

**BAB III**  
**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN VARNEY**

**A. Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan KB**

**1.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan**

**1. Langkah I (Pengkajian)**

a. Data Subyektif

1) Identitas

Nama : Untuk mengenal dan mengetahui pasien. Nama harus jelas dan lengkap agar benar dalam memberikan pelayanan.

Umur : Umur ibu, terutama pada ibu hamil yang pertama kali hamil. Bila umur lebih dari 35 tahun disebut primigravida tua dan bila umur kurang dari 16 tahun disebut primigravida muda (Vivian, 2011). Untuk wanita kurang dari 16 tahun pinggulnya dan sistem reproduksi untuk pertumbuhan janin masih belum siap, sehingga menyebabkan kesulitan untuk melahirkan. Wanita umurnya lebih dari 35 tahun, badannya mungkin bisa kelelahan dan kurang lentur. Wanita sudah berumur 40 tahun, akan berisiko tinggi karena sistem reproduksi tidak bekerja seperti pada umumnya.

Suku : Untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

Pendidikan : Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada pengetahuan sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidinkanya.

Pekerjaan : Untuk mengetahui status ekonomi keluarga, karena dapat mempengaruhi pemenuhan gizi pasien tersebut.

Alamat : Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan

## 2) Keluhan Utama

Keluhan utama menurut (suryati, 2011)

- a. Sering BAK, disebabkan oleh tekanan uterus karna turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi BAK meningkat.
- b. Sesak nafas, disebabkan oleh tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu.
- c. Oedem atau pembengkakan, disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri, oedem akibat kaki yang menggantung, pakaian yang terlalu ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah.
- d. Nyeri punggung bagian belakang, disebabkan oleh berat uterus yang membesar, membungkuk yang berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan lain-lain.
- e. Terjadinya hemmoroid yang biasanya menyebabkan perdarahan di daerah dubur yang biasanya keluar berupa tetesan, tetapi juga bisa mengalir deras. Darah berwarna merah muda atau biasanya penderita tidak merasakan sakit. Hemmoroid disebabkan oleh pengaruh kenaikan hormon seks dan bertambahnya volume darah, menyebabkan pelebaran pada pembuluh darah vena di daerah dubur. Begitu pula akibat penekanan janin dalam rahim pada pembuluh darah vena di daerah panggul akan mengakibatkan pembendungan. Ditambah lagi dengan pengejangan waktu buang air besar yang sering terjadi pada wanita hamil karna konstipasi (sulit buang air besar), akan menyebabkan terjadinya prolaps (keluar dari dubur) hemmoroid.

## 3) Riwayat menstruasi

Menurut Suryati (2011) riwayat menstruasi terdiri dari:

- a. Menarche adalah terjadi haid pertama kali yaitu pada usia pubertas, yaitu sekitar 12-16 tahun.
- b. Siklus haid pada setiap wanita tidak sama. Siklus haid yang normal adalah 28 hari, tetapi siklus ini bisa maju sampai 3 hari

atau mundur sampai 3 hari. Panjang siklus wanita biasanya adalah 25-28 hari.

- c. Lama haid, biasanya antara 2-5 hari, ada yang 1-2 hari diikuti darah sedikit-sedikit dan ada yang sampai 7-8 hari.
- d. Keluhan yang dirasakan wanita pada saat menstruasi adalah dismerhea.
- e. Flour albus (keputihan). Warnanya, bau, gatal atau tidak. Karna jika mengalami hal seperti ini perlu waspada terjadi infeksi menular seksual.

#### 4) Riwayat pernikahan

Ibu menikah berapa kali, lamanya, dan umur pertama kali menikah.

- a. Jika lama menikah  $\geq 4$  tahun tetapi belum hamil bisa menyebabkan masalah pada kehamilannya, misalnya pre eklampsia, persalinan tidak lancar, misalnya distosia bahu. (Walyani, Elisabeth, 2015: 128)
- b. Lama menikah  $\leq 2$  tahun, sudah punya lebih dari 1 anak, bahayanya perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah. (Walyani, Elisabeth, 2015: 128)
- c. Umur pertama kali menikah  $< 18$  tahun, pinggulnya belum cukup pertumbuhannya sehingga jika hamil beresiko kesulitan waktu melahirkan. (Walyani, Elisabeth, 2015: 128)
- d. Jika hamil umur  $> 35$  tahun bahayanya bisa terjadi hipertensi, pre- eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar, perdarahansetelah bayi lahir. (Walyani, Elisabeth, 2015: 128)

#### 5) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Kehamilan : untuk mengetahui jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur, anemia juga lebih sering terjadi jika interval antar kehamilan kurang dari satu tahun.

Jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu(Kemenkes RI, 2013).

Persalinan : Ibu hamil dengan persalinan terakhir > 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan dan penyakit ibu Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain. Dan juga untuk mengetahui proses persalinan spontan atau buatan lahir aterm atau premature ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan di tolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan.

Nifas : untuk mengetahui perdarahan pada masa nifas, jenis lochea, tinggi fundus uterus (TFU), kontraksi keras atau tidak (Sulistyawati, 2012).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui dimana ibu periksa hamil, keluhan yang dirasakan pada trimester I, II dan III dan pengetahuan apa yang didapat dan bergunabagi kehamilannya.

7) Riwayat kesehatan yang lalu

Mengkaji apakah ibu pernah menderita penyakit menular dan menahun, sehingga dapat mengganggu proses kehamilan dan persalinannya seperti penyakit dibawah :

- a. Hepatitis B : Hepatitis B pada ibu hamil juga perlu diwaspadai. Sebab, penyakit ini dapat meningkatkan risiko tertentu saat persalinan, seperti bayi lahir prematur, lahir dengan berat badan rendah, atau kelainan anatomi dan fungsi tubuh lainnya.
- b. Preeklamsia : Preeklamsia atau sering dikenal dengan hipertensi ini juga seringkali menyerang ibu hamil. Beberapa ibu terkadang tidak merasakan gejala apapun, hanya tekanan darah tinggi yang mencapai 140/90 mm Hg atau lebih. Namun ada juga sebagian yang merasakan mual dan muntah (bukan hanya di awal kehamilan saja), kadar protein pada urin tinggi, sakit kepala parah, kadar urin berkurang, dan gangguan penglihatan. Penyakit ini jika tidak diketahui dari awal, dapat

memperparah menjadi eklamsia. Penyakit yang dapat membahayakan ibu serta janin. Penyakit ini ditandai dengan kejang-kejang. Selain itu dapat juga mengganggu fungsi organ seperti paru, ginjal, hati, dan dapat menyebabkan pembekuan darah juga.

- c. Diabetes :Perubahan hormon yang terjadi pada ibu hamil, seperti perubahan hormon estrogen, progesteron, dan laktogen plasenta membuat insulin tidak dapat bekerja dengan baik sehingga gula dalam darah akan meningkat. Hal ini dapat diperparah jika Mama mengonsumsi terlalu banyak makanan yang mengandung gula saat hamil. Diabetes gestasional dapat membuat berat badan bayi menjadi besar, dan dapat juga menyebabkan beberapa kemungkinan lain seperti keguguran, bayi lahir prematur, dan mengalami preeklamsia. Maka dari itu penting bagi Mama untuk selalu mengontrol makanan yang dimakan saat hamil, mengganti cemilan dengan yang lebih sehat dan rendah gula, serta melakukan cek darah khususnya di trimester ketiga
- d. Asma: Kehamilan dapat mempengaruhi pasien asma dalam berbagai cara. Perubahan hormon yang terjadi selama kehamilan dapat mempengaruhi hidung, sinus, dan juga paru-paru. Peningkatan hormon estrogen selama kehamilan berkontribusi terhadap kemacetan kapiler (pembuluh darah kecil) di lapisan hidung, yang bisa menyebabkan hidung tersumbat selama kehamilan (terutama selama trimester ketiga). Lonjakan progesteron menyebabkan peningkatan pernapasan, dan perasaan sesak napas mungkin dialami sebagai hasil dari peningkatan hormon. Rangkaian peristiwa ini mungkin disalah pahami dengan atau menambah alergi atau pemicu lain dari asma.
- e. Jantung : Risiko utama bagi wanita dengan penyakit jantung koroner yang hamil adalah bahwa mereka akan memiliki serangan jantung selama kehamilan. Serangan jantung adalah penyebab utama kematian ibu dalam kehamilan. Risiko terhadap bayi tidak diketahui, meskipun beberapa obat yang

Anda konsumsi untuk PJK atau kondisi terkait, seperti diabetes dan tekanan darah tinggi, dapat mempengaruhi bayi Anda.

8) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui penyakit apa yang sedang pasien derita sekarang

9) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu bila ada penyakit keluarga yang menyertainya. Seperti DM, hepatitis, asma, TBC, jantung, ginjal dan kehamilan kembar.

10) Kebiasaan sehari-hari

Nutrisi : Kebutuhan setiap jenis nutrisi di masa kehamilan tentu berbeda dengan kebutuhan nutrisi saat tidak hamil. Pada masa kehamilan, perlu adanya tambahan 300 kalori untuk menambah volume darah dan cairan ketuban, protein (misalnya tempe, tahu) mineral pada prinsipnya dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah- buahan, sayur-sayuran, dan susu terutama di trimester kedua dan ketiga. Kebutuhan harian ibu hamil adalah kalsium sebanyak 1000-1200 miligram, folat sebanyak 600-800 mikrogram, dan zat besi sebanyak 27 miligram.

Istirahat : Waktu istirahat harus lebih lama  $\pm 10 - 11$  jam. Untuk wanita hamil dianjurkan untuk tidur siang karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan pertumbuhan dan perkembangan janin (Sulistyawati, 2014)

Aktivitas : Wanita yang sedang hamil boleh bekerja tetapi sifatnya tidak melelahkan dan tidak mengganggu kehamilan.

*Personal hygiene* : Perlu sekali diketahui terutama pada daerah genitalia, mandi, ganti baju, gosok gigi dan keramas. Hal ini dapat membantu mengetahui apakah terjadi infeksi pada alat genitalia pasien.

Eliminasi : Pada bulan pertama dan terakhir kehamilan biasanya ibu mengeluh sering kencing karena kandung kemih tertekan oleh uterus dan kepala janin. Perubahan hormonal mempengaruhi

aktivitas usus halus dan usus besar sehingga mengakibatkan obstipasi.

11) Data psikososial

Perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pemahaman pasien dan untuk mengetahui kekhawatiran pasien, sehingga petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien

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, 2009).

b) Kesadaran

Composmentis (Kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan). (Sulistyawati, 2009).

c) TTV dalam batas normal yaitu :

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

RR :16-24 x/menit Suhu :36,5-37,5°C

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, 2011).

e) TB

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

f) LILA

Normalnya  $\geq 23,5$  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, 2009).

## 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 dikaitkan dengan efek dari hormon karena kehamilan, pengaruh pil kontrasepsi dan gangguan siklus menstruasi (Handayani, 2012).

### c) Mata

Normalnya simetris, konjungtiva merah muda, tidak anemia, tidak ikterik, sklera berwarna putih (Handayani, 2012).

### d) Hidung

Normalnya simetris, keadaan bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip (Handayani, 2012).

### e) Telinga

Keadaan bersih, bentuk simetris, tidak ada serumen (Handayani, 2012).

### 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, 2012).

### 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 mammae menonjol, colostrum belum keluar.

### j) Abdomen ( Kehamilan)

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

Leopold I :Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di uterus.



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

Leopold III :Menentukan bagian janin yang terletak dibagian bawah

Leopold IV :Menentukan seberapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul.

Auskultasi :Denyut jantung janin menggunakan stetoskop atau dopler jika usia kehamilan lenih dari 16 minggu. Normal denyut jantung janin 120-160x/menit. (Maternity,2016)

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, 2012).

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, 2011).

## 3) Pemeriksaan Panggul Luar

Tabel 2.12 Pemeriksaan Panggul Luar

<b>Nama panggul</b>	<b>Cara ukur</b>	<b>Ukuran normal</b>
Distansia sipinarum	Jarak antara spina iliaka anterior superior (SIAS) kanan dan kiri	24-26 Cm
Distansia cristarum	Jarak terjauh antara crista illiaka kanan dan kiri	28-30 Cm
Conjugata eksterna/ Boudeloque	Jarak antara tepi atas simpisis pubis dan ujung procesus spinosus vebrata lumbal V	18-20 Cm
Lingkar panggul (LP)	Dari atas pinggir atas simpisis kepertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain.	>80 Cm

Sumber :Sondakh,2013

## 4) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.13 Pemeriksaan Penunjang

Tas lab	Nilai normal	Nilai normal	tidak	Diagnosis/ masalah terkait
Hemoglobin	10,5-14,0	<10,5		Anemia
Protein urine	Terlacak/ negatif bening/ negative	>atau =2+ (positif)	keruh	Protein urine
Glukosa dalam urine	Warna hijau	Kuning, coklat		Diabetes
VDRL/RPL	Negative	Positif		Syphilis
Faktor rhesus	Rh +	Rh -		Rh sensitization
Golongan darah	A B O AB	-		Ketidak cocokan ABO
HIV	-	+		AIDS
Rubella	Negative	Positif		Anomali pada janin jika ibu terinfeksi
Fases untuk ova/ telur cacing dan parasite	Negative	Positif		Anemia akibat cacing(cacing tambang)

Sumber: Hani ,2011.

## 2. LANGKAH II (INTERPRETASI DATA DASAR)

Interpretasi data adalah mengidentifikasi masalah dari data yang ada, untuk menentukan diagnosa yang akurat, yang terdiri dari diagnosa, masalah dan kebutuhan (Mufdillah,2009).

DS : Biasanya 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 °C, RR : 12-20x/menit, N : 60-100x/menit(Vasra,2016)

### **3. LANGKAH III (ANTISIPASI DIAGNOSA POTENSIAL)**

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

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

### **4. LANGKAH IV (IDENTIFIKASI KEBUTUHAN TINDAKAN SEGERA)**

Jika ditemukan antisipasi diagnosa potensial maka normlanya dilakukan rujukan.

### **5. LANGKAH V (PLANNING/ INTERVENSI)**

Diharapkan setelah dilakukan asuhan kebidanan permasalahan pada TM 3 dapat diselesaikan.

#### **Kriteria Hasil:**

- a) Ibu dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan yang dialaminya
- b) Keadaan umum ibu dan janin baik
- c) Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD : ± 120/80 mmHg, stabil  
 N : 60 – 100 kali/menit  
 S : 36,5 – 37,5°C  
 RR : 16 – 24 kali/menit  
 DJJ : (+)120-160 kali/menit

#### **Intervensi (Indrayani, 2011)**

##### 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, 2009).

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 persalinan 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

## **6. LANGKAH VI ( IMPLEMENTASI )**

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

## **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,2010).

### 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, 2011).
- P** : - Anjurkan ibu untuk menambah kebutuhan nutrisinya.  
 - Ingatkan ibu untuk selalu menjaga personal hygiene.  
 - 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, 2011).
  - Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/60-140/90 mmHg (Hani, 2011). Suhu 36,5-37,5 0C (Hani, 2011). Nadi : 80-100 x/menit (Hani, 2011). Respirasi 16-24 x/menit (Hani, 2011).
  - Abdomen : terdapat striae 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

(Sulistiywati, 2010)

## 1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

### I. 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 melakukan 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 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 dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).

#### 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 ( $\pm 28$  hari).

###### 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).

6. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Klien

Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetes 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, diabetes 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. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. 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).

b. Pola istirahat

Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

c. 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, 2008).

c. Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan normalnya sistole 100-120mmHg, diastole 60- 80mmHg.

d. Suhu

Normalnya  $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$ ,  $>37,5^{\circ}\text{C}$  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 (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:
  - a) Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 12) \times 155$  gram
  - b) Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 11) \times 155$  gram
- 2) Menurut Irianti,(2015) berat janin dapat dihitung dengan rumus Formula Dave, yaitu :  $TBJ = TFU \times LP$  (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 dan kulit
- 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 masih baik/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 : kebersihan, caries, adakah stomatitis, adakah epulis, bibir pucat/tidak

### b. Leher

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

### c. Dada/ payudara

Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), 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 *stretchmark* pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

d. Abdomen

Menurut Mochtar (2011), 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, 2011).

**Auskultasi :**

Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

e. Genitalia dan anus

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genitalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). 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, 2011).

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, 2011).

### 4. Pemeriksaan penunjang

- 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, 2011).
- d. Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

## II. 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, istirahat 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.

**III. 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.

**IV. 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.

**V. 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 :  $\pm$  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 1cm/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.

## **VI.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 penatalaksanaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

## **VII. 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

### **1.3 Asuhan Kebidanan Nifas**

#### **I. 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 atau tidak.

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 melakukan 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 ( $\pm 28$ hari).
- 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 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).

## 6. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatan Klien

Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetes 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, diabetes 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 keputusan 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 mengonsumsi 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, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

### 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, 2008).

### c. Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan normalnya sistole 100-120mmHg, diastole 60- 80mmHg.

### d. Suhu

Normalnya 36,5–37,5<sup>0</sup>C, >37,5<sup>0</sup>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 dan kulit

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 masih baik/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, 2011).
- d. Abdomen
- Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, linea nigra dan stretchmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). 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, 2006).

## II. 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 .....

## III. 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, servisititis, endometritis, peritonitis, parametritis, mastitis dan abses,
3. ISK (Infeksi Saluran Kencing)
4. Subinvolusi Uterus
5. Depresi Postpartum

## IV. 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.

## V. 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 : 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 pendekatan 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 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.

## VI. IMPLEMENTASI

Melaksanakan 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 penatalaksanaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

## VII. 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.

### 1.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

#### I. 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, 2009; h. 130)
- 2) Umur/ tanggal lahir Bayi baru lahir normalnya lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu. (Aiiyeyeh dan Lia, 2010; 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, 2009; 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, 2009; 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, 2009; 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, 2008; 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, 2008; 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, 2008; 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 labiopalatoskhis (palatum terbuka/celah langit-langit), perlu diketahui dengan cara pemberian minum dan pemeriksaan lebih lanjut.

f. Telinga

Ketika ditarik horizontal dari mata ke daun 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 retraksi 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 kemungkinan 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 ke dalam 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 di garis tengah, pastikan keluarannya meconium tidak terdapat atresia ani atau tidak memiliki lubang anus.

l. Ekstremitas

Melihat jumlah jari-jari kaki dan tangan apakah (*polidakti*) kelebihan jari dan (*sindakti*) kurang jari.

3. Pemeriksaan antropometri:

- 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 arah luar 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., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan.

b. *Rooting*

Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arahsentuhan (Ladewig, dkk, 2005). 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 keadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).

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, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan.

e. Babinski

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

## II. INTERPRETASI DATADASAR

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)

## III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAHPOTENSIAL

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.

## IV. 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.

## **V. 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 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

## **VI. IMPLEMENTASI**

Melaksanakan 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 penatalaksanaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan.

## **VII. 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 dibua

### **1.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney, 2013).

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.

a. Biodata

1) 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.

2) Nama Suami

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab dalam pembiayaan dan pemberian persetujuan tindakan medis atau perawatan.

3) Umur

Untuk mengetahui usia klien sebagai pertimbangan dalam menentukan cara KB yang rasional dan untuk mengetahui apakah klien masih dalam usia produktif atau tidak.

4) Agama

Untuk mengetahui kepercayaan yang dianut akseptor, karena ada agama yang menganggap tabu cara KB.

5) Suku Bangsa

Untuk mengetahui suku bangsa yang dianut oleh akseptor KB.

6) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pendidikan klien sehingga akan memudahkan dalam pemberian penjelasan dan pengetahuan tentang metode KB.

7) Pekerjaan

Untuk mengetahui keadaan tingkat ekonomi keluarga atau penghasilan.

8) Alamat

Untuk menghindari kekeliruan bila ada dua pasien dengan nama yang sama untuk keperluan kunjungan ulang.

b. Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan klien berkunjung ke Rumah Sakit.

c. Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan.

d. 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.

e. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Menstruasi

a) Menarche

Untuk mengetahui usia pertama kali klien mengalami menstruasi.

b) HPHT

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

c) Siklus menstruasi

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

d) 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.

e) Keluhan terkait menstruasi

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

2) 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).

### 3) 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).

## f. Riwayat Kesehatan

### 1) Riwayat Kesehatan Klien

Untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, diabetes 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, diabetes 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.

## g. Riwayat Sosial dan Budaya

1) Respon pasien dan keluarga terhadap kondisi kesehatan klien saat ini.

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

## h. Data Psikologis

Data psikologis ini untuk mengetahui keadaan psikologis pasien akseptor KB yang mengalami efek samping dari penggunaan KB

i. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Pola nutrisi dan cairan

Untuk mengetahui seberapa banyak asupan nutrisi pada pasien.

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).

2) Pola istirahat

Bidan perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada klien. Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari. Tidur malam normalnya 6-8 jam/hari.

3) Pola seksual

Untuk mengkaji berapa frekuensi yang dilakukan akseptor dalam hubungan seksual.

4) Pola aktifitas

Aktifitas akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah atau adanya nyeri akibat penyakit-penyakit yang dialaminya.

5) Pola eliminasi

Untuk mengetahui apakah ada perubahan BAB dan BAK.

BAK : normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau khas.

BAB : normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning.

6) 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:

a) Mandi : normalnya 2 kali dalam satu hari

b) Keramas: Klien harus tetap keramas sewaktu rambut kotor karena bagian kepala yang kotor merupakan tempat yang mudah terkena infeksi.

c) Ganti baju dan celana dalam: ganti baju minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal dua kali.



- d) Kebersihan kuku: kuku klien harus selalu dalam keadaan pendek dan bersih. Kuku selain sebagai sarang kuman, sumber infeksi, juga dapat menyebabkan trauma pada kulit bayi jika terlalu panjang.
- e) Ganti pembalut saat menstruasi : ganti pembalut saat menstruasi umumnya dalam selang waktu setiap 4 jam sekali.

## B. Data Objektif

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

### a. Pemeriksaan umum

#### 1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan klien lemah, cukup, atau baik.

#### 2) Kesadaran

Untuk menilai status kesadaran pasien composmentis, apatis, atau konfusi.

#### 3) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan normalnya sistole 100-120mmHg, diastole 60-80mmHg.

#### 4) Suhu

Normalnya  $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$  ,  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  termasuk hipertermi.

#### 5) Nadi

Untuk memberi gambaran kardiovaskuler. Denyut normal 60 – 100x/menit.

#### 6) Pernafasan

Untuk mengetahui sifat pernafasan dan bunyi pernafasan dalam satu menit. Pernafasan normal 16 – 24x/menit.

#### 7) Berat badan

Untuk mengetahui berat badan klien karena KB hormonal memiliki efek samping terhadap berat badan.

#### 8) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan pasien.

b. 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.

1) Kepala

- a) Rambut : warna rambut, rontok/tidak, mudah dicabut/tidak, kebersihan rambut dan kulit.
- b) Wajah : pucat/tidak, oedem palpebra dan pipi, terdapat kloasma gravidarum atau tidak
- c) Mata : simetris, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih atau tidak, fungsi penglihatan masih baik/tidak
- d) Hidung : untuk mengetahui apakah ada polip, nafas cuping hidung maupun sekret yang keluar.
- e) Telinga : untuk mengetahui keadaan telinga, liang telinga dan ada serumen atau tidak.
- f) Mulut/gigi : kebersihan, caries, adakah stomatitis, adakah epulis, bibir pucat/tidak

2) Leher

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

3) Dada/payudara

Kesimetrisan kedua payudara, kebersihan kedua payudara, puting susu menonjol atau tidak, ada benjolan pada payudara atau tidak.

4) Abdomen

Apakah ada jaringan parut atau bekas operasi, adakah nyeri tekan serta adanya massa dengan cara palpasi.

5) Genitalia dan anus

Untuk mengetahui keadaan vilva adakah tanda-tanda infeksi, keputihan, varises, pembesaran kelenjar bartolini dan perdarahan.

6) Ekstremitas

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

## 2. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

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 Akseptor KB .....

## 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.

## 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.

## 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 Akseptor KB....

Tujuan :

- a. Ibu mendapatkan KB sesuai dengan pilihannya
- b. Mencegah terjadinya kehamilan

Kriteria :

- a. Keadaan umum ibu baik
- b. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD :  $\pm$  120/80 mmHg, stabil

N : 60 – 100 kali/menit

S : 36,5 – 37,5<sup>0</sup>C

RR : 16 – 24 kali/menit

c. Klien mendapatkan KB yang sesuai

Intervensi :

a. Lakukan pendekatan terapeutik pada klien agar terbina hubungan baik antara klien dan petugas.

R/ Dengan terciptanya hubungan baik antara klien dan petugas diharapkan klien dapat kooperatif dengan petugas sehingga penanganan dapat dilakukan lebih efektif dan klien dapat merasa lebih tenang.

b. Jelaskan tentang macam-macam KB yang aman bagi ibu menyusui (definisi, cara kerja, indikasi dan kontraindikasi, keuntungan dan kekurangan, efek samping).

R/ Dengan penjelasan tentang KB diharapkan dapat menambah pengetahuan klien tentang alat kontrasepsi yang akan digunakannya.

c. Lakukan persetujuan tindakan medis (informed consent) sebagai bukti bahwa ibu setuju dengan tindakan yang akan dilakukan.

R/ Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang di tanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental.

d. Jelaskan pada klien tentang hasil pemeriksaan.

R/ Dengan dijelaskannya hasil pemeriksaan ibu dapat mengetahui kondisi kesehatannya sehingga mengurangi kecemasan ibu terhadap kondisi kesehatannya.

e. Siapkan alat yang akan digunakan dalam pemberian KB.

R/ Persiapan yang matang dan tepat dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan pelayanan kontrasepsi dan lebih efektif dalam melakukan suatu tindakan.

f. Cuci tangan sebelum dilakukan tindakan.

R/ Cuci tangan merupakan langkah awal untuk pencegahan terjadinya resiko kontaminasi silang antara petugas kesehatan dengan pasien.

- g. Berikan KB sesuai dengan pilihan ibu.  
R/ Dengan terpasangnya KB dapat menunda kehamilan ibu.
- h. Berikan KIE ulang tentang efek samping penggunaan KB kepada ibu.  
R/ Ibu dapat lebih kooperatif dengan keadaan kesehatannya.
- i. Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.  
R/ Ibu bersedia kunjungan ulang.

#### 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 penatalaksanaan perawatan pasien, pelaksanaan rencana tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan (Varney dkk., 2007).

#### 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 (Varney dkk., 2007).

- a. S : Data Subyektif  
Data ini diperoleh melalui anamnesa.
- b. O : Data Obyektif  
Hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya.
- c. A : *Assessment*  
Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan.
- d. P : Penatalaksanaan  
Merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat