

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil**

##### **2.1.1 Pengkajian Data**

Pengkajian data meliputi kapan, dimana, dan oleh siapa pengkajian dilakukan. Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan objektif yang akan dijelaskan sebagai berikut:

##### 1. Data Subjektif

###### a. Biodata

Nama : Memudahkan untuk mengenal atau memanggil nama ibu atau suami dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011)

Umur : Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Proses pembuahan, kualitas sel telur pada usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita usia reproduksi usia 20-35 tahun (Sulistyawati, 2014).

Suku/bangsa : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu

yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011).

Agama : Mengetahui kepercayaan sebagai dasar dalam memberikan asuhan saat hamil dan bersalin (Romauli, 2011).

Pendidikan : Mengetahui tingkat intelektual seseorang, tingkat intelektual mempengaruhi sikap perilaku seseorang (Romauli, 2011).

Pekerjaan : Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan, seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan dan lain-lain (Romauli, 2011).

Penghasilan : Mengetahui keadaan ekonomi ibu, berpengaruh apabila sewaktu-waktu ibu dirujuk. Juga sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil (Sulistyawati, 2014).

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

b. Alasan Datang

Ditanyakan apakah alasan datang ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilannya. Dengan begitu bidan tahu apa tujuan pasien datang ke klinik (Romauli, 2011).

c. Keluhan Utama

Keluhan yang sering terjadi saat kehamilan trimester III adalah sakit pada daerah tubuh bagian belakang, konstipasi, pernafasan sesak, sering buang air kecil, insomnia, varises, kontraksi perut, bengkak daerah kaki, kram pada kaki, gatal-gatal bagian kulit perut, suhu badan meningkat, dan gusi mudah berdarah (Mandang dkk, 2014).

d. Riwayat Kesehatan Ibu

Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi/hipotensi, dan hepatitis (Sulistyawati, 2014). Riwayat penyakit menular seksual seperti sifilis, gonorhea, klamidia, vaginosis, trikomoniasis, *Human Papiloma Virus* (HPV), kandidiasis (Agustini dan Ni, 2013).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien. Riwayat keluarga perlu ditanyakan misalnya penjakit jantung, diabetes, ginjal, kelainan bawaan, kehamilan kembar (Sumiaty dkk., 2014).

f. Riwayat Menstruasi

Data ini dapat diperoleh gambaran tentang kesehatan dasar dari organ reproduksinya. Beberapa data yang harus diperoleh adalah usia pertama kali menarce, siklus menstruasi, volume, keluhan, hari pertama haid terakhir terakhir (HPHT), HPHT digunakan sebagai data dasar untuk menentukan tanggal perkiraan persalinan dan menentukan usia kehamilan (Sulistyawati, 2014).

g. Riwayat Perkawinan

Data ini penting dikaji karena akan didapatkan gambaran tentang suasana rumah tangga keluarga yang dapat mempengaruhi psikologis ibu. Hal yang perlu dikaji adalah usia pertama kali menikah, status pernikahan, lama pernikahan, suami keberapa saat kehamilan ini (Sulistyawati, 2014).

h. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

1) Kehamilan

Pengkajian mengenai masalah/gangguan saat kehamilan seperti hiperemesis, perdarahan pervaginam, pusing hebat,

pandangan kabur dan bengkak di tangan dan wajah (Sulistyawati, 2014).

2) Persalinan

Cara kelahiran spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa. Jika wanita pada kelahiran terdahulu melahirkan secara bedah sesar, untuk kehamilan saat ini mungkin dapat melahirkan pervaginam. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi di uterus, jika insisi uterus berada di bagian bawah melintang, bukan vertikal maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam.

3) Nifas

Adakah panas, perdarahan, kejang-kejang dan masalah laktasi. Kesehatan fisik dan emosi ibu harus di perhatikan

i. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ditanyakan dan dikaji apakah selama kehamilan trimester I, II, dan III ibu pernah mengalami keluhan atau masalah dan menanyakan asuhan atau terapi apa yang diberikan terkait dengan keluhan yang dialami dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehamilan (Walyani, 2017).

j. Riwayat Imunisasi TT

Imunisasi TT diberikan pada ibu hamil segera setelah dinyatakan hamil dengan tujuan untuk memberikan kekebalan pada ibu dan mencegah tetanus neonatorum pada bayi yang akan dilahirkan.

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT minimal 2 kali selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal pertama dan kedua pada minggu ke 4 kemudian).

**Tabel 2.1 Jarak Interval Minimal Pemberian TT**

Imunisasi	Interval	Durasi perlindungan
TT 1	Selama kunjungan antenatal pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup

(Kusmiyati, 2011)

k. Riwayat KB

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

h. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Penting untuk mengetahui gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil, sehingga apabila diketahui bahwa ada yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil. Beberapa hal yang perlu ditanyakan adalah jenis menu,

frekuensi, jumlah per hari, pantang makanan (Sulistyawati, 2014).

2) Pola Eliminasi

Ibu hamil pada trimester III mulai terganggu, relaksi umum otot polos dan kompresi usus bawah oleh uterus yang membesar. Sedangkan untuk BAK ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing (Sulistyawati, 2014).

3) Pola Aktifitas

Ibu hamil dapat melaksanakan aktifitas sehari-hari namun tidak terlalu lelah dan berat karena dikhawatirkan mengganggu kehamilannya, ibu hamil utamanya trimester I dan II membutuhkan bantuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari agar tidak terlalu lelah. Kelelahan dalam beraktifitas akan banyak menyebabkan komplikasi pada setiap ibu hamil misalnya perdarahan dan abortus (Sulistyawati, 2014).

4) Pola Istirahat

Perlu menggali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul tentang pemenuhan kebutuhan istirahat ibu. Beberapa hal yang ditanyakan adalah berapa lama ibu tidur di malam dan siang hari (Sulistyawati, 2014).

#### 5) Personal Hygiene

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam kesehariannya. Kebersihan diri yang paling harus diperhatikan adalah kebersihan alat genitalia ibu. Karena kebersihan genitalia yang tidak sehat dapat memudahkan kuman masuk dalam kandungan ibu atau dapat terjadinya infeksi yang berbahaya bagi kehamilan ibu (Walyani, 2017)

#### 6) Pola Seksual

Menurut Sulistyawati (2014), pola seksual pada ibu hamil trimester III tidak boleh terlalu sering dan hati hati karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan prematur.

#### 1. Riwayat Psiko, Sosial, Spiritual dan Budaya

Bagaimana persepsi ibu tentang kehamilan, apakah kehamilannya direncanakan atau tidak, dukungan keluarga, adanya respon positif dari keluarga terhadap kehamilannya akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya (Sulistyawati, 2014) .

Untuk mengetahui keadaan psikososial perlu ditanyakan antara lain: dukungan moral dan material dari keluarga, pandangan dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan-kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan, pandangan terhadap kehamilan (Sumiaty dkk., 2014)



## 2. Data Objektif

### a. Pemeriksaan Umum

#### 1) Keadaan Umum

Baik (jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap orang lain) atau lemah (jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap orang lain (Sulistyawati, 2014).

