beberapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu

(b) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini

(12) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa

(13) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya.

(14) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

(a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum selama nifas, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan

(b) Eliminasi

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

(c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

(d) Personal Hygiene

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

(e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktifitas 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.

b. Data objektif

1) Pemeriksaan Umum

Mengenai pemeriksaan keadaan umum, kesadaran dan kesehatan ibu, untuk mengetahui kondisi ibu nifas secara umum

2) Pemeriksaan Tanda Vital

a. Tekanan darah

b. Nadi dan pernafasan

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

pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30 x/menit.

c. Suhu

Kenaikan suhu yang mencapai $\geq 38^{\circ}$ C adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi

3) Pemeriksaan Head To Toe

a. Muka : apakah terlihat pucat, oedema, atau limfe

b. Leher: apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan limfe

c. Dada : adakah payudara simetris, bagaimana konsistensinya dan bagaimana keadaan puting susu

d. Abdomen : dilihat konsistensi dan tinggi fundus uteri dan memeriksa kandung kemih penuh atau kosong

e. Punggung dan pinggang

f. Anogenital :

(a) Pengeluaran lochea

Untuk mengetahui warna, jumlah, bau konsistensi lochea ada kelainan atau tidak

(b) Perineum

Untuk mengetahui apakah ada bekas jahitan atau tidak juga tentang jahitan perineum klien. Perineum bersih atau tidak

g. Ekstremitas Atas dan bawah

(1) Edema : ada atau tidak

(2) Varises : ada atau tidak

(3) Refleks Patella : kanan/kiri +/-

(4) Tanda Hooman

h. Uji diagnostik

Darah : Pemeriksaan HB

Golongan darah : penting untuk transfusi darah apabila terjadi komplikasi

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : ibu post partum dengan luka jahitan laserasi / luka bekas operasi sesar

Masalah : Ibu merasa tidak nyaman dengan keadaannya sekarang dan masih merasakan mules sedikit.

Kebutuhan: perawatan luka jahitan laserasi

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Identifikasi masalah-masalah potensial atau diagnosa lain. Tahapan ini penting untuk mengantisipasi masalah, pencegahan bila memungkinkan guna keamanan pelayanan. Kemudian menentukan tindakan pencegahan dan persiapan kemungkinan terjadinya kegawatdaruratan pada ibu nifas.

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Pada langkah ini dilakukan tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani sesuai dengan kondisi klien. Biasanya pada nifas normal tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan atau tim kesehatan lain (Pitriani, Risa, 2014).

5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan menyeluruh dan rasional pada nifas normal meliputi :

- 1) Terapi dan asuhan
- 2) Pendidikan Kesehatan
- 3) Konseling
- 4) Kolaborasi (bila diperlukan)
- 5) Rujukan
- 6) Tindak lanjut

Terapi berdasarkan teknologi tepat guna diberikan sesuai dengan keluhan atau gunammengurangi keluhan yang dialami klien seperti senam nifas, terapi rendam air hangat dan garam, pijat oksitosin, perawatan payudara, dll.

Dx : Ny. "X" 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 :

- 1) Lakukan prosedur pencegahan infeksi dan pendekatan terapeutik pada klien
R/ dengan melakukan prosedur pencegahan infeksi akan memperkecil kemungkinan penularan infeksi nosokomial. 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 dengan 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 diri 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 baik, 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. Mengonsumsi 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 hari (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.

6. Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

7. Langkah VII: Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum telaksana (Anggraini, Y, 2010).

1.4. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Langkah 1: Pengkajian Data

a. Pengkajian Segera Setelah Lahir

Dengan penilaian APGAR, meliputi *appearance* (warna kulit), *pulse* (denyut jantung), *grimace* (reflek atau respon terhadap rangsang), *activity* (tonus otot) and *respiratory effort* (usaha bernafas). Pengkajian sudah dimulai sejak kepala tampak dengan diameter besar di vulva (*crowning*) (Muslihatun, 2010).

b. Pengkajian Keadaan Fisik

a) Data subyektif

Data subyektif ini meliputi riwayat kesehatan bayi baru lahir, antara lain:

- (1) Faktor genetik, kelainan/gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik.
- (2) Faktor maternal (ibu), ada atau tidaknya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH / isoimunisasi.
- (3) Faktor antenatal, meliputi pernah atau tidaknya ibu melakukan ANC, adanya riwayat perdarahan, preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, diabetes gestasional, poli atau oligohidramnion.
- (4) Faktor perinatal, meliputi premature/postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan.

b) Data obyektif

(1) Pemeriksaan umum

- (a) Pernafasan, pada BBL pernafasan normal yaitu 40-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi.
- (b) Warna kulit, BBL aterm terlihat lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih tebal.
- (c) Denyut jantung, denyut jantung BBL normal yaitu antara 120-160 kali per menit, tetapi dianggap masih normal jika di atas 160 kali per menit dalam jangka waktu pendek beberapa kali dalam satu hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami distress.
- (d) Suhu aksiler, yaitu 36,5-37,5°C.
- (e) Postur dan gerakan, pada BBL normal postur tubuh dalam keadaan istirahat yaitu kepala tangan longgar dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Pada bayi kecil ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi dengan letak sungsang selama masa kehamilan akan mengalami fleksi penuh pada sendi panggul dan lutut atau sendi lutut ekstensi penuh, sehingga kaki bisa dalam berbagai posisi sesuai bayi intra uterin.

- (f) Tonus otot/tingkat kesadaran, rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel, serta bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.
- (g) Ekstremitas, periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstremitas disentuh dan pembengkakan.
- (h) Kulit, warna kulit adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol. Selama BBL normal beberapa kelainan kulit juga masih dianggap normal.
- (i) Tali pusat, normalnya berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut / mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.
- (j) Berat badan, normalnya 2500-4000 gram.

(2) Pemeriksaan fisik

- (a) Kepala: ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil.
- (b) Muka: tanda-tanda paralisis.
- (c) Mata: keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan.
- (d) Telinga: kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala.
- (e) Hidung: kebersihan.
- (f) Mulut: ada/tidak trush, sianosis, mukosa kering/basah.
- (g) Leher: ada/tidak pembengkakan dan benjolan.
- (h) Klavikula dan lengan: gerakan dan jumlah jari.
- (i) Abdomen: ada/tidak penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, ada/tidak perdarahan tali pusat.
- (j) Genitalia: kelamin laki-laki; testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis, kelamin perempuan; vagina, uretra berlubang, terdapat labia mayora dan minora.
- (k) Tungkai dan kaki: gerakan, bentuk dan jumlah jari.
- (l) Anus: berlubang/tidak, posisi, fungsi sfingter ani.
- (m) Eliminasi: BBL biasanya BAK >6x/hari dan BAB 6-8x/hari.
- (n) Pengukuran antropometri: BB (normalnya 2.500-4.000 gram); PB (normalnya 45-50 cm); LK (normalnya 33-35 cm); LD (normalnya 30-33 cm); LILA (normalnya 11-15 cm) (Muslihatun, 2010).

b. Langkah 2: Interpretasi Data

Tabel 3.2 Interpretasi data BBL

Data	Diagnosa
Data Subyektif 1. Bayi menangis kuat 2. Kulit bayi kemerah-merahan 3. Kepalan tangan longgar 4. Lengan, panggul, lutut semi fleksi Data objektif 1. TTV : S : 36,5-37,5oC, N: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit. 2. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram 3. Panjang badan bayi 48-50 cm. 4. Lingkar dada bayi 32-34 cm. 5. Lingkar kepala bayi 33-35 cm. 6. Kulit kemerah-merahan dan licin. 7. Rambut lanugo telah hilang. 8. Kuku agak panjang dan lemas. 9. Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki), labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan) 10. Reflex isap, menelan, dan moro telah terbentuk (Sondakh, 2013). 11. Eliminasi baik 12. Meconium berwarna hitam kecoklatan 13. (Marmi & Kukuh, 2015) 14. Keadaan tali pusat : 15. Berwarna putih kebiruan (Muslihatun, 2010)	Neonatus Cukup Bulan
Data subyektif: - Data obyektif: bayi lahir spontan bernafas megap-megap, warna kulit kebiruan	Masalah: Asfiksia
Data subyektif: Ibu mengatakan bayinya mengeluarkan ASI yang sudah ditelannya Data obyektif: -	Masalah: Muntah dan gumoh

c. Langkah III: identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan jika memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau segera dilakukan tindakan (Saputra, 2014).

Tabel 3.3 Diagnosis dan Masalah Potensial

Diagnosa Kebidanan	Diagnosa Potensial	Masalah Potensial
BBLR Data subyektif: Usia kehamilan	1. Asfiksia Data subyektif: riwayat usia kehamilan kurang bulan, riwayat	Syok Data subyektif: bayi lahir tidak

<p>kurang bulan Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat lahir BBL <2500 g, PB <45 cm, LIKA <33cm, LD <30 cm 2. Gerakan kurang aktif 3. Umur Kehamilan <37 minggu 4. Kepala lebih besar dari badan, rambut tipis dan halus 5. Tulang-tulang tengkorak lunak, fontanela besar dan sutura besar 6. Telinga sedikit tulang rawannya dan berbentuk sederhana 7. Jaringan payudara tidak ada dan puting susu kecil 8. Pernapasan belum teratur dan sering mengalami serangan apnea 9. Kulit tipis dan transparan, lanugo (bulu halus) banyak terutama pada dahi dan pelipis 	<p>gangguan atau kesulitan waktu lahir Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bayi tidak bernafas dan menangis 2) Denyut jantung <100x/menit 3) Tonus otot menurun 4) Bisa didapatkan cairan ketuban ibu bercampur mekonium atau sisa mekonium pada tubuh bayi <p>2.</p> <p>Data subyektif: bayi malas minum Data obyektif: KU: Letargi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi pernapasan meningkat 2) BB menurun 3) Pergerakan kurang 4) Muntah 5) Suhu tubuh dapat hipotermi dan hipertermi <p>3. Hipotermi Data subyektif: bayi terpapar dengan suhu lingkungan yang rendah Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Suhu tubuh < 36,5oC 2) Tidak mau minum 3) Tampak lesu dan mengantuk 4) Kulit teraba dingin 5) Kurang aktif 	<p>menangis, gerakan kurang aktif, kaki/tangan teraba dingin Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB \pm 2500 g 2. S <36,5oC 3. Denyut jantung <100x/menit 4. Nafas cepat 5. Tali pusat masih basah
--	---	---

dahi dan lengan 10. Lemak subkutan kurang 11. Genetalia belum sempurna, pada wanita labia minora belum tertutup oleh labia mayora, pada pria scrotum belum turun 12. Reflek menghisap dan menelan serta reflek batuk masih lemah (Marmi & Kukuh, 2015)		
---	--	--

d. Langkah IV: Identifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Tindakan Segera

Tabel 3.4 Identifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Diagnosa	Data
Neonatus Kurang Bulan dengan BBLR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keringkan secepatnya dengan handuk kain yang basah secepatnya dengan yang kering dan hangat. Pertahankan tetap hangat 2. Berikan lingkungan yang hangat dengan cara kontak kulit ke kulit dan atau bungkus BBLR dengan kain hangat 3. Beri lampu 60 watt, dengan jarak minimal 60 cm dari bayi. 4. Kepala bayi ditutupi topi 5. Beri oksigen 6. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih 7. Beri ASI bila tidak menghisap, bisa menelan langsung tes langsung dari pting. Bila tidak dapat menelan langsung dirujuk (Saifuddin, 2010)
Neonatus Cukup Bulan	Resusitasi bayi baru lahir

dengan Asfiksia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian selintas 2. Jika bayi tidak cukup bulan dan menangis megap-megap atau lemas dilakukan pemotongan tali pusat, dan dilakukan teknik HAIKAP 3. Jika air ketuban bercampur meconium, lakukan penilaian napas, jika bayi bernapas normal dan menangis lakukan pemotongan tali pusat 4. Jika air ketuban bercampur meconium, lakukan penilaian napas, jika bayi tidak bernapas atau megap-megap lakukan isap lender terlebih dahulu dilanjutkan pemotongan tali pusat dan HAIKAP
Neonatus Cukup Bulan dengan Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi tidur/semi fowler agar sesak berkurang 2. Apabila suhu tinggi lakukan kompres dingin 3. Berikan ASI perlahan-lahan sedikit demi sedikit 4. Apabila bayi muntah, lakukan perawatan muntah yaitu posisi tidur miring ke kiri atau ke kanan 5. Apabila ada diare perhatian personal hygiene dan keadaan lingkungan 6. Rujuk segera ke rumah sakit, jelaskan kepada keluarga bahwa anaknya perlu dirujuk untuk perawatan selanjutnya
Neonatus Cukup Bulan dengan Hipotermi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan tempat melahirkan yang hangat, kering dan bersih 2. Gunakan inkubator atau ruangan hangat 3. Periksa suhu bayi tiap jam 4. Memberi ASI sedini mungkin segera setelah lahir 5. Rujuk jika suhu terus meningkat

e. Langkah V: Merencanakan Asuhan Menyeluruh

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 :

- 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 sayang 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

Tabel 3.5 Rencana Asuhan Menyeluruh

Diagnosis	Intervensi	Rasional
Neonatus cukup bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keringkan tubuh bayi segera setelah lahir kecuali telapak tangan dan telapak kaki 2. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) 3. Berikan obat tetes mata atau salep mata 1 jam setelah bayi lahir (Muslihatun, 2010) 4. Berikan Vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir . 5. Berikan Imunisasi Hepatitis B 1 jam setelah pemberian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi 2. Meningkatkan suhu bayi, bayi menjadi lebih tenang mencegah infeksi nosocomial, merangsang hormone oksitosin, prolactin (Prawirohardjo, 2014) 3. Mata pada bayi baru lahir rentan terhadap infeksi oftalmoneonatorum ketika melewati jalan lahir dan menyebabkan

	Vitamin K1	<p>kebutaan (Muslihatun, 2010)</p> <p>4. Vitamin K mengaktifkan prekursor pembekuan darah sehingga dengan pemberian Vitamin K bayi terhindar terjadinya perdarahan intracranial.</p> <p>5. Pemberian hepatitis B dapat memberikan perlindungan terhadap bayi baru lahir yang imunnya memiliki antigen permukaan hepatitis dan tidak terdiagnosis pada persalinan.</p>
Masalah: asfiksia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu ibu dan keluarga tindakan yang akan dilakukan 2. Jaga bayi tetap hangat 3. Atur posisi bayi, baringkan terlentang dengan kepala dekat penolong, ganjal bahu 4. agar kepala sedikit ekstensi 5. Isap lenidr dengan menggunakan penghisap DeLee atau bola karet 6. Keringkan dan rangsang bayi 7. Atur kembali posisi kepala dan selimut bayi 8. Lakukan penilaian bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu dan keluarga berhak tahu tindakan yang akan dilakukan 2. Mencegah kehilangan panas bayi 3. Membebaskan jalan nafas bayi 4. Mengurangi hambatan jalan nafas karena tersumbat lendir 5. Dapat memberi rangsangan untuk memulai pernapasan bayi 6. Reposisi dapat membantu membebaskan jalan nafas 7. Memastikan bayi sudah bernafas normal atau belum
Masalah: Muntah dan gumoh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya setelah minum ASI 2. Anjurkan untuk menghentikan menyusui, jika bayi mulai rewel atau menangis 3. Beritahu ibu untuk mengamati karakteristik muntah bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sendawa dapat membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut saat menyusui 2. Bayi yang rewel dan menangis mudah tersedak dan muntah 3. Deteksi adanya kelainan pada bayi

f. Langkah VI: perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman, yaitu dengan pencegahan infeksi yang merupakan bagian terpenting dari setiap komponen perawatan bayi baru lahir yang sangat rentan terhadap infeksi karena sistem imunitasnya yang belum sempurna (Dewi, V.N, L. 2011).

g. Langkah VII: Evaluasi

Setelah asuhan dilaksanakan, evaluasi diperlukan untuk mengetahui apakah asuhan tersebut berhasil atau tidak (Saputra,2014).

1.5. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pernyataan Standar :Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- (1) Nama
- (2) Umur
- (3) Suku/bangsa
- (4) Agama
- (5) Pendidikan
- (6) Pekerjaan
- (7) Alamat
- (8) Telepon
- (9) Riwayat kesehatan

(a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi efektifitas KB.

(b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan alat atau obat KB.

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

(10) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya.

(11) Riwayat obstetrik

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu. Beberapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan anak terkecil.

(12) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB selanjutnya.

(13) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap kontrasepsi yang dipakai.

(14) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

(a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan.

(b) Eliminasi

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

b. Data objektif

1) Pemeriksaan Umum

Mengenai pemeriksaan keadaan umum, kesadaran dan kesehatan ibu, untuk mengetahui kondisi calon akseptor KB secara umum.

2) Pemeriksaan Tanda Vital

Mengenai pemeriksaan tekanan darah, nadi suhu dan pernafasan. Untuk mengetahui adanya suatu keadaan yang abnormal pada klien yang akan mempengaruhi efektifitas atau kontraindikasi dari KB.

(1) Tekanan darah

Tekanan darah normal dibawah 140/90mmHG. Ibu dengan hipertensi tidak dapat menjadi akseptor KB hormonal.

(2) Nadi dan pernafasan

Nadi normal pada ibu berkisar antara 60-80 x/menit. Denyut nadi diatas 100x/menit mengindikasikan adanya suatu kelainan jantung. Sedangkan pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30 x/menit.

(3) Suhu

Kenaikan suhu yang mencapai $\geq 38^{\circ}$ C adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi.

3) Pemeriksaan Head To Toe

(1) Muka : apakah terlihat pucat, oedema, atau limfe

(2) Leher: apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan limfe. Apakah teraba benjolan abnormal yang merupakan kontraindikasi KB hormonal.

(3) Dada : adakah payudara simetris, bagaimana konsistensinya dan bagaimana keadaan puting susu.

(4) Payudara : bentuk simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak. Apakah teraba benjolan abnormal yang merupakan kontraindikasi KB hormonal.

(5) Punggung dan pinggang

(6) Uterus : untuk mengetahui apakah teraba pembesaran uterus yang memungkinkan ibu hamil.

(7) Ekstremitas Atas dan bawah

(a) Edema : ada atau tidak

(b) Kemerahan : ada atau tidak

(c) Kekakuan otot dan Sendi : ada atau tidak

(d) Varises : ada atau tidak

(e) Refleks Patella : kanan/kiri +/-

2. Langkah II : Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. Langkah III : identifikasi masalah potensial atau diagnosa lain.

Tahapan ini penting untuk mengantisipasi masalah, pencegahan bila memungkinkan guna keamanan pelayanan. Kemudian menentukan tindakan pencegahan dan persiapan kemungkinan terjadinya kegawatdaruratan atau efek samping pasca menerima KB. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif, sebagai contoh: masalah yang bisa timbul dari pemakaian kontrasepsi suntik depo progestin dengan amenorrhea yaitu *drop out*.

4. Langkah IV : identifikasi kebutuhan segera

Kriteria Implementasi :

- 1) Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural
- 2) Setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien/pasien
- 6) Menjaga privasi klien/pasien
- 7) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 8) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 9) Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 10) Melakukan tindakan sesuai standar
- 11) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Langkah V : Perencanaan

Penyusunan rencana asuhan secara menyeluruh pada akseptor KB adalah sebagai berikut :

- 1) Jelaskan tentang jenis-jenis metode kontrasepsi.
- 2) Beri kesempatan ibu untuk memilih metode kontrasepsi.

- 3) Yakinkan ibu tentang kontrasepsi yang dipilih.
 - 4) Berikan konseling tentang kontrasepsi pilihan ibu.
 - 5) Beri informed consent.
 - 6) Memberikan asuhan.
 - 7) Anjurkan ibu untuk kontrol ulang jika ada keluhan.
6. Langkah VI : Implementasi asuhan kebidanan
- Bidan melakukan implementasi secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaa/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Menjelaskan keuntungan, keterbatasan, dan efek samping dari KB yang diberikan.
7. Langkah VII: Evaluasi
- Tujuan dari evaluasi atau penilaian adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi asuhan berdasarkan analisa yang dilakukan pada akseptor KB.