

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL

2.2.1 Pengkajian Data

Kala I

1. Data Subjektif

a) Biodata

(1) Nama Istri/Suami

Untuk mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

(2) Umur

Kondisi fisik ibu bersalin dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya.

(3) Agama

Mengetahui kepercayaan sebagai dasar dalam memberikan asuhan saat hamil dan bersalin.

(4) Suku/Bangsa

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi, dan adat istiadat yang dianut.

(5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

(6) Pekerjaan

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan, yang dapat dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu.

(7) Alamat

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan memantau kesehatan ibu melalui kunjungan rumah jika diperlukan.

(8) Penghasilan

Mengetahui keadaan ekonomi ibu, berpengaruh apabila sewaktu-waktu ibu dirujuk. juga sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu.

b) Keluhan utama

Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda ibu bersalin yaitu terjadinya his persalinan (pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya terarur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, dan makin beraktivitas kekuatan his akan makin bertambah), pengeluaran lendir dengan darah, dan adanya pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih.

c) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

(1) Nutrisi

Dalam hal ini perlu ditanyakan adalah makan berapa kali sehari, porsi berapa piring, nafsu makannya, menunya apa saja, minum berapa gelas sehari, jenisnya apa saja, apakah ada tantangan.

(2) Pola eliminasi

Hal yang ditanyakan adalah BAB berapa kali, konsistensinya, bagaimana, warna dan baunya. BAK berapa kali sehari, warnanya bagaimana, baunya bagaimana.

(3) Aktivitas Sehari-Hari

Mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien untuk memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien di rumah.

(4) Personal Hygiene

Data perlu dikaji kebersihan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan janinnya. Hal yang perlu ditanyakan yaitu beberapa kebersihan diri diantaranya adalah mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam.

d) Riwayat Psikososial dan Budaya

Kesiapan keluarga dalam menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru. Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari

keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menerima kondisi dan perannya, dan untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistyawati, 2013).

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Hasil kriteria pemeriksaan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta fisik tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Hasil pemeriksaan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik dan pasien tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2014).

Kesadaran : Tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien dalam keadaan tidak sadar) (Sulistyawati, 2014).

Tekanan Darah : Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani, 2013). Menigkatnya tekanan darah sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg (Nurasiah, 2014). Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney, 2007). Tekanan darah normal 90/60 – 130/90 mmHg (Romauli, 2011).

Nadi : Frekuensi nadi orang dewasa normal yaitu berkisar 60-100 x/menit. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi (Rohani, 2013).

Pernapasan : Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani,

Saswita, & Marisah, 2013). Pernafasan normal wanita dewasa yaitu 16-24x/ menit.

Suhu : Suhu yang meningkat menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1,0 °C, suhu tinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistiyawati, 2013). Suhu tubuh normal 36,5-37,5 °C (Romauli, 2011).

b) Pemeriksaan Fisik

Muka : Hal yang perlu dikaji adalah edema/bengkak (tanda preeklampsi), pucat (kemungkinan mengalami anemia), ekspresi ibu (gambaran ketidaknyamanan /kesakitan) (Marmi, 2012). Tampak chloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmen yang berlebihan.

Mata : Konjungtiva merah muda atau tidak menandakan ibu anemia atau tidak, sklera kuning atau tidak

menandakan adanya penyakit hepatitis pada ibu, gangguan penglihatan menandakan ibu myopia atau tidak, kelainan, kebersihan pada mata (Sulistyawati, 2014). Ibu pengguna kaca mata dengan minus ≥ 5 sebaiknya melahirkan perabdominam, karena dikhawatirkan terjadi lepasnya retina atau ablasio retina, retina rentan mengalami penipisan dan mudah terjadi robekan (Roesma, 2014).

Mulut : Apakah ada keputihan pada bibir apabila terjadi keputihan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya, integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah), bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi. Sedangkan pemeriksaan pada gigi meliputi apakah ada karies pada gigi (Sulistyawati, 2013).

Leher : Adakah pembesaran kelenjar limfe untuk menentukan ada tidaknya kelainan pada jantung. Adakah pembesaran kelenjar tiroid untuk menentukan pasien kekurangan yodium atau tidak. Adakah bendungan vena jugularis yang

mengindikasikan kegagalan jantung (Widiastini, 2018)

Payudara : 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) serta kebersihan (Sulistyawati, 2013).

Abdomen : 1) Bekas luka SC

Pemeriksaan bekas operasi untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat operasi sesar, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani, 2013)

2) TFU

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). 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), polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani, 2011).

3) Leopold

Pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak (misalnya, lintang), presentasi (misalnya, bokong) dan posisi janin (dagu, dahi, sinciput) (Rohani, 2013).

4) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit. Adanya brakikardi menunjukkan janin dalam keadaan hipoksia. Frekuensi jantung kurang dari 120 dan lebih dari 160 kali per menit menunjukkan adanya gawat janin (*fetal distress*).

5) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan

(Rohani, 2013)

Genitalia : Pengkajian pada genitalia meliputi: tanda-tanda inpartu (pengeluaran lendir darah atau *blood show*), kemajuan persalinan, hygiene pasien, adanya tanda-tanda infeksi vagina (Adanya pengeluaran cairan seperti keputihan yang berwarna kuning kehijauan dan berbau, terdapat kondiloma akuminata dan kondiloma talata, terdapat lesi, erosi, discharge, benjolan abnormal dan nyeri sentuh) dan pemeriksaan dalam (Sulistiyawati, 2013).

Pemeriksaan dalam (Sondakh, 2013)

- 1) Pemeriksaan genitalia eksterna antara lain memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- 2) 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 DJJ dan nilai apakah perlu dirujuk segera.

- 3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- 4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- 5) 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 (perliaman).
- 6) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang

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

Anus : Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

2.2.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK minggu, janin T/H/I, presentasi belakang kepala, inpartu kala I fase laten/aktif dengan keadaan ibu dan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengeluh kenceng-kenceng serta mengeluarkan lendir darah sejak..... pukul

Data :

Objektif

Keadaan Umum : Baik atau lemah

Kesadaran : Composmentis atau coma (Sulistyawati, 2014).

TD : 90/60 – 130/90 mmHg (Romauli, 2011).

Nadi : 60-100 x/menit

RR : 16-24 x/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan. Jika bagian fundus teraba keras, bundar, dan melenting (kesan kepala). Jika teraba lunak, bundar, kurang melenting (kesan bokong).

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin yang berada ada pada sisi kanan dan kiri ibu. Jika teraba keras, memanjang seperti papan (kesan punggung), jika teraba bagian kecil (kesan ekstremitas).

Leopold III : Untuk mengetahui apakah bagian terendah sudah masuk PAP apa belum.

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP

(konvergen/sejajar/ divergen).

- TBJ : Normalnya 2500-4000 gram.
- His : Setiap 2 menit durasi lebih dari 40 detik (2-3 x 10' x 20-40")
- Auskultasi : DJJ : 120-160 x/menit (Rohani, 2013).

Pemeriksaan Dalam

Genetalia : Tidak ada luka/ masa (benjolan),
eksterna condilomata, varikosis vulva/
rectum, dan luka parut di
perineum.

Vulva dan : Terdapat lender darah atau tidak.

Vagina

Pembukaan : 1-10cm

Efecement : 25-100 %

Ketuban : Utuh atau sudah pecah

Bag. Terdahulu : Kepala

Tidak teraba bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.

Bag. Terendah : UUK atau UUB

Molase : 0/1/2/3

Hodge : I, II, III, IV

1 Ibu merasa takut dengan proses persalinan

Subjektif : Ibu mengatakan merasa takut dengan proses persalinan yang akan dialaminya

Objektif : Ibu terlihat cemas

2 Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : Ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya

Objektif : Ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat

2.2.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Menurut Rohani, (2013) masalah potensial yang dapat terjadi pada persalinan antara lain :

1. kala I

Pada kala I dapat terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distress, dan malpresentasi

2. kala II

Pada kala II dapat terjadi syok, dehidrasi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat, dan kelainan letak

3. kala III

Pada kala III dapat terjadi atonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri

4. kala IV

Pada kala IV dapat terjadi atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik.

2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien sehingga bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman. Jika hasil Pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu. jika pertolongan persalinan dilakukan di rumah sakit maka sesegera mungkin bidan melaporkan kondisi pasien kepada dokter.

2.2.5 Intervensi

Dx : G...P...Ab... UK...minggu, tunggal, hidup, intrauterine Inpartu
Kala ... fase dengan Keadaan ibu dan janin baik

Tujuan : - Kala I fase aktif berjalan lancar
- Keadaan ibu dan janin baik

Intervensi :

1. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ memberikan dukungan emosi yang dapat menurunkan rasa takut, tingkat ansietas, dan meminimalkan nyeri

2. Minta suami/keluarga untuk memberi makan dan minum saat his mereda.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif

3. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh.