#### 2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran ibu, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran dari kesadaran *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2014).

#### 3) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi karena beresiko memiliki panggul sempit sehingga kepala bayi sulit lahir secara normal (Romauli, 2011).

#### 4) Berat Badan

Berat badan merupakan indikator tunggal yang terbaik untuk menilai keadaan gizi seseorang. Ibu hamil trimester III kenaikan berat badan normal adalah 0,5 kg setiap minggu (kusmiyati, 2011). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus berat badan (Kg) dibagi

tinggi badan (m) pangkat 2. Nilai IMT mempunyai rentang berikut:

**Tabel 2.2 Kenaikan IMT**

Kriteria	IMT	Kenaikan BB yang di anjurkan
Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	<19,5	12,5-18 kg
Berat badan normal ( <i>normal weight</i> )	19,8-26,0	11,5-16 kg
Berat badan lebih ( <i>overweight</i> )	26,0-29,0	7-11,5 kg
Obesitas	>29	<6,8 kg

Sumber : Dewi dan Tri, 2011

5) LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk (KEK). Sehingga ia beresiko untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Dengan demikian, bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

6) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah

Tekanan darah dikatakan tinggi apabila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik  $\geq 30$  mmHg, dan atau diastolik  $\geq 15$  mmHg dapat berlanjut menjadi preeklampsia dan eklampsia jika tidak ditangan dengan tepat dan cepat (Romauli, 2011).

b) Nadi

Dalam keadaan normal, denyut nadi ibu sekitar 60-100x/menit. Jika denyut nadi 100x/menit atau lebih, mungkin ibu mengalami salah satu atau lebih keluhan seperti tegang, ketakutan, cemas, perdarahan berat, anemia, demam, gangguan tiroid, dan gangguan jantung (Romauli, 2011).

c) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan normalnya 16-24x/menit (Romauli, 2011).

d) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

b. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

Muka : Bengkak/oedema tanda eklamsi, terdapat *cloasma gravidarum* sebagai tanda kehamilan. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011).

Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan

persalinan yaitu perdarahan. Sklera ikterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis (Romauli, 2011).

Hidung : Simetris, adakah sekret, polip, ada kelainan lain (Romauli, 2011).

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

Gigi : Karies gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

Payudara : Bagaimana kebersihannya terlihat hiperpigmentasi pada *aerola mammae* tanda kehamilan, puting susu datar atau tenggelam membutuhkan perawatan payudara untuk persiapan menyusui (Romauli, 2011).

Abdomen : Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu dicurigai adanya kelainan seperti kehamilan mola atau bayi kembar (Romauli, 2011).

Genetalia : Bersih atau tidak, varises atau tidak, ada

kondiloma akuminata dan condiloma talata atau tidak, keputihan atau tidak (Romauli, 2011).

Anus : Tidak ada benjolan abnormal/pengeluaran darah dari anus. (Romauli, 2011).

Ekstermitas : Adanya bengkak pada ekstermitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga preeklamsi dan diabetes melitus (Romauli, 2011).

## 2) Palpasi

Leher : Untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfe, dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis (Romauli, 2011).

Payudara : Mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara (Romauli, 2011).

Abdomen : Pemeriksaan abdomen pada ibu hamil meliputi:

### a) Leopold I

Normal : Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan.

Tanda kepala: Keras, bundar, melenting

Tujuan : Untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus uteri (Romauli, 2011).

**Tabel 2.3 TFU berdasarkan usia kehamilan menurut Leopold**

Tinggi Fundus Uterus	Usia Kehamilan
Tfu 3 jari di atas pusat	Kehamilan 28 minggu
Tfu pertengahan pusat dengan <i>prosesus xyfoideus</i> (px)	Kehamilan 32 minggu
Tfu 3 jari di bawah <i>prosesus xyfoideus</i> (px)	Kehamilan 36 minggu
Tfu pertengahan pusat dengan <i>prosesus xyfoideus</i> (px)	Kehamilan 40 minggu

Sumber: Sulistyawati, 2014

**Tabel 2.4 TFU berdasarkan usia kehamilan menurut Mc. Donald**

Tinggi Fundus Uterus (cm)	Usia kehamilan
24-25 cm di atas simpisis	22-28 minggu
26,7 cm diatas simpisis	28 minggu
29,5-30 di atas simpisis	30 minggu
29,5-30 di atas simpisis	32 minggu
31 di atas simpisis	34 minggu
32 di atas simpisis	36 minggu
33 di atas simpisis	38 minggu
37,7 di atas simpisis	40 minggu

Sumber: Sari, Anggrita. dkk. 2015

a) Leopold II

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

Tujuan : Menentukan letak punggung anak pada

letak memanjang, dan menentukan letak kepala pada letak lintang (Romauli, 2011).

b) Leopold III

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

Tujuan : Menentukan bagian terbawah janin, dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum (Romauli, 2011).

c) Leopold IV

Normal : Jika Jari-jari tangan masih bisa bertemu (konvergen) berarti belum masuk PAP. Jika posisi jari-jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul. Jika jari kedua tangan menjauh (divergen) berarti ukuran terbesar kepala sudah melewati PAP.

Tujuan : Untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP (Romauli, 2011).

Ekstermitas : Adanya bengkak pada ekstermitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga preeklamsi dan diabetes melitus (Romauli, 2011).

### 3) Auskultasi

Abdomen : Batas frekuensi DJJ normal adalah 120-160 denyut/menit. Takikardi menentukan adanya reaksi kompensasi terhadap beban atau stress pada janin (*fetal stress*), sementara bradikardia menunjukkan kegagalan kompensasi beban atau stress pada janin (*fetal distress* atau gawat janin) (Dewi, 2011)

### 4) Perkusi

Pemeriksaan reflek patela normal jika tungkai bawah bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklampsia. Bila reflek patela negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

### b) Pemeriksaan Penunjang

Terdiri dari:

- 1) Pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan golongan darah ibu, kadar hemoglobin, tes HIV, rapid test (untuk ibu yang tinggal atau memiliki riwayat ke daerah endemic malaria) (Kemenkes, 2013)

Klasifikasi kadar Hb digolongkan sebagai berikut :



**Tabel 2.5 Klasifikasi Kadar Hb**

Kadar Hb	Kategori
Hb 11 gr %	Tidak anemia
Hb 9-10 gr %	Anemia ringan
Hb 7-8 gr %	Anemia sedang
Hb <7 gr %	Anemia berat

Sumber: Kemenkes, 2013

2) Pemeriksaan Laboratorium sesuai indikasi

a) Pemeriksaan Albumin

Dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan pada kunjungan trimester III usia kehamilan 27 minggu. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam urin dan berapa kadarnya.

b) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada waktu kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang sering digunakan yaitu dengan metode fehling.

c) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

(1) Pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia gestasi, keadaan janin, letak dan jumlah janin, serta deteksi abnormalitas janin yang berat.

(2) Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk deteksi anomalin janin.

(3) Pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan  
(Kemenkes, 2013).