R/ Hindarkan terjadinya kandung kemih yang penuh karena berpotensi untuk: memperlambat turunnya janin dan mengganggu kemajuan persalinan, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan yang disebabkan oleh atonia uteri,

mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pascapersalinan

4. Diskusikan dengan ibu siapa pendamping dalam persalinannya nanti
R/ Koping negatif dapat mengakibatkan ansietas dimana kasus klien dapat memerlukan obat-obatan terlalu dini dalam proses persalinan. Klien yang lebih muda dan yang tidak berkeinginan dapat menunjukkan lebih rentan stres/ketidaknyamanan dan mengalami kesulitan dalam mempertahankan pengaturan/control.
5. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri
R/ Meningkatkan perfusi plasental: mencegah sindrom hipotensif terlentang
6. Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Beritahukan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit
R/ jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, placenta, dan lain-lain) akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke placenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan pasokan oksigen pada janin. Selain itu,

posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses kemajuan persalinan

7. Ajarkan cara meneran yang benar

R/ Mengurangi kelelahan dan mempercepat proses persalinan.

8. Ajarkan ibu teknik relaksasi untuk meredakan rasa nyeri dengan menarik nafas dalam, atau dengan mandi air hangat.

R/ Kondisi ibu yang relax dapat meminimalkan rasa nyeri yang dialami ibu

9. Beritahu ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

R/ meneran sebelum waktunya dapat menyebabkan oedema pada serviks dan vulva.

10. Observasi sesuai lembar observasi, mengenai kesejahteraan ibu dan janin serta kemajuan persalinan

R/ Persalinan lama/disfungsional dengan perpanjangan fase laten dapat menimbulkan masalah kelelahan ibu, stres berat, infeksi, dan hemoragi karena atoni/ruptur uterus, menempatkan janin pada resiko lebih tinggi terhadap hipoksia dan cedera.

2.2.6 Implementasi

Sesuai dengan intervensi

2.2.7 Evaluasi

S : Berisikan informasi dari pasien mengenai keluhan dan perasaan

yang sedang dirasakan

- O : Keadaan umum baik, tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan, tekanan darah) normal, hasil pemeriksaan dalam
- A : G...P...Ab...UK...Janin T/H/I, presentasi belakang kepala, inpartu kala I fase laten/aktif keadaan ibu dan janin baik.
- P : Observasi keadaan umum, DJJ setiap 30 menit, pembukaan setiap 4 jam sekali dan tanda-tanda vital.

Kala II

Tanggal :

Pukul :

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah.

- O : a. Terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.
- b. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa :

Vulva Vagina : Terdapat lendir bercampur darah
Pembukaan : 10 cm
Effecement : 100%
Ketuban : Masih utuh/sudah pecah (Pukul)
Bagian terdahulu : Kepala
Disekitar bagaian terdahulu tidak teraba bagian kecil janin
atau bagian yang berdenyut.
Bagian terendah : UUK
Moulage : 0/1/2/3
Hodge : III

A : G_P___Ab___ UK minggu, janin T/H/I, presentasi belakang
kepala inpartu kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

P : Menurut JNPK-KR (2017) Asuhan Persalinan Normal,
penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mengenali tanda kala II persalinan.
- 2) Memastikan kelengkapan alat bahan dan obat untuk menolong persalinan.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, kemudian cuci tangan.
- 5) Memakai satung tangan DTT pada tangan kanan akan digunakan untuk periksa dalam.

- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 13) Mengajarkan ibu teknik meneran yang benar.
- 14) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- 15) Menganjurkan ibu untuk beristirahat jika kontraksi mereda dan mensejajarkan kedua kakinya agar tidak kram.
- 16) Menganjurkan suami/keluarga untuk terus member dukungan

pada ibu dan memberi ibu minum atau mengelap keringat ibu.

17) Meminta ibu untuk mengambil posisi yang telah diajarkan kemudian meneran ketika ada kontraksi yang kuat untuk meneran dan beristirahat dengan mensejajarkan kaki ketika kontraksi mereda.

18) Meletakkan kain jarik (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

19) Meletakkan underpad di bawah bokong ibu.

20) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

21) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

22) Setelah kepala bayi terlihat dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi underpad. 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 dar vagina.

23) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.

24) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

- 25) 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 arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 26) 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.
- 27) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki.
- 28) Melakukan penilaian (selintas)
- 29) Memberi pujian dan ucapan selamat pada ibu atas kelahiran bayinya
- 30) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti kain jarik dengan bedong bayi. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 31) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 32) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus

berkontraksi dengan baik.

33) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.

34) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama.

35) Pemotong dan klem menggunakan klem tali pusat.

36) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi.

37) Menganjurkan ibu untuk sering melihat hidung bayi, jangan sampai tertutupi dada ibu.

38) Menganjurkan ibu untuk memegang bayinya, agar tidak jatuh.

Kala III

Tanggal : ...

Pukul : ...

S : Klien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

O : a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

b) Tali pusat memanjang

A : P _ _ _ _ Ab _ _ _ inpatu kala III dengan keadaan ibu dan bayi

baik.

P : Menurut JNPK-KR (2017) Asuhan Persalinan Normal, 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 kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah 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) Setelah plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil 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) Melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan

melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

- 7) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarah aktif, segera lakukan penjahitan.
- 8) Memeriksa kedua sisi plasenta, memastikan selabut ketuban lengkap dan utuh. Memastikan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

Kala IV

Tanggal : ...

Pukul : ...

S : Klien mengatakan perutnya terasa mulas

O : a. TFU 2 jari di bawah pusat
b. Kontraksi uterus baik/tidak

A : P _ _ _ _ Ab _ _ _ _ inpartu kala IV normal keadaan ibu dan bayi baik.

P : Menurut JNPK-KR (2017) Asuhan Persalinan Normal, penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
- 2) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 3) Celupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
- 4) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi uterus.
- 5) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 6) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan ibu.
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)
 - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk kerumah sakit.
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 8) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan

sisanya cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 9) Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci 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%, mengembalikannya ke dalam kantong dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 14) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan vitamin K₁ (1 mg) intramuscular di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 16) Lakukan pemeriksaan fisik bayi lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik. (pernapasan 40-60 kali/menit dan suhu tubuh normal 36,5-37,5 °C) tiap 15 menit.
- 17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan

Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.

18) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

19) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

20) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Tanggal : ...

Pukul : ...

S : Bayi Ny. X lahir spontan tanggal, pukul, jenis kelamin laki-laki/perempuan, segera menangis, bayi bergerak dengan aktif dan menyusu dengan kuat.

O : 1) Pemeriksaan Umum

Menurut Sondakh (2013) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

Keadaan umum : Baik

Motorik : Kuat

2) Tanda-tanda Vital

HR : 130 - 160 x/ menit

Pernapasan : 40 - 60 x/ menit

Suhu : 36,5 °C - 37 °C

3) Antropometri

Berat badan : 2500- 4000 gram

Panjang badan : 48 - 52 cm

Lingkar kepala : 33 - 38 cm

LILA : 10 - 11 cm

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu hal yang dikerjakan dalam rangkaian pengumpulan data dasar pada bayi baru lahir sebagai dasar dalam menentukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir. Dalam melakukan pemeriksaan ini sebaiknya bayi dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang, sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas. Tujuan pemeriksaan fisik secara umum pada bayi adalah menilai keadaan umum bayi, menentukan status adaptasi atau penyesuaian kehidupan intrauteri ke dalam kehidupan ektrauteri dan mencari adanya kelainan/ketidakhormalan pada bayi.

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan fisik bayi meliputi :

Kepala : Untuk mengetahui adanya molase,

chepal hematoma dan caput succedaneum.

- Telinga : Simetris, tidak ada serumen.
- Mata : Mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda, tidak ada perdarahan subkonjungtiva.
- Hidung : Mengetahui adanya pernapasan cuping hidung, lubang simetris, bersih, tidak ada secret.
- Mulut : Mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis, refleks menghisap baik.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis.
- Dada : Mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada simetris.
- Abdomen : Mengetahui bentuk yaitu simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi.
- Genetalia : Laki-laki : Testis sudah turun

Perempuan :Vagina terdapat lubang,
keadaan labia mayora
menutupi labia minora.

Anus : Apakah atresia ani atau tidak

Kulit : Verniks, warna kulit, tanda lahir.

Ekstremitas : Gerak aktif, apakah polidaktili atau
sindaktili.

5) Pemeriksaan Neurologis menurut Sondakh, (2013)

a) Refleks Moro/terkejut

Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.

b) Refleks Menggenggam

Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.

c) Refleks Rooting/mencari

Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan lain.

d) Refleks Menghisap/sucking

Apabila bayi diberi dot/puting, maka ia berusaha untuk menghisap.

e) Glabella Refleks

Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya.

f) Gland Refleks

Apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.

g) Tonick Neck Refleks

Apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

A : Bayi Ny. X lahir spontan dengan kondisi normal.

P :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal
- 2) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.

- 3) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.
- 4) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata
- 5) Melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.
- 6) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulanginya.