### 2.1.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Dx : G\_ P\_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ Uk ... minggu, Tunggal/Ganda,  
Hidup/Mati, Intrauterine/Ekstrauterin, Letak Lintang/  
Sungsang/Kepala, Presentasi Punggung Kanan/Kiri dengan  
kehamilan resiko rendah (setelah dilakukan penghitungan  
dengan menggunakan Skor Poedji Rohjati).

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

Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir .....

Objektif : Keadaan Umum : Baik.

Kesadaran : Composmentis.

TD : 90/60-120/80 mmHg.

Nadi : 60-100 x/menit.

RR : 16-24 x/menit.

Suhu : 36,5°C-37,5°C.

TB : ... cm.

BB hamil : ... kg.

TP : Tanggal/bulan/tahun

LILA : ... cm.

Pemeriksaan Abdomen

- Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan (UK 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, UK 32 minggu TFU pertengahan pusat dan *prosesus xyfoideus*, UK 36 minggu TFU setinggi *prosesus xyfoideus*, UK 40 minggu TFU 2 jari dibawah *prosesus xyfoideus* teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.
- Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah sudah masuk PAP atau belum.
- Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP.  
(konvergen/sejajar/divergen).
- Auskultasi : DJJ 120-160 x/menit.

Masalah :

1. Peningkatan frekuensi berkemih

Subjektif : Ibu sering buang air kecil dimalam hari dan keinginan

untuk kembali buang air kecil kembali terasa.

Objektif : Kandung kemih teraba penuh.

2. Hiperventilasi dan sesak nafas

Subjektif : Ibu merasa sesak terutama pada saat tidur.

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

3. Konstipasi

Subjektif : Ibu sering sulit BAB.

Objektif : Pada palpasi teraba massa tinja (skibala).

4. Edema dependen

Subjektif : Ibu mengatakan kakinya bengkak.

Objektif : Tampak oedem pada ekstremitas bawah +/-.

5. Nyeri punggung bagian bawah

Subjektif : Ibu mengatakan punggung bagian bawah terasa nyeri.

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

6. Insomnia

Subjektif : Ibu susah tidur pada malam hari.

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

7. Kram

Subjektif : Ibu sering mengalami kram pada kaki

Objektif : Nampak/tidak nampak ibu kesakitan karena kram.

### 2.1.3 Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Berikut juga merupakan diagnosa dan masalah potensial yang mungkin ditemukan pada pasien kehamilan :

1. Perdarahan pervaginam
2. IUFD (*Intrauterine Fetal Death*)
3. PIH (*Pregnancy Induced Hypertention*)
4. Ketuban Pecah Dini
5. Persalinan premature.

### 2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaan terkadang ada beberapa situasi yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan pasien, namun ada juga yang menunggu instruksi dokter atau mungkin disituasi ini memerlukan konsultasi dengan tim medis lain (Sulistyawati, 2014).

### 2.1.5 Intervensi

Diagnosa : G\_P\_\_\_\_ Ab \_\_\_\_ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria Hasil : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Nadi	:	60-100 x/menit
TD	:	90/60-120/80 mmHg
Suhu	:	36,5-37,5°C
Pernafasan	:	16-24 x/menit
DJJ	:	Normal (120-160x/menit), regular
TFU	:	Sesuai dengan usia kehamilan
BB	:	Pertambahan tidak melebihi standar

Intervensi:

1. Berikan informasi tentang hasil pemeriksaan kepada ibu.

R/ : Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2014).

2. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil trimester III.

R/ : Kebutuhan metabolisme janin dan ibu membutuhkan perubahan besar terhadap kebutuhan konsumsi nutrisi selama kehamilan dan memerlukan pemantauan ketat (Sulistyawati,2014).

3. Berikan informasi kepada ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan trimester III.

R/ : Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tahu bagaimana cara mengatasinya (Sulistyawati, 2014).

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada trimester III.

R/ : Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini (Sulistyawati, 2014).

5. Diskusikan kebutuhan untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk menginformasikan dan membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

R/ : Antisipasi masalah potensial terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga profesional (Sulistyawati,2014).

6. Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang gerhubungan dengan hal-hal berikut tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat-surat yang dibutuhkan.

R/ : Informasi sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan

keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan (Sulistyawati, 2014).

7. Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ : Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ini sudah trimester III (Sulistyawati, 2014).

### **2.1.6 Implementasi**

Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga yang lain. Pelaksanaan dari perencanaan dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi, rujukan, tindakan pengawasan, dan penyuluhan berdasarkan intervensi tersebut (Sulistyawati, 2014).

### **2.1.7 Evaluasi**

Evaluasi berguna untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang telah diberikan kepada pasien. Evaluasi mengacu kepada beberapa pertimbangan berikut ini:

1. Tujuan asuhan kebidanan
  - a. Meningkatkan, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan
  - b. Memfasilitasi ibu untuk menjalani kehamilannya dengan rasa aman dan penuh percaya diri



- c. Meyakinkan wanita dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuannya sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua
- d. Membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan mereka dan mengemban tanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri (Sulistyawati, 2014).

2. Efektifitas tindakan untuk mengatasi masalah

Pengkajian respon pasien dan peningkatan kondisi yang ditargetkan perlu dilakukan saat melakukan evaluasi untuk mengetahui seberapa efektif tindakan yang diberikan kepada pasien. Hasil ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan berikutnya (Sulistyawati, 2014).

3. Hasil asuhan

Hasil asuhan adalah bentuk konkret dari perubahan kondisi pasien dan keluarga yang meliputi pemulihan kondisi pasien, peningkatan kesejahteraan emosional, peningkatan pengetahuan dan kemampuan pasien mengenai perawatan diri, serta meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya (Sulistyawati, 2014).

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pemngumpulan data subjektif, objektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan tindakan atau terapi atas kajian yang telah dilakukan. Kesimpulannya catatan

perkembangan berisi data yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari:

S : Data subjektif pasien setelah menerima asuhan

O : Data objektif pasien setelah menerima asuhan

A : Kesimpulan dari keadaan pasien saat ini

P : Rencana yang dilakukan sesuai keadaan pasien

## **2.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin**

### **2.2.1 Manajemen Kebidanan KALA I**

#### 1. Data Subjektif

##### a. Keluhan Utama

Keluhan pasien biasanya berupa tanda-tanda persalinan menurut Jenny J.S. Sondakh (2013), yaitu:

- 1) *Blood show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)
- 2) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari kanalis servikalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus.
- 3) Kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
- e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

#### 4) Ketuban pecah

Ketuban biasanya pecah bila pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada

pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

b. Pola Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Data fokus mengenai asupan makan pasien adalah sebagai berikut: kapan atau jam berapa terakhir kali makan dan minum, jenis makan dan minuman yang dikonsumsi, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi.

2) Pola Eliminasi

Fokus utama dalam eliminasi yaitu kapan ibu terakhir BAK. Kandung kemih yang penuh akan mengurangi kekuatan kontraksi dan menghambat penurunan kepala. Begitu juga dengan tidak terpenuhinya kebutuhan eliminasi yang misalnya bisa disebabkan karena ibu kurang serat sayuran sehingga feses mengeras dan sulit dikeluarkan, hal ini juga dapat menghambat penurunan kepala dan nantinya dapat menyebabkan hemoroid karena persalinan. Kebutuhan eliminasi BAK dan BAB ibu dalam masa persalinan harus terpenuhi, hal ini berkaitan dengan kemajuan persalinan (Eniyati, 2012)

### 3) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I sehingga dapat mencegah terjadinya kelelahan (Rohani,2011).

## 2. Data Objektif

### a. Pemeriksaan Umum

#### 1) Keadaan umum

Data ini dapat mengamati keadaan pasien secara keseluruhan (Sulistyawati, 2013).

##### a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2013).

##### b) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2013).

#### 2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari

keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

### 3) Tanda Tanda Vital

#### a) Tekanan Darah

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

#### b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah 60-100x/menit.

#### c) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal adalah 36,5-37,5<sup>0</sup>C.

#### d) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit

b. Pemeriksaan Fisik

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

Mata : Dikaji apakah konjungtiva pucat atau tidak, bila pucat menunjukkan terjadinya anemia yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu perdarahan, dikaji sklera putih atau kuning bila kuning menunjukkan adanya penyakit hepatitis, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat). Normalnya yaitu konjungtiva tidak pucat, sklera putih, bersih, tidak ada kelainan mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani 2011).

Mulut : Dikaji apakah ada keputatan dan kekeringan pada bibir. Keputatan pada bibir mengindikasikan terjadinya anemia yang dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu terjadinya perdarahan dan bibir kering dapat

menjadi indikasi dehidrasi (Rohani, 2011).

Leher : Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar tiroid. Hipertiroid dapat menimbulkan terjadinya preeklamsia, lahir premature, dan berat bayi lahir rendah (Kemenkes RI, 2013).

Payudara : Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder*. (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013).

Abdomen : a. Bekas Luka Operasi Sesar

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi seksio sesarea (SC), kapan dilakukannya dan atas indikasi apa ibu dilakukan SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan yang dapat menimbulkan resiko saat persalinan. Jika ibu post SC dan melahirkan normal



memiliki resiko terjadinya ruptur uteri, terbukanya sayatan SC sebelumnya dan perdarahan (Mutmainnah, 2017).

b. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berat dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani, 2013).

c. Pemeriksaan Leopold

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

d. Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

e. Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Rumus Tafsiran Berat Janin

Rumus :  $(TFU(\text{cm}) - 11) \times 155 : \dots \text{ gram}$

f. Kontraksi Uterus

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

**Ekstremitas** : Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises.

**Genetalia** : Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-

tanda infeksi vagina, meliputi:

1. Kebersihan.
2. Pengeluaran pervaginam, adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*).
3. Tanda-tanda infeksi vagina.
4. Pemeriksaan dalam.

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :







- a. Pemeriksaan genitalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- b. Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika

ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.

- c. Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- d. Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- e. Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).
- f. Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang

tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

**Tabel 2.6 Penurunan Bagian Terbawah dengan Metode Perlimaan**

Periksa luar	Periksa Dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakkan.
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul.
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul.
 = 0/5	H IV	Di perineum.

Sumber: Hani, dkk, 2011.

Anus : Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid. Penyakit ini dapat menjadi lebih parah dengan kuatnya tekanan bayi pada persalinan. Hemoroid dapat menimbulkan

terjadinya perdarahan dan rasa nyeri yang hebat  
(Prawirohardjo, 2014).

### 3. Analisis

G\_ P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ UK \_ \_ minggu, Tunggal/Hidup/Intrauterine, presentasi belakang kepala, presentasi punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

### 4. Penatalaksanaan

- a. Memberikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

R/ : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya  
(Rohani, 2013).

- b. Menghadirkan atau meminta orang terdekat seperti suami, atau keluarga ibu untuk mendampingi ibu.

R/ : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

- c. Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.

R/ : Pendidikan antepartum dapat memudahkan persalinan dan

proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi (Doenges, 2010).

- d. Mempersiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan.

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

- e. Memantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.

R/ : Lembar observasi dan partograf dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama (JNPK-KR, 2014).

- f. Menjelaskan pada klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

- R/ : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan (Doenges, 2010).
- g. Menjelaskan kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada ibu selama proses persalinan.
- R/ : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).
- h. Memberi dukungan kepada klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.
- R/ : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi implus nyeri dalam korteks serebral melalui respon kondisi, memudahkan kemajuan persalinan (Doenges, 2010).
- i. Menjelaskan kepada ibu untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.
- R/ : Berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah janin, berbaring miring kiri dapat



memberikan rasa santai, memberikan oksigenasi yang baik ke janin, dan mencegah laserasi, merangkan dapat mempercepat rotasi kepala janin, peregangan minimal pada perineum serta bersikap baik pada ibu yang mengeluh sakit pinggang (Sondakh, 2013). Jika ibu dalam posisi terlentang maka berat posisi uterus dan isinya akan menekan cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

j. Mengusap punggung ibu

R/ : Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang dapat menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

k. Persiapan rujukan klien

R/ : Jika terjadi penyulit dalam persalinan, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya (Sondakh, 2013).

### 2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal :

Pukul :

1. Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

2. Objektif

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

- a. Perineum menonjol.
- b. Vulva dan anus membuka.
- c. Frekuensi his semakin sering (>3 x dalam 10 menit).
- d. Intensitas his semakin kuat.
- e. Durasi his >40 detik

Pemeriksaan dalam :

- a. Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- b. Ketuban : sudah pecah (negatif).
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Penipisan : 100%
- e. Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) di jam 12.00 WIB.
- f. Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- g. Molage 0 (nol)
- h. Hodge IV

### 3. Analisa

G\_\_P\_\_\_\_ Ab\_\_ UK...minggu, T/H/I presentasi.....inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

### 4. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR (2014), penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mendengarkan dan melihat tanda kala II persalinan.
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat meneran
  - b) Ibu merasakan ada tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
  - c) Perineum tampak menonjol
  - d) Vulva dan spingter ani membuka
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir normal atau resusitasi

- a) Siapkan tempat datar, bersih, kering dan hangat
- b) 3 handuk/kain bersih dan kering
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

Untuk ibu :

- a) Meletakkan kain diatas perut ibu

- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perineum) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
  - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
  - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam

larutan 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.

- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
  - a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
  - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
  - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran serta perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
  - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
  - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
  - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
  - f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
  - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
  - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
  - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
  - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal . menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu

depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).
- 25) Melakukan penilaian (selintas):
  - a) Menilai tangis kuat bayi dan/atau bernapas tanpa kesulitan.
  - b) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 26) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Memberitahu ibu, bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.



- 29) Segera setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (Intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi, gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Memotong dan mengikat tali pusat
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
  - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu ibu.
- a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.

- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

### **2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III**

Tanggal :

Pukul :

#### **1. Subjektif**

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

#### **2. Objektif**

Tampak tali pusat di depan vulva serta adanya tanda pelepasan plasenta (perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat).

### 3. Analisa

P\_ \_ \_ Ab\_ \_ \_ Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

### 4. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik

tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso-kranial).

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
  - (1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
  - (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
  - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - (4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
  - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- 7) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera melakukan penjahitan).
- 8) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

#### **2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV**

Tanggal :

Pukul :

##### **1. Subjektif**

Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala IV biasanya ibu mengatakan perutnya mulas, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi dan ari-ari apakah senang/sedih/atau khawatir.

## 2. Objektif

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

## 3. Analisa

P\_\_\_\_Ab\_\_\_\_ Inpartu kala IV kondisi ibu dan bayi baik.

## 4. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut:

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

- 6) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
  - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau relaksasi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
  - b) Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit
  - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 8) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 9) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 12) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

- 13) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 14) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan Pemeriksaan fisik bayi
- 16) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral
- 17) Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi), pastikan kondisi bayi tetap baik, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5<sup>0</sup>C) setiap 15 menit.
- 18) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 19) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 20) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih



- 21) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

### 2.2.5 Manajemen Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal

Tanggal :

Pukul :

#### 1. Data Subjektif

Bayi Ny. X lahir normal dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir tanggal..... pukul..... dengan jenis kelamin.....

#### 2. Data Objektif

##### 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik  
 Nadi : 120-160 x/ menit  
 Pernapasan : 40-60 x/ menit  
 Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37^{\circ}\text{C}$   
 Berat badan : 2500-4000 gram  
 Panjang badan : 48-52 cm  
 Lingkar kepala : 33-35 cm  
 Lingkar dada : 30-33cm  
 LILA : 9,5-11 cm

## 2) Pemeriksaan fisik

- Kepala : Raba sepanjang garis sutura dan fontanela, apakah ukurannya dan tampilannya normal. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya seperti caput succedaneum, cephalhematoma, perdarahan subaponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.
- Wajah : Perhatikan wajah apakah simetris atau asimetris. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin.
- Mata : Periksa jumlah, posisi, atau letak mata. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down

- Hidung** : Kaji bentuk dan amati pernapasan bayi, bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis kongenital. Periksa adanya cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.
- Mulut** : Mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis.
- Leher** : Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya, pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis. Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran

kelenjar tiroid dan vena jugularis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan sindrom down.

Dada : Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris. Payudara tampak membesar.

Abdomen : Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duktus omfaloentrikus persisten.

Genetalia : a. Laki-laki: Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia. Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan jumlah testis ada dua dan

testis sudah berada dalam skrotum baik kiri maupun kanan

- b. Perempuan: Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina. Terkadang tampak adanya secret yang berdarah di vagina (seperti menstruasi) hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (withdrawl bleeding).

Anus : Kaji adanya kelainan atresia ani atau tidak. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

Tangan : Kedua tangan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah. Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya polidaktili atau sindaktili.

Tungkai dan Kaki : Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan. Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktili atau sindaktili pada jari kaki.

Kulit : Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir. Periksa adanya pembengkakan. Perhatikan adanya vernik kaseosa. Periksa adanya lanugo, jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012).

### 3) Pemeriksaan Neurologis

Refleks *Rooting* : Refleks ini terjadi ketika menyentuh pinggir mulut bayi. Bayi akan mengikuti arah sentuhan tersebut sambil membuka mulutnya. Hal ini membantu bayi ketika ia sedang ingin menyusu. Refleks ini muncul sejak lahir dan bertahan hingga usia 3-4 bulan.

- Refleks *Sucking* Ketika bagian atas atau langit-langit mulut bayi disentuh, bayi akan mulai menghisap. Refleks menghisap mulai muncul saat usia 32 minggu kehamilan dan menjadi sempurna saat usia 36 minggu kehamilan. Oleh karena itu, bayi prematur biasanya belum bisa menghisap dengan baik.
- Refleks *Morro* : Timbul pergerakan tangan yang simetris saat bayi tiba-tiba dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.
- Refleks *Tonic Neck* Ketika kepala bayi menengok ke satu sisi, ia akan memanjangkan lengan di sisi yang sama. Sebaliknya, lengan pada sisi yang berlawanan akan ditekuk. Refleks ini muncul sejak lahir dan bertahan hingga usia 2 bulan
- Refleks *Palmar Grasp* : Saat telapak tangan bayi di tekan, dengan perlahan bayi menggenggam dengan kuat.
- Refleks Babinski : Saat diberikan goresan telapak kaki, bayi menunjukkan respon berupa jempol kaki bayi menghadap ke atas

dan jari kaki lainnya terbuka.

Refleks Glabella : Saat daerah pangkal hidung diketuk secara pelan-pelan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

### 3. Analisis

Bayi baru lahir normal cukup bulan, Umur ... jam

### 4. Penatalaksanaan

#### 1. Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal melakukan tindakan

#### 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

#### 3. Lakukan perawatan mata dengan obat tetrasiklin 1%.

R/ Obat tetrasiklin 1% untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

#### 4. Injeksi vitamin K 1 mg secara IM

R/ Injeksi vitamin K 1 mg secara IM untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat defisiensi vitamin K.



5. Beri identitas bayi.

R/ Identitas merupakan cara tepat untuk menghindari kekeliruan.

6. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut.

R/ Membungkus bayi merupakan cara tepat mencegah hipotermi.

7. Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa.

R/ Tali pusat terbungkus merupakan cara tepat mencegah infeksi.

8. Melakukan pemeriksaan antropometri

R/ Deteksi dini pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

9. Ukur suhu tubuh, denyut jantung, dan respirasi.

R/ Deteksi dini terhadap komplikasi.

10. Anjurkan ibu memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh, kebutuhan nutrisi 60cc/kg/BB

11. Lakukan Imunisasi hepatitis B

R/ Mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.

## 2.3 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Tanggal :

Pukul :

### 2.3.1 Data Subjektif

#### 1. Keluhan Utama

Kaji apa yang menjadi keluhan saat ini, sejak kapan dan bagaimana pengaruhnya pada ibu. Keluhan yang dapat dialami ibu masa nifas antara lain nyeri setelah melahirkan, keringat berlebihan, pembesaran payudara, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Asih, 2016).

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati & Wulandari, 2010).

#### 2. 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

#### 3. Pola Kebiasaan Sehari-hari selama Nifas.

##### a. Nutrisi

Kebutuhan energi ibu nifas atau menyusui pada 6 bulan pertama kira-kira 700 kkal/hari dan enam bulan kedua 500 kkal/hari sedangkan ibu menyusui bayi berumur 2 tahun rata-rata sebesar 400 kkal/hari (Ambarwati & Wulandari, 2010).

b. Istirahat

Menganjurkan ibu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan. Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Ibu mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam hari 7-8 jam. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI, memperlambat involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, dan mengakibatkan depresi (Widyasih, dkk. 2012).

c. Eliminasi

BAK : ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

BAB : ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga buang air besar, maka perlu diberikan obat pencahar peroral atau per rektal.

d. Aktifitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Wulandari dan Handayani, 2011).

e. Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. Mandi minimal 2x/hari, gosok gigi minimal 2x/hari, ganti pembalut setiap kali penuh atau sudah lembab (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

f. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 6-8 minggu postpartum (Dewi & Sunarsih, 2012).

4. Data Psikososial dan Budaya

a. Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari

setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues (Retno dan Handayani, 2011).

b. Budaya

Untuk mendapatkan data ini bidan perlu melakukan pendekatan dengan keluarga klien terutama orang tua. Dikaji apakah klien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan klien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makan (Retno dan Handayani, 2011). Adat pantang makan pada ibu nifas misalnya pantang makan daging, ikan, telur, dan goreng-gorengan akan menghambat proses penyembuhan luka pada perineum atau bekas operasi serta akan membuat produksi ASI berkurang.

### 2.3.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : a. Baik: klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b. Lemah: klien memperlihatkan kurang atau tidak memerhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

Kesadaran : composmentis/apatis/delirium/somnolens/koma  
Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg (normal)  
Suhu : 36,5 -37,5°C (normal)  
Nadi : 60-100 x/menit (normal)  
Pernapasan : frekuensi 16-24 kali/menit (normal)

## 2. Pemeriksaan Fisik

### a. Inspeksi

Muka : Perhatikan apakah wajah nampak pucat, pembengkakan pada wajah. Bila terdapat edema di wajah, perhatikan adanya bengkak pada tangan dan kaki. Bila bengkak terjadi pada ekstremitas dan wajah curigai terjadinya pre eklampsi postpartum. Sedangkan pucat bisa menandakan ibu terkena anemia.

Mata : Konjungtiva anemis (pucat) menunjukkan adanya anemia karena kekurangan protein dan Fe sebagai sumber pembentukan eritrosit.

Payudara : Melihat bentuk dan ukuran, simetris atau tidak, puting payudara (menonjol, datar, atau masuk kedalam) warna kulit, warna sekitar areola mammae

Genetalia : Terdapat Lochea  
1) Lochea rubra/merah:

Lochea muncul pada hari pertama sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta:

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

3) Lochea Serosa:

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan laserasi plasenta. Munculnya pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

4) Lochea Alba:

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender seriks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Luka jahitan episiotomi pada bekas luka sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak ada/tidak, tepi luka

menjadi merah dan bengkak ada/tidak, jahitan mudah terlepas/tidak, ada luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus/tidak.

Ektremitas : Ada tidaknya oedema, tanda-tanda tromboflebitis, ada tidaknya varises, dan kemerahan pada daerah tersebut (Rukiyah,dkk, 2010).

b. Palpasi

Leher : Adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe/tidak, adanya bendungan vena jugularis/tidak.

Payudara : Ada benjolan abnormal, atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum.

Abdomen : menentukan TFU, memantau kontraksi uterus.  
Pengkajian *diastasis rectus abdominalis*.

Table 2.7 Perubahan Uterus Selama Post Partum

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan simpisis pusat	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Dewi & Sunarsih, 2012

Ekstremitas : Oedema ada/tidak, varises ada/tidak, tanda homan ada/tidak.



### 2.3.3 Analisis

P\_\_\_\_\_ Ab\_\_\_\_\_ dengan ...jam/hari post partum.

### 2.3.4 Penatalaksanaan

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

R/ : Hak dari ibu untuk mengetahui informasi keadaan ibu dan bayi. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.

2. Berikan informasi yang tepat tentang perawatan rutin selama periode *postpartum*.

R/ : Memenuhi kebutuhan informasi, sehingga dapat mengurangi ansietas yang berkenaan dengan rasa takut dan ketidaktahuan yang dapat memperberat persepsi nyeri.

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

R/ : Memberi informasi mengenai tanda bahaya kehamilan kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan, sehingga jika terjadi salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat

mengambil keputusan dan bertindak dengan cepat.

4. Berikan informasi pada ibu dan keluarga agar ibu tidak takut makan dan mengonsumsi makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin.

R/ : Dengan pemenuhan gizi yang cukup dan sesuai dapat membantu pemulihan kondisi ibu pasca melahirkan.

5. Berikan informasi tentang pemberian ASI awal pada bayi

R/ : Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi serta melatih hubungan antara ibu dan bayi (bonding attachment).

6. Berikan konseling tentang cara menjaga bayi tetap sehat dan mencegah hipotermia pada bayi

R/ : Menjaga suhu tubuh bayi serta menjaga agar bayi tetap hangat merupakan suatu cara agar bayi tidak terjadi hipotermia.

7. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya yaitu pada hari ke 3 - 7 setelah persalinan atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ : Pemantauan yang rutin serta pemeriksaan setiap ada keluhan atau masalah dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada masa nifas.

## 2.4 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Tanggal :

Pukul :

### 2.4.1 Data Subjektif

#### 1. Biodata Bayi

Nama bayi : Bertujuan untuk menghindari kekeliruan.

Tanggal lahir : Dapat mengetahui usia neonatus.

Jenis kelamin : Dikaji untuk mengetahui jenis kelamin bayi.

Umur : Dikaji untuk mengetahui usia bayi.

Alamat : Dapat digunakan untuk memudahkan kunjungan rumah.

#### 2. Keluhan utama

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

Masalah atau keluhan yang sering dialami bayi baru lahir antara lain: bercak mongol, hemangioma, ikterus, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash*, *seborrhea*, bisulan, *miliariasis*, diare, obstipasi, dan infeksi (Marmi, 2015).

### 2.4.2 Data Objektif

#### 1. Pemeriksaan umum menurut Sondakh (2013)

Keadaan umum : Baik/cukup/lemah

Kesadaran : Composmentis

Suhu : (normalnya 36,5-37,5°C)

Pernapasan : (normalnya 40-60 kali/menit)

Denyut jantung : (normalnya 120-160 kali/menit)

Pemeriksaan Antropometri menurut Marmi (2015) :

a. Berat badan 2.500-4.000 gram.

b. Panjang badan 48-52 cm.

c. Lingkar dada 30-38 cm.

d. Lingkar kepala 33-35 cm.

e. Lingkar lengan atas 9,5-11 cm.

2. Pemeriksaan fisik menurut Marmi (2015)

Kepala : Melihat besar, bentuk, sutura tertutup atau melebar, caput succedaneum, cephal hematoma.

Mata : Pemeriksaan terhadap perdarahan subkonjungtiva atau retina, warna sklera dan tanda-tanda infeksi atau pus.

Hidung : Apakah ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Pemeriksaan terhadap labioskizis, labiopalatoskizis, trush, sianosis, mukosa kering/basah.

Telinga : Telinga simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat cairan yang keluar dari telinga yang berbau atau tidak.

Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat benjolan abnormal, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.

Dada : Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam

dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan

Abdomen : Kembung atau tidak, pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor, asites), skafoid (kemungkinan bayi menderita diafragma/ atresia esofagus tanpa fistula), tali pusat bersih atau tidak dan terdapat perdarahan tali pusat atau tidak.

Genetalia : Pemeriksaan terhadap kelamin bayi laki-laki, testis sudah turun dan berada dalam skrotum. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, lubang vagina terpisah dari lubang uretra

Anus : Lubang anus (+), meconium keluar 24 jam.

Ekstremitas : Ekstremitas atas: kedua lengan harus bebas bergerak dan sama panjang jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa adanya polidaktil atau sindaktil, telapak tangan harus dapat terbuka.

Ekstremitas bawah: periksa kesimetrisan tungkai dan kaki, kedua kaki harus dapat bergerak bebas jika gerak berkurang berkaitan dengan adanya trauma misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktil atau sindaktil pada jari kaki.

3. Pemeriksaan Neurologis menurut Marmi (2015):

*Refleks Rooting* : Refleks ini terjadi ketika menyentuh pinggir mulut bayi. Bayi akan mengikuti arah sentuhan tersebut sambil membuka mulutnya. Hal ini membantu bayi ketika ia sedang ingin menyusu. Refleks ini muncul sejak lahir dan bertahan hingga usia 3-4 bulan.

*Refleks Sucking* Ketika bagian atas atau langit-langit mulut bayi disentuh, bayi akan mulai menghisap. Refleks menghisap mulai muncul saat usia 32 minggu kehamilan dan menjadi sempurna saat usia 36 minggu kehamilan. Oleh karena itu, bayi prematur biasanya belum bisa menghisap dengan baik.

*Refleks Moro* : Timbul pergerakan tangan yang simetris saat bayi tiba-tiba dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

*Refleks Tonic Neck* Ketika kepala bayi menengok ke satu sisi, ia akan memanjangkan lengan di sisi yang sama. Sebaliknya, lengan pada sisi yang berlawanan akan ditekuk. Refleks ini muncul sejak lahir dan bertahan hingga

usia 2 bulan

- Refleks *Palmar Grasp* : Saat telapak tangan bayi di tekan, dengan perlahan bayi menggenggam dengan kuat..
- Refleks Babinski : Saat diberikan goresan telapak kaki, bayi menunjukkan respon berupa jempol kaki bayi menghadap ke atas dan jari kaki lainnya terbuka.
- Refleks Glabella : Saat daerah pangkal hidung diketuk secara pelan-pelan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

### 2.4.3 Analisis

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur ..... jam/hari

### 2.4.4 Penatalaksanaan

1. Melakukan *informed consent*

R/ : *Informed consent* merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut (Sondakh, 2013).

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ : Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang (Sondakh, 2013).

3. Mengeringkan dan membungkus tubuh bayi dengan kain kering dan lembut dan meletakkan bayi di lingkungan yang hangat.

R/ : Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, beresiko untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di ruangan yang suhunya relative hangat. Bayi premature atau bayi dengan berat badan lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia. walaupun demikian bayi juga tidak boleh menjadi hipertermia, yaitu temperature suhu yang lebih dari 37,5 °C (Noordiati, 2019).

4. Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa kering yang bersih dan steril.

R/ : Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi (Muslihatun, 2010).

5. Anjurkan ibu untuk segera memberikan ASI

R/ : ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh atau kebutuhan nutrisi 60 cc/kg per hari (Sondakh, 2013).



6. Berikan konseling pada ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak.

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

7. Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah buang air kecil maupun buang air besar.

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

8. Konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat, dan tanda bahaya

R/ : Perawatan tali pusat dilakukan agar luka tersebut kering, bersih, tidak terkena cairan apapun seperti kencing, kotoran bayi, tidak bernanah. Apabila tali pusat kotor, maka bilas luka dengan air bersih dan dikeringkan dengan dengan kain steril kemudian dibungkus dengan kasa steril dan kering. Tidak diperbolehkan untuk membubuhkan atau mengoleskan ramuan atau bumbu dapur dan sebagainya pada luka tali pusat. Karena akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang akhirnya dapat berakhir pada kematian neonatal. Tanda-tanda infeksi pada tali pusat yaitu adanya kemerahan pada kulit di sekitar tali pusat, tampak adanya nanah, berbau. (Noordiati, 2019).

9. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 6–8 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu pascabersalin atau sewaktu–waktu jika ada keluhan.

R/ : Pemantauan yang rutin serta pemeriksaan setiap ada keluhan atau masalah dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada neonatus.

## **2.5 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Masa Interval**

Tanggal :

Pukul :

### **2.5.1 Data Subjektif**

#### **1. Keluhan Utama**

Mengetahui apa yang menyebabkan klien ingin ber-KB. Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi adalah :

##### **a. Fase menunda**

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

##### **b. Fase menjarangkan kehamilan**

Periode usia istri 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk hamil dan melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran 2-4 tahun.

##### **c. Fase menghentikan/mengakhiri kesuburan**

Periode umur istri diatas 30 tahun, terutama diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

## 2. Riwayat Kesehatan

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, mioma uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2014).
- b. Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2014).
- c. Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2014).
- d. Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).
- e. Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita penyakit radang panggul atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2014).

### 3. Riwayat Obstetri

#### a. Kehamilan

Untuk mengetahui apakah ibu sedang dalam kondisi hamil atau tidak.

Apakah ibu memiliki riwayat kehamilan ektopik atau abortus.

#### b. Persalinan

Untuk mengetahui paritas serta riwayat persalinan ibu sebelumnya, sehingga dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam menentukan metode kontrasepsinya.

#### c. Nifas

Untuk mengetahui kondisi ibu selama nifas, apakah ibu mengalami penyulit dalam masa nifasnya, apakah ibu sedang dalam masa menyusui. Sehingga dapat membantu dalam memilih metode serta menentukan waktu penggunaan alat kontrasepsi.

### 4. Riwayat KB

Mengetahui metode kontrasepsi apa saja yang pernah digunakan, keluhan selama penggunaan, waktu penggunaan dan metode apa yang ingin digunakan.

## 2.5.2 Data Objektif

### 1. Pemeriksaan Umum

#### a. Tekanan darah

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

b. Berat badan

Dapat meningkat 1-5 kg dalam tahun pertama, tetapi pula dapat menurun.

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tampak pucat atau tidak

Mata : Normalnya bentuk mata adalah simetris, konjungtiva merah muda, bila pucat maka menandakan anemia. Ibu dengan anemia tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2014). Sclera normal bewarna putih, bila bewarna kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis. Sehingga ibu dengan riwayat hepatitis tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi alamiah (KBA) (Saifuddin, 2014). Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi. Sehingga ibu dengan preeklamsi/eklamsi tidak cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi suntikan kombinasi dan pil kombinasi, tetapi cocok untuk menggunakan alat kontrasepsi mini pil (Hartono, 2010).

Leher : Bila ditemukan bendungan vena jugularis kemungkinan ibu menderita penyakit jantung.

Payudara : Tidak terdapat benjolan abnormal yang dicurigai adanya kanker payudara. riwayat kanker payudara tidak boleh

menggunakan alat kontrasepsi hormonal

Abdomen : Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2014).

Genetalia : Ibu yang mengalami haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, edema yang mengarah penyakit infeksi pada daerah genetalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2014)

Ekstremitas : Tidak ada varises.

### 2.5.3 Analisis

P\_\_\_\_\_ Ab\_\_\_\_\_ usia...tahun calon akseptor KB

### 2.5.4 Penatalaksanaan

1. Secara umum yang dapat dilakukan oleh bidan kepada calon/akseptor

KB yaitu:

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

R/ : Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

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

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

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

R/ : Membantu ibu memilih kontrasepsi yang dibutuhkan oleh ibu

- d. Tanya metode KB yang diinginkan.

R/ : Memberi kesempatan kepada klien untuk memilih KB sesuai keinginan.

- e. Bantu klien memilih metode KB yang sesuai.

R/ : Mengarahkan klien memilih KB yang efektif agar sesuai dengan tujuan utama atau kebutuhan klien.

- f. Lakukan penapisan pada klien.

R/ : Penapisan yang tepat akan memberikan dampak positif dalam menentukan pilihan KB sesuai dengan kondisinya.

- g. Berikan pelayanan KB sesuai dengan pilihan klien.

R/ : Pelayanan KB yang sesuai pilihan dapat memberikan ketenangan pada klien dan mengusahakan agar klien dapat memahami kondisi dan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB yang dipilih.

2. Sedangkan yang dapat dilakukan pada masing-masing alat kontrasepsi kepada calon/akseptor KB yaitu :

a. Alat kontrasepsi MAL:

1) Anjurkan klien memberikan ASI-Eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.

R/ : Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam pencernaannya.

2) Anjurkan klien agar tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi.

R/ : Ibu yang menyusui yang mensruasinya belum muncul kembali akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil (kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi).

b. Alat kontrasepsi Suntik Progestin:

1) Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien.

2) Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya. Menurut Saifuddin (2014) efek samping yang bisa terjadi yaitu amenorea, perdarahan/bercak (*spotting*) dan meningkatnya atau mrnurunnya berat badan.

3) Anjurkan klien untuk kembali 12 minggu lagi, berikan tanggal pastinya.

R/ : Dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan



memudahkan ibu untuk mengingat/kembali suntik ulang secara tepat.

- 4) Anjurkan klien agar kembali ke klinik sebelum waktu suntik ulang yang dijadwalkan apabila mengalami perdarahan banyak pervaginam dan terlambat menstruasi (pada pola haid yang biasanya teratur).

R/ : Mencegah komplikasi lebih lanjut.

c. Alat kontrasepsi Pil Progestin:

- 1) Berikan kontrasepsi pil progestin pada klien

R/ : Pemberian pil progestin secara tepat, sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi obat.

- 2) Berikan instruksi pada klien tentang bagaimana menggunakan kontrasepsi pil, efek samping dan penanganannya, masalah atau komplikasi yang mengharuskan klien kembali ke klinik dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum pil.

R/ : Supaya ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Menurut Saifuddin (2014) efek samping dari kontrasepsi pil progestin, yaitu:

- a) Amenorea
- b) Perdarahan tidak teratur/ *spotting*

- 3) Diskusikan kunjungan ulang dengan klien

R/ : dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan memudahkan ibu untuk mengingatkan/kembali suntik

ulang secara tepat.

- 4) Yakinkan klien untuk kembali setiap saat apabila masih ada pertanyaan atau masalah.

R/ : Mencegah komplikasi lebih lanjut.

d. Alat kontrasepsi Implan:

- 1) Berikan konseling pra pemasangan implan.

- a) Jelaskan kemungkinan efek samping kontrasepsi implan.
- b) Jelaskan proses pemasangan implan dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.
- c) Berikan *informed consent*.

R/ : Dengan pengetahuan yang baik klien akan termotivasi untuk lebih mudah bekerjasama dengan tenaga kesehatan.

- 2) Lakukan penapisan calon akseptor KB implan

R/ : Mencegah komplikasi lebih lanjut

- 3) Lakukan pemasangan implan.

- 4) Berikan konseling pasca pemasangan implan.

- 5) Jelaskan pada klien apa saja yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

Menurut Saifuddin (2014) efek samping penggunaan kontrasepsi implan, yaitu :

- a) Amenorea

- b) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan
- c) Ekspulsi
- d) Infeksi pada daerah insersi
- e) Berat badan naik/turun.
- f) Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol atau sewaktu-waktu ada keluhan.

R/ : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya dan tidak khawatir akan efek samping yang kemungkinan terjadi

- 6) Ingatkan kembali masa pemakaian implant.

R/ : Ibu tidak lupa tanggal pencabutan implant.

- 7) Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali implant tersebut.

R/ : Ibu mendapatkan informasi sesuai kebutuhan.

- 8) Lakukan observasi selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

R/ : Observasi terjadi ekspulsi atau tidak.

e. Alat kontrasepsi IUD:

- 1) Berikan konseling pra pemasangan IUD
- 2) Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping kontrasepsi IUD.

3) Jelaskan pada klien bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul.

4) Jelaskan proses pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.

5) Berikan *informed consent*

R/ : Ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD.

6) Lakukan penapisan calon akseptor KB IUD

R/ : Memastikan ibu cocok dalam menggunakan KB IUD.

7) Lakukan pemasangan IUD

8) Berikan konseling pasca pemasangan IUD

a) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD dan kapan harus dilakukan.

b) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

Menurut Saifuddin (2014) efek samping penggunaan kontrasepsi IUD, yaitu :

(1) Amenorea

(2) Kejang

(3) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur

(4) Benang yang hilang

R/ : Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD.

9) Adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya penyakit radang panggul, beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol.

R/ : Kontrol ulang digunakan untuk memastikan IUD masih terpasang dengan baik

10) Ingatkan kembali masa pemakaian IUD

R/ : Ibu tidak lupa dengan tanggal pencabutan IUD.

11) Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali IUD tersebut.

R/ : Untuk meminimalkan terjadinya risiko.

12) Lakukan observasi selama 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

R/ : Observasi apakah terjadi perdarahan yang disebabkan oleh perforasi.

f. Alat kontrasepsi Tubektomi:

1) Teliti dengan seksama untuk memastikan bahwa klien telah memenuhi syarat sukarela, bahagia dan sehat.

R/ : Memastikan ibu mantap dan menggunakan kontrasepsi tubektomi

2) Pastikan klien mengenali dan mengerti keputusannya untuk melakukan tubektomi

R/ : Ibu dapat beradaptasi menerima perubahan yang

terjadi setelah dilakukan tubektomi.

3) Berikan informed consent

R/ : Ibu setuju dengan tindakan yang dilakukan.

4) Berikan konseling sebelum pelayanan

a) Jelaskan bahwa sebelum prosedur tubektomi akan dilakukan pemeriksaan fisik dan dalam (bimanual).

b) Lakukan penapisan calon akseptor kontrasepsi tubektomi

c) Jelaskan tentang teknik operasi, anestesi lokal, dan kemungkinan rasa sakit atau tidak nyaman selama operasi.

R/ : Ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi.

5) Berikan konseling pasca tindakan tubektomi.

a) Jelaskan pada klien untuk menjaga agar daerah luka operasi tetap kering.

b) Yakinkan klien bahwa ia dapat datang kembali setiap saat bila terjadi nyeri, perdarahan luka operasi atau pervaginam dan demam.

c) Jelaskan pada klien kapan senggaman dapat dilakukan dan jadwal kunjungan ulang.

R/ : Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi