

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI RUANGBERSALIN PUSKESMAS BAKUNASE
KOTA KUPANG

TANGGAL 20 JULI - 24 JULI 2016



OLEH

AGNES ANASTASIA NABU
NIM: 132111101

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS BAKUNASE
KOTA KUPANG

TANGGAL 20 JULI – 24 JULI 2016

Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)



OLEH:

AGNES ANASTASIA NABU
132111101

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG

2016

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, 17 Juni 2017

Yang menyatakan



AGNES ANASTASIA NABU

132111101

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Tanggal 20-24 Juli 2016”** telah disetujui dan diajukan untuk seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Agnes Anastasia Nabu, NIM: 132 111 101 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 17 Juni 2017

Menyetujui

Pembimbing I

Maria C.F. Djeky, SST., M.Kes

Pembimbing II

Maria O. Baha, STr.Keb

Mengetahui

Ketua

STIKes CHM-Kupang

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D III Kebidanan

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Tanggal 20-24 Juli 2016”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Agnes Anastasia Nabu, NIM: 132 111 101 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, 17 Juni 2017

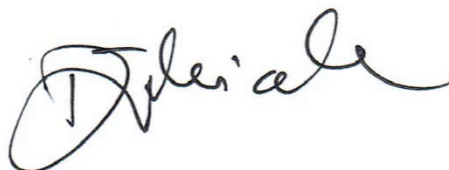
Ketua : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep, Ns., MH.Kes

Anggota : 1. Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes

2. Maria O. Baha, STr.Keb

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Kes

MOTTO

"Orang Hebat"

Tidak dihasilkan melalui kemudahan, kesenangan, atau kenyamanan.

Tapi mereka dibentuk melalui kesukaran, tantangan dan air mata.

PERSEMBAHAN

"Laporan Studi Kasus ini

*Saya Persembahkan Kepada Tuhan Allah
Dan Bunda Maria, Kedua Orang Tua,
Kakak, Adik, Keluarga, Teman – Teman
serta Almamater Tercinta"*

BIODATA PENULIS

NAMA : Agnes Anastasia Nabu

TEMPAT TANGGAL LAHIR : Kupang, 05 Agustus 1995

JENIS KELAMIN : Perempuan

ALAMAT : Jl. Amabi - Tofa

AGAMA : Katolik

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 2000 - 2001 : TK St. Yoseph Naikoten II Kupang
2. Tahun 2001 - 2007 : SDK St. Yoseph Naikoten II Kupang
3. Tahun 2007 - 2010 : SMP Negeri 2 Kupang
4. Tahun 2010 - 2013 : SMA Negeri 3 Kupang
5. Tahun 2013 - 2016 : Sedang Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang

Nama : Agnes Anastasia Nabu
NIM : 132111101

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS BAKUNASE
TANGGAL 20-24 Juli 2016.**

Latar Belakang : Secara umum, persalinan berlangsung alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir.

Tujuan : Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase.

Metode : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan asuhan kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase.

Pembahasan : Berdasarkan asuhan yang dilakukan dimulai dengan pengumpulan data yaitu data subyektif dan obyektif, menginterpretasikan data, menentukan masalah potensial yang terjadi, menentukan tindakan segera dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan yaitu melakukan pertolongan persalinan spontan pervaginam pada ibu bersalin normal, melakukan asuhan kebidanan post partum hingga 2 jam dan mengikuti perkembangan ibu dan bayi selama pemberian asuhan, mengevaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada kasus intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

Simpulan : Persalinan dimulai ketika adanya tanda-tanda persalinan dan berakhir setelah lahirnya plasenta hingga pemantauan kala IV dan cara yang digunakan dalam asuhan ini menggunakan 7 langkah Varney

Kata kunci: Intrapartal, Multigravida, Persalinan Normal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan pada Ibu Intra Partal Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase”** tepat pada waktunya. Studi kasus ini merupakan salah satu persyaratan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis mendapat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Ibu Maria C.F.Djegy, S.ST., M.Kes. selaku pembimbing I, dan Ibu Maria O. Baha STr. Keb, selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Bersama ini, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas bagi peneliti sehingga dapat menyelesaikan pendidikan Diploma III di Jurusan Kebidanan.
2. drg. Jeffrey Jap, M. Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan peneliti melaksanakan studi kasus.
3. Ibu Ummu Zakiah, SST, M.Keb selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang selalu memotivasi peneliti dalam melaksanakan penulisan studi kasus.
4. Appolonaris T. Berkanis, S.Kep, Ns., MH.Kes selaku ketua tim penguji yang telah meluangkan waktu untuk menjadi penguji dalam studi kasus ini

5. Ny. E.B dan keluarga atas kesediaan sebagai responden atas pengambilan studi kasus ini.
6. Para dosen Program Studi D III kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
7. Bapa dan Mama tercinta, kakak dan adik tersayang serta Rhyan Odjan yang telah memberikan dukungan, motivasi, dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan laporan studi kasus ini.
8. Sahabat-sahabatku Ima, winny, yullen, athy, ira, aida, natha suryati, litha, sanny terima kasih untuk dukungan selama ini.
9. Teman-teman Kebidanan C dan teman-teman angkatan VI serta semua pihak yang telah membantu penulis dengan caranya masing-masing selama penulis menempuh pendidikan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu demi menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengharapkan saran, tanggapan yang membangun dari berbagai pihak. Akhir kata penulis ucapkan terimakasih.

Kupang, 17 Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar	ii
Halaman Pernyataan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman pengesahan.....	v
Halaman Motto Dan Persembahan.....	vi
Halaman Biodata Penulis.....	vii
Halaman Abstrak	viii
Halaman Kata Pengantar.....	ix
Halaman Daftar Isi	xi
Halaman Daftar Gambar.....	xiv
Halaman Daftar Tabel.....	xv
Halaman Daftar Singkatan.....	xvi
Halaman Lampiran.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.31 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3

1.4 Manfaat	5
1.5 Sistematika Penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Teori.....	8
2.1.1 Pengertian Persalinan	8
2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan.....	9
2.1.3 Klasifikasi Persalinan.....	9
2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	11
2.1.5 Sebab-Sebab Mulanya Persalinan	15
2.1.6 Tanda-Tanda Persalina	17
2.1.7 Tanda-Tanda Inpartu	18
2.1.8 Tahap-Tahap Persalinan	19
2.1.9 Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Pada Persalinan	22
2.1.10 Posisi-Posisi Pada Saat Meneran	29
2.1.11 Mekanisme Pesalinan Normal	32
2.1.12 Persiapan Asuhan Persalinan Normal	40
2.2. Partograf	55
2.3 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Varney	67
2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal.....	69
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN.....	85
3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian.....	85
3.1.1 Desain Penelitian	85

3.1.2 Rancangan Penelitian	85
3.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	86
3.3 Kerangka Teori	87
3.4 Populasi, Sampel Dan Sampling.....	88
3.5 Pengumpulan Data dan Analisa Data	89
3.5.1 Pengumpulan Data	89
3.5.2 Analisa Data.....	92
3.6 Etika Penelitian	97
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	99
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian	99
4.2 Hasil Penelitian	100
4.3 Pembahasan.....	120
BAB 5 PENUTUP.....	129
5.1 Simpulan.....	129
5.2 Saran	131
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
2.1	Posisi Merangkak Atau Berbaring Miring Kiri.....	30
2.2	Posisi Jongkok Atau Berdiri.....	31
2.3	Posisi Duduk Atau Semi Duduk	32
2.4	Sinklistismus	34
2.5	Asinklistimus Anterior	34
2.6	Asinklistimus Posterior	34
2.7	Fleksi	36
2.8	Putaran Paksi Dalam	37
2.9	Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi.....	38
2.10	Gerakan Kepala Janin Putar Paksi Luar.....	39
2.11	Ekspulsi	39
2.12	Lembar Depan Partograf.....	63
2.13	Lembar Belakang Partograf	66
3.1	Kerangka Kerja	86
3.2	Kerangka Teori	87

DAFTAR TABEL

No. Judul	Halaman
2.1 Penurunan Bagian Terbawah Janin.....	60

DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus
AH	: Anak Hidup
APD	: Alat Pelindung Diri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CM	: Sentimeter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
G	: Gravida
GR	: Gram
Hb	: Hemoglobin
IM	: <i>Instramuskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
KPD	: Ketuban Pecah Dini
IU	: Intra Unit
IV	: Intra Vena
N	: Nadi
NTT	: Nusa Tenggara Timur
Ny	: Nyonya

P	: Para
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PX	: <i>ProcesusXipoideus</i>
RDS	: <i>Respiratory Distress Syndrome</i>
RR	: <i>Respiratoty Rate (Pernapasan)</i>
S	: Suhu
TBJ	: Tafsiran Berat janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Partus
TTV	: Tanda – Tanda Vital
UK	: Umur Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
WITA	: Waktu Indonesia Tengah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
°C	: Derajat Celcius.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permintaan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Askeb Intrapartal

Lampiran 4 Partograf

Lampiran 5 Lembar Konsul Pembimbing

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara Umum persalinan berlangsung secara alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi resiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Selain itu selama kehamilan ataupun persalinan dapat terjadi komplikasi yang mungkin terjadi karena kesalahan penolong dalam persalinan, baik tenaga non kesehatan seperti dukun, maupun tenaga kesehatan khususnya bidan. Persalinan merupakan proses alami dan fisiologis, setiap perempuan yang menginginkan kehamilan dan bayinya pasti akan melalui proses persalinan (Sondakh, 2013). Persalinan adalah proses alamiah yang di alami perempuan, merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang telah mampu hidup di luar kandungan melalui beberapa proses seperti adanya penipisan dan pembukaan serviks, serta adanya kontraksi yang berlangsung dalam waktu tertentu tanpa adanya penyulit (Rohani, dkk, 2011)

Menurut Renstra Kementrian Kesehatan tahun 2014, di indonesia jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berjumlah 90% sedangkan dengan proporsi pertolongan oleh tenaga kesehatan yaitu cakupan tertinggi di Yogyakarta 99,96% sedangkan cakupan terendah

yaitu Papua Barat 94,47% (Renstra KemenKes, 2014). Sedangkan cakupan persalinan normal secara nasional pada tahun 2014 yaitu sebesar 88,68% (Renstra KemenKes, 2014) di Kota Kupang jumlah ibu bersalin pada tahun 2013 sebanyak 91% (Profil Kesehatan Kota Kupang). Puskesmas Bakunase yaitu pasien dari bulan Januari-Desember sebanyak 452 orang dan diketahui bahwa periode Januari-Desember 2015 total jumlah persalinan normal yang ditolong sebanyak 305 orang atau 67,47% (Register Klinik Bersalin Puskesmas Bakunase, 2015).

Kehamilan dan persalinan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, sehingga dapat mengancam jiwa ibu. Komplikasi yang mungkin terjadi saat kehamilan dan persalinan adalah perdarahan pascapersalinan, eklampsia, sepsis dan komplikasi keguguran. (JNPK-KR, 2008)

Salah satu faktor penting dalam upaya penurunan angka kematian tersebut adalah penyediaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas. Agar dapat memberikan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu upayanya yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal. (Rohani, dkk,

2011). Oleh karena itu pelayanan dalam kehamilan dianjurkan untuk mentaati pemeriksaan antenatal yang teratur sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dan jika perlu di konsultasikan kepada ahli, penambahan berat badan yang agresif harus dicegah. (Profil KemenKes RI, 2014)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah pada penulisan ini yaitu **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Persalinan Normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang”?**

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruangan Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian data dasar pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruangan Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.

2. Menginterpretasikan analisa masalah dan diagnosa pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
3. Mengidentifikasi antisipasi masalah potensial pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
4. Mengidentifikasi tindakan segera pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
5. Merencanakan asuhan kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
6. Melaksanakan asuhan kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang
7. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
8. Menganalisis teori dan kasus pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai referensi ilmiah dalam proses belajar sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta menambah wawasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Diharapkan dapat menambah wawasan tentang manajemen asuhan kebidanan pada pasien intrapartal dengan persalinan normal.

2. Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan kepada masyarakat untuk lebih memahami tentang pasien intrapartal dengan persalinan normal.

3. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

4. Bagi Profesi

Sebagai acuan untuk meningkatkan peran serta dalam memberikan asuhan kebidanan kepada pasien intrapartal dengan persalinan normal.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada Studi Kasus ini urutannya meliputi :

BAB I PENDAHULUAN

Dalam bab ini menguraikan tentang(1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penelitian, (4) Manfaat Penelitian, dan (5) Sistematika Penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI

Dalam bab ini menguraikan tentang (1) Teori Persalinan,(2) Partograf, (3) Manajemen Varney, dan (4) Konsep Asuhan Persalinan Normal.

BAB III METODE PENELITIAN

Dalam bab ini menguraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja penelitian, lokasi waktu penelitian, populasi dan sampel, teknik dan instrument pengumpulan data serta etika penelitian.

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini menguraikan tentang (1) Pengkajian Data, (2) Analisa Masalah dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, dan (7) Evaluasi.

BAB V PENUTUP

Dalam bab ini menguraikan tentang (1) Kesimpulan dan (2) Saran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membukanya dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan kantong ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sondakh, 2013)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Marmi, 2012)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain yang kemudian dapat hidup ke dunia luar. (Rohani,dkk, 2011).Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfeksia bayi baru lahir. (Rohani, dkk, 2011)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, penulis mengambil kesimpulan bahwa persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dan

pengeluaran bayi, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Rohani (2011) tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. (Rohani, dkk,2011)

Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan. (Rohani, dkk,2011)

2.1.3 Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Menurut Asrinah, dkk (2010), ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1. Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan

a. Persalinan Normal (spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

b. Persalinan Buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar.

c. Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2. Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan

a. Abortus (Keguguran)

Adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan.

b. Persalinan Prematur

Adalah persalinan dengan usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2499 gram.

c. Persalinan Mature (aterm)

Adalah persalinan dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat janin di atas 2500 gram.

d. Persalinan Serotinus

Adalah persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 2 minggu lebih dari waktu partus yang ditaksir.

2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Dewi Asri dan Cristine Clervo (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

a. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan servik. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.

2) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap servik.

b. Tenaga mengejan

1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

2) Kepala didasar panggul merangsang mengejan.

3) Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (panggul)

a. Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah tulang:

1) Dua os coxae: Os ischium, Os pubis, Os sacrum, Os illium.

2) Os cossygis

Pelvis mayor disebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

b. Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian:

1) Pintu Atas Panggul/PAP

- a) Anterior : crista dan spina pubica.
- b) Lateral : linea illiopectinea pada os coxae.
- c) Posterior : tepi anterior ossis sacri dan promontorium.

2) Cavum pelvis

- a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm.
- b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10 – 15 cm.
- c) Os ischium dan sebagian corpus ossis illii terdapat disebelah lateral.

3) Pintu Bawah Panggul / PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas - batasnya :

- a) Anterior : lig arcuatum pubis dan artcus pubis.
- b) Lateral:tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum.
- c) Posterior: ujung os sacrum.

c. Bidang panggul.

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

- 1) Pintu Atas Panggul (PAP).
- 2) Bidang terbesar pada cavum pelvis.
- 3) Bidang terkecil pada cavum pelvis.
- 4) Pintu Bawah Panggul (PBP).

3. Passager (fetus).

- a. Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- b. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali.
- c. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- d. DJJ mulai terdengar minggu 18/10.
- e. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm.
- f. Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- g. Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama.

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage adalah :

- 1) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- a) Presentasi kepala (vertex, muka dan dahi).
- b) Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech).
- c) Presentasi bahu (letak lintang).

2) Sikap janin.

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.

3) Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang.
- b) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula.
- c) Bagian panggul ibu : depan, belakang.

4) Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

4. Plasenta

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim.

5. Psychologic

Psychologic adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping.

2.1.5 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks (Rohani, dkk, 2011).

1. Teori Keregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
 - b. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Rohani, dkk, 2011).
2. Teori Penurunan Progesteron
 - a. Proses penuaan plasenta terjadi sejak umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.
 - c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Rohani, dkk, 2010).
3. Teori Oksitosin Internal
 - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior

- b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadinya *Braxton Hicks*.
 - c. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuaanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai. (Rohani, dkk, 2011)
4. Teori Prostaglandin
- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat di keluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Rohani, dkk, 2011).
5. Teori berkurangnya nutrisi
- Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi segera dikeluarkan (Sumarah, dkk, 2008).
6. Faktor lain
- Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat di bangkitkan (Sumarah, dkk, 2008).

2.1.6 Tanda-Tanda Persalinan

Sebelum terjadinya persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan dengan tanda-tanda sebagai berikut: (Rohani, dkk 2011).

1. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida tanda ini tidak begitu kelihatan.

2. Terjadinya his permulaan

Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut:

- a. Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b. His tidak teratur.
- c. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
- d. Durasi pendek (His).
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas.

3. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun.

4. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (bloody show). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan

lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi.

2.1.7 Tanda dan Gejala Inpartu

Beberapa tanda dan gejala inpartu menurut Rohani, dkk (2011) sebagai berikut :

1. Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
Sifat his pada persalinan :
 - a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
 - b) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar.
 - c) Mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks.
 - d) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.
2. Keluar lendir bercampur darah (bloody show) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier protektif dan menutup servikal selama kehamilan. Bloody show adalah pengeluaran dari mukus.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi pada kala I persalinan. Hal ini terjadi

pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.

4. Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara.

- a) Nulipara.

Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm; dan dengan dimulainya persalinan, biasanya ibu nulipara mengalami penipisan serviks 50-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan.

- b) Multipara.

Pada multipara seringkali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm. Biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan.

5. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

2.1.8 Tahapan Persalinan

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena

pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Rohani, dkk, 2011; 5-6).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif;

- a. Fase laten, di mana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan kurang dari 4 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b. Fase aktif (pembukaan serviks lebih dari 4 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
 - 1) *Periode akselerasi*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - 2) *Periode dilatasi maksimal*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - 3) *Periode deselerasi*: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Di dalam fase aktif ini frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm, hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata

yaitu, 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi dan multigravida. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. (Marmi, 2012)

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. (Rohani, dkk, 2011)

Tanda dan Gejala Kala II :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- d. Perinium terlihat menonjol.
- e. Vulva-vulva dan sfingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- a. Pembukaan serviks telah tertangkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. (Rohani, dkk, 2011)

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. (Rohani, dkk, 2011)

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV :

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital ; tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

2.1.9 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Persalinan

1. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala I

Menurut Rohani, dkk (2011) perubahan fisiologis dan psikologis pada Kala I yaitu ;

a. Perubahan Fisiologis pada Kala I

- 1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastol naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

2) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung (cardiac output), pernapasan, dan kehilangan cairan.

3) Suhu tubuh

Oleh karena itu adanya peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, jaga agar peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5-1°C.

4) Detak jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi.

5) Pernapasan

Oleh karena terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

6) Perubahan pada ginjal

Poluri sering terjadi selama proses persalinan, mungkin dikarenakan adanya peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir berhenti dan meninggalkan perut dalam waktu biasa. Mula dan muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai kehamilan kala I.

8) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan.

Ibu yang bersalin biasanya mengalami perubahan emosional yang tidak stabil.

b. Perubahan Psikologis pada Kala I

Asuhan yang bersifat mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Ibu yang bersalin biasanya mengalami perubahan emosional yang tidak stabil.

2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala II

a. Perubahan Fisiologis pada Kala II

Persalinan Kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. (Dwi Asri & Cristine Clero, 2012)

Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan Kala II :

1. His menjadi lebih kuat dan lebih sering — fetus axis pressure
2. Timbul tenaga untuk meneran
3. Perubahan dasar panggul
4. Lahirnya fetus

b. Perubahan Psikologis pada Kala II

Pada kala II, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul sehingga terjadinya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks toris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rektum, ibu merasa seperti mau

buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu terjadinya his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his meneran yang terpimpin, maka akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin (Rohani, dkk 2011).

3. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala III

a. Perubahan Fisiologis Kala III

Pada kala III persalinan, otot terus meyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ka bagian bawah urus atau bagian atas vagina (Rohani, dkk, 2011).

b. Perubahan Psikologis pada Kala III

- 1) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.
- 2) Merasa gembira, legah, dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- 3) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu di jahit.
- 4) Menaruh perhatian terhadap plasenta.

4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala IV

Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Persalinan kala IV di mulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu di perhatikan adalah kontraksi uterus sampai kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat di lakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga di pastikan bahwa placenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterulus serta benar-benar di jamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah; 2008).

1. Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu di perhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak di perlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran placenta sangat penting untuk di perhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat di lakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat di berikan

oksitosin dan harus di awasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

2. Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat di ketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, placenta yang lahir lengka serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, serviks dan vagina harus di periksa secara menyeluruh untuk mencari atau tidaknya laserasi dan di lakukan perbaikan lewat pembedahan kalau di perlukan. Serviks, vagina dan perineum dapat di periksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan placenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II.

3. Pemantauan dan evaluasi lanjut

Hal-hal yang perlu di pantau selama dua jam pertama paca persalinan (Rohani, dkk, 2011).

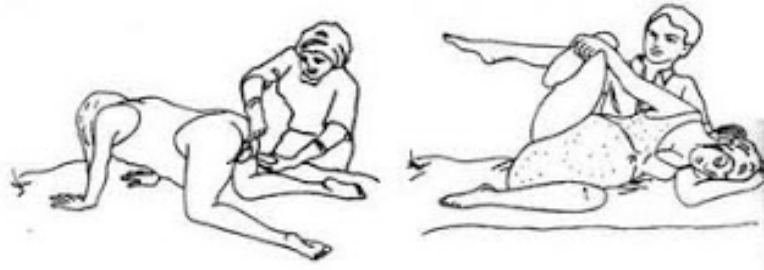
- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.

- b) Penjahitan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV.
- c) Pantau suhu satu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pasca persalinan.
- d) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- e) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

2.1.10 Posisi-Posisi Pada Saat Meneran.

1. Posisi Merangkak atau Berbaring Miring ke Kiri

Posisi merangkak atau berbaring miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2008).



Gambar 2.1 Posisi Merangkak atau Berbaring Miring ke Kiri

Keuntungan posisi merangkak :

- a. Posisi yang paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung
- b. Dapat mengurangi rasa sakit dan mengurangi keluhan haemoroid
(Rohani, dkk, 2011)

Keuntungan posisi berbaring miring :

- a. Peredaran darah balik ibu berjalan lancar, sehingga pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui placenta tidak terganggu dan kontraksi uterus lebih efektif
- b. Memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan
- c. Karena tidak terlalu menekan, proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. (Rohani, dkk, 2011)

2. Posisi Jongkok atau Berdiri

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2008).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok atau Berdiri

Keuntungan posisi jongkok :

- a. Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b. Persalinan lebih mudah.
- c. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d. Mengurangi trauma pada perineum (Rohani, dkk, 2011)

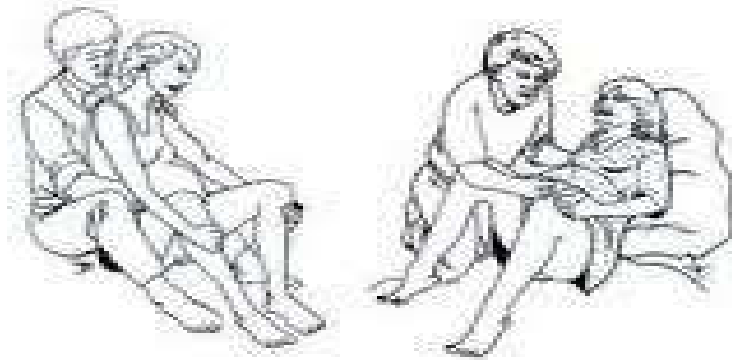
Keuntungan posisi berdiri :

- a. Memanfaatkan gaya gravitasi
- b. Memudahkan melahirkan kepala
- c. Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani, dkk, 2011)

3. Posisi Duduk atau Semi Duduk

Posisi duduk atau semi duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi.

(JNPK-KR, 2008)



Gambar 2.3 Posisi Duduk atau Semi Duduk

Keuntungan posisi duduk :

- a. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi
- b. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi
- c. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011)

Keuntungan posisi semi duduk : Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011)

2.1.11 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Rohani, dkk (2011) gerakan-gerakan utama mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

1. Penurunan Kepala

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam

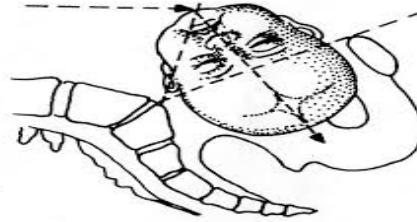
keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya.

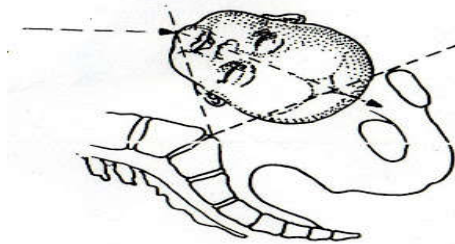
Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada 2 jenis asinklitismus yaitu:

- a. Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati simfisis dari os parietal belakang dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.
- b. Asinklitismus anterior: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

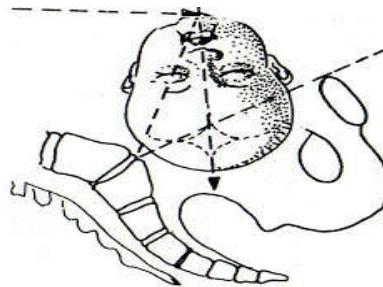
Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kedalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intrauterine, kekuatan meneran atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.



Gambar 2.4 Sinklistismus. Sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.



Gambar 2.5 Asinklistismus anterior. Sutura sagitalis mendekati simfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.



Gambar 2.6 Asinklistismus posterior. Sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

2. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai didasar panggul, biasanya kepala janin biasanya berada dalam keadaan fleksi maksimal. (Rohani, dkk, 2011)

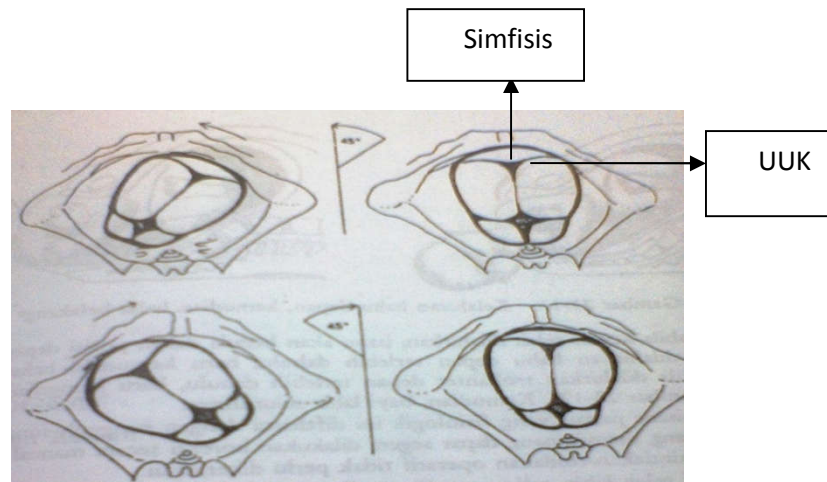
Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa fleksi biasa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi. (Rohani, dkk, 2011)



Gambar 2.7 Fleksi. Daggu dibawa lebih dekat kearah dada janin.

3. Rotasi dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan kebawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul. (Rohani, dkk, 2011)



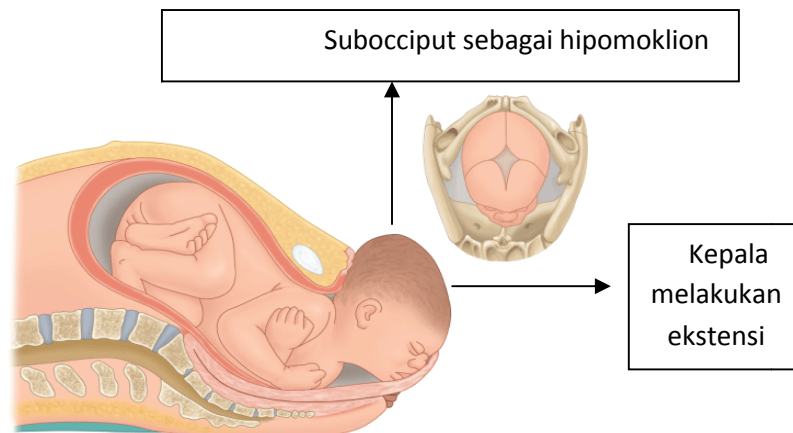
Gambar 2.8 Putaran Paksi dalam. UUK berputar kearah depan sehingga dasar panggul UUK akan berada dibawah simfisis.

4. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. (Rohani, dkk, 2011)

Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (hipomoklion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung,

mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi. (Rohani, dkk, 2011)

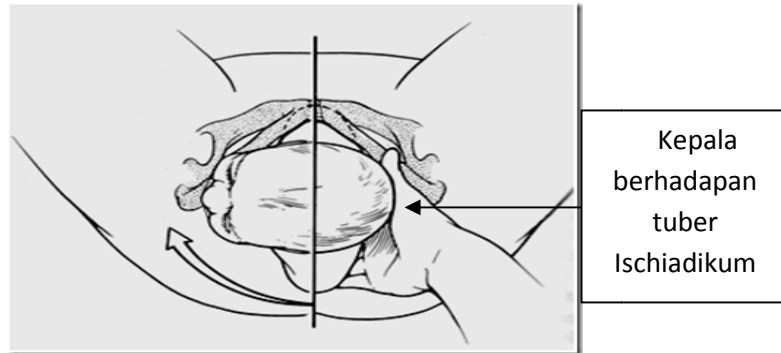


Gambar 2.9 Gerakan Kepala Janin pada defleksi.

5. Rotasi luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Didalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bias kromial) menempatkan diri dalam diameter anteposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu

kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuberischiadikum sepihak. (Rohani, dkk, 2011)



Gambar 2.10 Gerakan kepala janin Putar Paksi luar

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. (Rohani, dkk, 2011)



Gambar 2.11 Ekspulsi. Seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

2.1.12 Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut JNPK-KR (2008)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut:

- a. Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c. Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan periksa dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- d. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- e. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
- f. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
- g. Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
- h. Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
- i. Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir.

- j. Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
 - k. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- a. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan.
 Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
 - b. Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
 - c. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.
3. Persiapan rujukan.

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk:

- a. Memberikan dukungan emosional.
- b. Membantu pengaturan posisi ibu.
- c. Memberikan cairan dan nutrisi.
- d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.
- e. Pencegahan infeksi.

5. Persiapan Alat/Bahan.

SAFF I

- a. Partus : 1 set
- b. Mono aural : 1 buah
- c. Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½,
ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d. S spuit 3 Cc/5 Cc: 3 Pcs/1 Pcs
- e. Jarum Catgut Chromic : 1buah
- f. Kom Kapas Kering

- g. Kom Air DTT
- h. Betadine
- i. Klorin Spray
- j. Hand Sanitizer
- k. Bengkok : 2 buah
- l. Lampu sorot : 1
- m. Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT
- n. Pita ukur
- o. Salep mata

SAFF 2

- a. Hecting set
- b. Penghisap lender
- c. Tempat plasenta
- d. Tempat klorin untuk sarung tangan
- e. Tempat spuit bekas
- f. Tempat ampul bekas
- g. Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1 buah/1 buah/1 buah.

SAFF 3

- a. Cairan RL : 3 buah
- b. Abbocath No. 16-18
- c. Infuse set
- d. Celemek

- e. Waslap
- f. Sarung tangan steril
- g. Plastik merah
- h. Plastik kuning
- i. Plastik hitam
- j. Handuk
- k. Duk
- l. Kain bedong
- m. Baju/topi/popok bayi
- n. Kacamata
- o. Masker.

6. Pertolongan Persalinan

Menurut JNPK-KR (2008) Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan APN (Asuhan Persalinan Normal) sebanyak 58 langkah yaitu:

KALA II

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
 - b. Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
 - c. Perineum tampak menonjol.
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka.

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menataaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dank eras, sediakan 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a. Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 Unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan periksa dalam
6. Memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyangka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air matang (DTT).
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.

- b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- a. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus, untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bila bantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif), dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Meminta bantuan keluarga dalam menyiapkan posisi ibu untuk 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. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran, serta perbaiki cara meneran apabila tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat pada ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

- h. Segera merujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (Primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida).
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi 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. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai. Jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut, gerakan kepala ke arah bahu dan distal hingga bahu depan muncul di bahu arkus pubis, kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian selintas:
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini berlanjut ke langkah-langkah prosedur resusitasi bayi bayi baru lahir dengan asfiksia).

26. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain kering. Letakan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pematangan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - c. Lepaskan klem dan masukan kedalam wadah yang telah disediakan.

32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit bayi. Letakan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

KALA III

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menengangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, lalu ulangi prosedur.
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
38. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil,

kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan .

- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
39. Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
 - a. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan traktil/masase.
 40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
 41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
 42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 43. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).

- a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
44. Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
45. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) dipaha kanan anterolateral.
- a. Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disuse.
 - b. Letakan kembali bayi di dada ibu bila ia belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- a. 2-3 dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan .
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertamapasca persalinan, dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca melahirkan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan pula sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%

56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
58. Melengkapi partograf (halam depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kalla IV.

2.2 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membantu mengobservasi kemajuan Kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik. (Sondakh, 2013)

1. Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan

Menurut JNPK-KR (2008), halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu :

a) Informasi tentang ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, arbotus (keguguran), nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktunya pecahnya selaput ketuban.

b) Kondisi Janin

DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin.

c) Kemajuan Persalinan

Pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak.

d) Jam dan Waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

e) Kontraksi Uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi (dalam detik).

f) Obat dan Cairan yang Diberikan

Oksitosin, Obat-obatan lainnyadan cairan IV yang diberikan.

g) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton atau protein).

2. Mencatat Temuan pada Partograf

a) Informasi tentang ibu dengan melengkapi bagian (atas) partograf

secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban dan merasakan mules.

b) Kondisi Janin.

1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dicatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ terdapat antara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit atau di atas 160 per menit.

2) Warna dan adanya air ketuban.

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah, dengan menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban masih **Utuh**.

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban **Jernih**.

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur **Mekonium**.

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur **Darah**.

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi atau **Kering**.

3) Penyusupan atau molase tulang kepala janin.

Setiap kali melakukan pemeriksaan

dalam, nilai penyusupan antartulang (molase)

kepal janin. Catat temuan yang ada di kotak yang

sesuai dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-
lambang berikut:

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c) Kemajuan Persalinan

Angka 0-10 di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

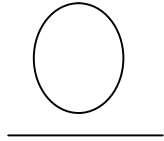
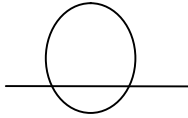
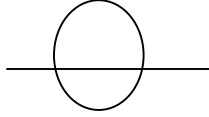
1) Pembukaan serviks.

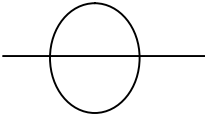
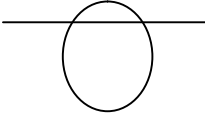
Saat berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari pemeriksaan. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Menyantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

2) Penurunan bagian terbawah janin.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam, atau sering jika ditemukan tanda-tanda penyulit. Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah janin telah memasuki rongga panggul. Menuliskan turunny kepala dan garis tidak terputus dari 0-5. Berikan

tanda'0'padagaris waktuyang sesuai.

Periksa luar	Periksa Dalam	Keterangan
 <p>= 5/5</p>		Kepala diatas pap, mudah digerakkan
 <p>= 4/5</p>	H I – II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
 <p>= 3/5</p>	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 panggung
 = 0/5	H IV	Di Perineum

Tabel 2.1 Penurunan bagian terbawah janin.

3) Garis Waspadaan Garis Bertindak.

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar, disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlunya dilakukan

tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada ditempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d) Jam dan Waktu.

1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.

Menyantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat memasuki dalam fase aktif persalinan.

e) Kontraksi Uterus.

Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit, setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Nyatakan lama kontraksi dengan:

: Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik.

: Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

: Arsir penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

f) Obat-obatan dan Cairan yang Diberikan

- 1) Oksitosin. Jika tetes andrips sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.
- 2) Obat lain dan cairan IV. Mencatat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kondisi Ibu.

- 1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.
 - a. Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beritanda titik (•) pada kolom yang sesuai.
 - b. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Memberitanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.
 - c. Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Mencatat suhu tubuh pada kotak yang sesuai.
- 2) Volume urine, protein dan aseton.

Mengukur dan mencatat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

2.2.1 Partograf Tampak Depan

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200																
	190																
	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
Air ketuban	<input type="text"/>																
Penyusupan	<input type="text"/>																
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10																
	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																
Waktu (jam)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kontraksi tiap 0 Menit	5																
	< 20																
	4																
	3																
	2																
	1																
Oksitosin U/L tetes/menit	<input type="text"/>																
Obat dan Cairan IV	<input type="text"/>																
• Nadi	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
	70																
	60																
Suhu °C	<input type="text"/>																
Urin	Protein	<input type="text"/>															
	Aseton	<input type="text"/>															
	Volume	<input type="text"/>															

Gambar 2.12 Lembar Depan Partograf

3. Pencatatan pada Lembar Belakang Partograf.

Lembar belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir.

(JNPK-KR, 2008)

a) Data dasar.

Data

dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/ persalinan.

b) Kala I.

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.

c) Kala II.

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosi bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.

d) Kala III.

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masa fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensi plasenta > 30 menit, lacerasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain,

penatalaksanaan dan hasilnya.

e) KalalV.

KalalVberisitentang datatekanandarah,nadi,suhutubuh, tinggifundusuteri,kontraksiuterus,kandung kemih,dan perdarahan.

f) Bayi baru lahir.

Bayibaru lahir berisitentang beratbadan,panjang badan, jeniskelamin,penilaianbayibaru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.

CATATAN PERSALINAN	CATATAN KELAHIRAN BAYI																																																																																										
1 Tanggal : 2 Usia kehamilan : minggu Prematur Aterm Postmatur 3 Letak : 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio 5 Nama bidan : 6 Tempat persalinan <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit Klinik Swasta Lainnya : 7 Alamat tempat persalinan : 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI : 10 Tempat rujukan : 11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	1 Jenis Kelamin : LK PR 2 Saat Lahir : Jam Hari Tanggal 3 Bayi : Lahir hidup: Lahir mati : 4 Penilaian : (Tandai V ya x tidak) Bayi napas spontan teratur Gerakan aktif/tonus kuat Air ketuban jernih 5 Asuhan bayi Keringkan dan hangatkan Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam Vit K 1 1 mg di paha kiri atas Salp mata/tetes mata 6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA TIDAK Jika YA tindakan : Langkah awal menit ventilasi selama menit Hasilnya : Berhasil/ / Dirujuk / Gagal 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA TIDAK 8 Kapan bayi mandi : Jam setelah lahir 9 Berat Badan Bayi : Gram																																																																																										
KALA I 1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak 2 Masalah lain : sebutkan ; 3 Penatalaksanaan masalah tersebut : 4 Hasilnya : KALA II 1 Episiotomi <input type="checkbox"/> Ya, Indikasi : 2 Pendamping pada saat persalinan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> lain2 <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> kader 3 Gawat Janin : <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <input type="checkbox"/> Tidak 4 Distosia bahu <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <input type="checkbox"/> Tidak 5 Masalah lain sebutkan 6 Penatalaksanaan masalah tersebut 7 Hasilnya	KALA III 1 Lama kala III : menit 2 manajemen Aktif kala III : <input type="checkbox"/> Oksitocin 10 IU IM dalam waktu menit <input type="checkbox"/> Peregangan Tali Pusat Terkendali <input type="checkbox"/> Masase Fundus Uteri 3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ? <input type="checkbox"/> Ya, Alasan <input type="checkbox"/> Tidak 4 Plasenta lahir Lengkap (intact) Ya Tidak Jika TIDAK, tindakan 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit YA, Tidak 6 Laserasi YA, Tidak Jika YA, dimana derajat 1-2-3-4 Tindakan 7 Atonia Uteri YA Tidak Jika YA tindakan 8 Jumlah perdarahan ml <i>Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan</i>																																																																																										
PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>WAKTU</th> <th>TENSI</th> <th>NADI</th> <th>SUHU</th> <th>FUNDUS UTERI</th> <th>KONTRAKSI</th> <th>PERDARAHAN</th> <th>KANDUNG KEMIH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH																																																																																		
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH																																																																																				
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>WAKTU</th> <th>PERHAPASAN</th> <th>SUHU</th> <th>WARNA KULIT</th> <th>GERAKAN</th> <th>ISAPAN ASI</th> <th>TALI PUSAT</th> <th>KEJANG</th> <th>BAB</th> <th>BAK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		WAKTU	PERHAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK																																																																																
WAKTU	PERHAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK																																																																																		

Tanda Bahaya : Ibu Bayi.....
 Tindakan (jelaskan dicatatn kasus)
 Dirujuk Tidak dirujuk

Gambar 2.13 Lembar Belakang Partograf.

2.3 Konsep Manajemen Kebidanan

2.3.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mangkuji, dkk, 2012).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Mangkuji, dkk, 2012).

2.3.2 Tujuan Manajemen Kebidanan

Adapun tujuan dari manajemen kebidanan (Helen Varney;2008)yaitu:

1. Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.
2. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.
3. Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan
4. Untuk memecahkan suatu masalah
5. Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan.

6. Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

2.3.3 Prinsip dan Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Prinsip manajemen kebidanan menurut Helen Varney (2008) Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar *American College of Nurse Midwife (ACNM)* terdiri atas:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat Diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.

7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal

Menurut Asri, Dwi 2012. Asuhan Persalinan Normal

1. Langkah I : Pengkajian.

a. Data Subjektif.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien.

1) Identitas mencakup:

a. Nama

Ditanyakan nama pada ibu bersalin, agar memudahkan dalam memberikan pelayanan, dan dapat mengetahui identitas pasien.

b. Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak. Usia reproduktif seorang wanita adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35

tahun. Jika usia ibu untuk hamil atau melahirkan < 20 tahun dan > 35 tahun, maka itu dikategorikan sebagai resiko tinggi.

c. Pendidikan

Pendidikan seorang ibu hamil dapat mempengaruhi pengetahuan ibu juga tentang kehamilan.

d. Pekerjaan.

Masalah utama jika bekerja saat hamil, adalah resiko terkena pajanan terhadap zat-zat fetotoksik, ketegangan fisik yang berlebihan, terlalu lelah, pengobatan atau komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, dan masalah dengan usia kehamilan lanjut.

2) Keluhan utama.

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas pelayanan kesehatan dan digunakan agar dapat menegaskan diagnose berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien. Keluhan utama yang dialami ibu bersalin normal adalah: rasa sakit karena adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Nurasiah, 2012).

3) Riwayat penyakit sekarang seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin /HIV/AIDS, diabetes,

hipertensi, karena dapat menyebabkan komplikasi pada saat proses persalinan.

4) Riwayat Menstruasi

Dikaji untuk mengetahui kapan mulainya menstruasi, siklus, banyaknya, lamanya, sifat darah, amenorhea ada atau tidak.

5) Riwayat kehamilan sekarang.

a) HPHT adalah hari pertama dari masa menstruasi normal terakhir (membantu saat penghitungan usia kehamilan).

b) HPL (Hari Perkiraan Lahir) untuk mengetahui perkiraan lahir.

c) Keberadaan masalah atau komplikasi seperti perdarahan.

d) Ditanyakan pergerakan janin normal yang lebih dari 10x/hari.

e) Jumlah kunjungan kehamilan selama ibu hamil mulai trimester I kehamilan sampai dengan trimester III sebanyak 4 kali.

f) Imunisasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi dan ibu yang dimulai pada awal kehamilan sampai dengan 25 minggu.

6) Riwayat persalinan yang lalu.

Jumlah kehamilan, aborsi (spontan atau dengan obat-obat), jumlah anak yang lahir hidup, keadaan bayi saat lahir, berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram dan komplikasi. Membantu pemberian asuhan agar waspada terhadap kemungkinan terjadinya masalah potensial.

7) Riwayat keluarga berencana.

Untuk mengetahui jenis Kontrasepsi yang pernah di pakai seperti suntik, Pil, IUD, Implat, dan untuk dapat menjarangkan kehamilan.

8) Riwayat kesehatan.

Apakah ibu menderita penyakit: Hipertensi, HIV/AIDS, Hepatitis, Diabetes Melitus, Jantung, anemia, yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan menjadi komplikasi pada saat melahirkan.

9) Keadaan psikologi.

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, kebutuhan akan pendidikan, sistem pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, status ekonomi, dan keadaan tempat tinggal, serta pekerjaan ibu setiap hari yang berat, pekerjaan yang baik untuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang tidak membuat ibu capeh.

10) Perilaku kesehatan.

a) Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.

b) Konsumsi alcohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah.

Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol.

11) Riwayat latar belakang budaya.

Ditanyakan kebudayaan agar dapat mengetahui pantangan pada saat ibu hamil atau pada saat mau melahirkan seperti tidak memakan ikan, daging, atau Lombok.

12) Riwayat seksual.

Perubahan dalam hasrat seksual adalah hal wajar, dan hasrat dapat berubah-ubah menurut trimester. Pada trimester pertama, kelelahan, mual, dan nyeri tekanan pada mammae, mungkin menjadi penyebab terhadap penurunan hasrat pada beberapa ibu. Di trimester kedua kemungkinan adalah saat meningkatnya hasrat, sedangkan pada trimester ketiga kemungkinan waktu menurunnya hasrat. Hal yang perlu ditekankan, bahwa hubungan seksual dikontraindikasikan pada saat terjadinya rupture selaput ketuban, atau adanya perdarahan pervaginam, untuk menghindari masuknya infeksi.

13) Riwayat diet/makanan.

Menganjurkan makanan sesuai petunjuk asupan makanan yang dianjurkan untuk meningkatkan banyak nutrient.

14) Riwayat kebersihan diri.

- a) Pola mandi: mengetahui apakah personal hygiene ibu baik atau tidak.
- b) Perawatan payudara: perawatan payudara selama hamil dilakukan setiap hari agar payudara tetap bersih dan puting susu tidak tengelam, perawatan dan pijatan payudara menggunakan air bersih, baby oil, atau air sabun dan membersihkan menggunakan kapas.

b. Data Objektif.

1) Pemeriksaan Umum.

- a. Keadaan umum: untuk mengetahui keadaan umum ibu yaitu baik, sedang, buruk.
- b. Kesadaran: untuk mengetahui tingkat kesadaran pada ibu yaitu composmentis, somnolen.
- c. TTV: frekuensi nadi dapat sedikit meningkat (80 x/mnt – 100 x/mnt). Tekanan darah biasanya sedikit menurun, menjelang masa pertengahan kehamilan dan berangsur-angsur kembali normal. Mengobservasi tekanan darah ibu agar tidak terjadi hipertensi pada ibu hamil, tekanan darah normal (110/60mmHg-130/60 mmHg). Suhu 36,5 ° C – 37,5 ° C, jika > 36 °C menandakan dehidrasi dan <37,5 ° C menandakan infeksi. Pernapasan normal 12-20 x/mnt.
- d. Tinggi Badan.

Tinggi badan normal pada ibu hamil, jika tinggi badan kurang dari normal (> 145) maka dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada poses persalinan.

e. Berat Badan.

Selama trimester pertama berat badan ibu bertambah sebanyak 7-8 kg, selama trimester kedua dan trimester ketiga berat badan ibu hamil meningkat sebanyak 0,5 Kg.

f. Lila: Dilakukan pengukuran Lila pada ibu melahirkan untuk mengetahui kecukupan gizi dari ibu hamil dan melahirkan. Lila normal ibu hamil adalah: 23,5 cm. Ibu dengan Lila $> 23,5$ beresiko mengalami partus lama karena kekurangan energi yang nantinya dibutuhkan sebagai sumber tenaga.

2) Pemeriksaan fisik.

a) Kepala: pada kepala bersih atau tidak, oedema, bekas luka.

b) Wajah: cloasma gravidarum, oedema.

c) Mata: konjungtiva: merah mudah, sclera: putih, tidak ada oedema.

d) Gigi: bersih, tidak ada caries.

e) Leher: mengkaji tiroid, kemungkinan agak membesar selama kehamilan, tandai bila ada pembesaran, nodul, dan seterusnya, yang dapat mengindikasikan hipertiroidisme atau goiter dan dikaji lebih jauh adanya gangguan.

- f) Dada: melakukan inspeksi dan palpasi, dapat dicatat perubahan normal. kulit tampak kekuningan dan terabahnya nodul memberi kesan kemungkinan karsinoma, warna kemerahan mengidentifikasi mastitis.
- g) Perut: inspeksi dan palpasi, mengkaji pembesaran abdomen, striae, dan linea nigra, serta memeriksa TFU untuk mengetahui tafsiran berat badan janin dan kontraksi uterus.
- h) Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.
- i) Leopold II: untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.
- j) Leopold III: untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul.
- k) Leopold IV: untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
- l) MC donal dan TBBJ: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:

TFU – 11 X 155 apabila kepala sudah masuk PAP dengan penurunan kepala 2/5, 1/5, 0/5, pada pemeriksaan dalam kepala turun hodge III + sampai IV (Divergen), dan

TFU – 12 X 155 apabila kepala belum masuk PAP dan penurunan kepala 3/5, 4/5, 5/5, pada pemeriksaan dalam kepala turun hodge I, II, dan III (Konvergen).

m) Ekstremitas: apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal dan memeriksa reflex patella. Hiperrefleksia dapat mengindikasikan hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.

n) Vulva vagina dan anus: hemoroid. Oedema.

o) Vulva: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan.

p) Anus: dapat dicatat bila ada ruam, benjolan, dan hemoroid, ibu yang menderita hemoroid sebaiknya dikaji untuk masalah konstipasi dan hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3) Pemeriksaan Dalam

Indikasi: Dilakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi seperti ketuban pecah atau tiap 4 jam melakukan pemeriksaan dalam atau VT.

Tujuan: Dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan.

Vagina Toucher:

- a) Vulva/vagina ada kelainan atau tidak.
- b) Portio tebal atau tipis lunak.
- c) Pembukaan Kala I fase laten pembukaan 1 cm – 4 cm, fase aktif 4 cm – 10 cm.
- d) Ketuban (U: ketuban utuh, J: air ketuban sudah pecah dan jernih, M: air ketuban sudah pecah dan bercampur mekonium, D: air ketuban sudah pecah dan bercampur darah, K: air ketuban tidak ada atau kering).
- e) Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul.
 - 0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
 - 1: tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan,
 - 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan,
 - 3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

4) Pemeriksaan Laboratorium.

- a) Urine: Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus.
- b) Darah: dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan dengan anemia. Hb normal untuk ibu hamil 10 – 12 % gram. Anemia ringan yaitu kurang dari 10 % gram, anemia sedang kurang dari 8 % gram, dan anemia berat kurang dari 6 % gram.

2. Langkah II : Analisa Masalah Dan Diagnosa

Mencari hubungan antara data atau fakta yang ada untuk menentukan sebab akibat, menentukan masalah dan diagnosa, menentukan penyebab utama. Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnosa spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap klien.

Berdasarkan atas tanda dan gejala serta hasil pemeriksaan yang telah dilaksanakan maka dapat ditentukan:

1. Diagnosa Kebidanan

Ny. E. B G.. P.. A.. AH.. UK. minggu, janin tunggal, hidup, intruterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

a. Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan namanya Ny. E. B
- 2) Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak
- 3) Ibu mengatakan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak....

b. Data Obyektif

- 1) Ku : Baik, sedang, buruk.
- 2) TTV: Tensi (Batas normal 90/60 mmHg-130/90 mmHg), nadi (80 x/mnt-100 x/mnt), pernapasan: 12 x/mnt -20 x/mnt), suhu (36,5 ° C-37,5 °C).
- 3) DJJ normal 120 x/mnt-160 x/mnt.
- 4) Pemeriksaan Leopold.
- 5) Pemeriksaan Dalam

2. Masalah

- a. Ibu merasa nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang.
- b. Ibu merasa cemas menghadapi persalinannya

3. Kebutuhan: Informasi tentang kemajuan persalinan, penerimaan sikap dan tingkah laku, relaksasi saat ada his, dukungan moril, nutrisi yang adekuat.

3. Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Pada diagnose potensial kita menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose actual. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan terjadi infeksi, perdarahan, hipertensi, persalinan macet, pusing yang berlebihan, penglihatan kabur.

Pada kasus ini diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah perdarahan.

- a. Siapkan alat dan bahan sesuai saff yakni partus set, heating set, obat dan alat-alat lain yang akan dipergunakan selama persalinan.
- b. Bimbing ibu meneran saat pembukaan lengkap dan ada kontraksi.
- c. Lakukan asuhan persalinan yang aman normal sesuai 58 langkah.

4. Langkah IV : Tindakan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera jika terjadi perdarahan. Tindakan segera yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter SpOG dan persiapan pemasangan infus.

5. Langkah V : Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan

kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang diberikan yaitu:

- a. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan baik proses persalinan nantinya dan kemajuan persalinan.
- b. Observasi DJJ, his, dan nadi ibu setiap 30 menit, suhu setiap 2 jam, tekanan darah, pembukaan dan penurunan kepala setiap 4 jam atau segera bila ada indikasi melalui partograf.
- c. Berikan dukungan moril.
- d. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
- e. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat. Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat.

7. Langkah VII : Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai rencana tindakan, sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose evaluasi yang diharapkan pada kasus ibu. Evaluasi pada kasus ini yaitu:

- a. Ibu bersedia untuk istirahat cukup.
- b. Ibu merasa tenang karena sudah tahu kondisinya.
- c. Ibu bersedia makan dan minum untuk kekuatan mengedan.
- d. Ibu sudah memiliki posisi yang diinginkan.
- e. Ibu sudah mengetahui cara meneran yang baik.
- f. Bayi lahir normal, menangis kuat, gerak aktif.
- g. Keadaan bayi baik, sudah mendapatkan ASI.

DATA PERKEMBANGAN

Berdasarkan hasil evaluasi selanjutnya rencana asuhan kebidanan dituliskan dalam catatan perkembangan menggunakan SOAP yang meliputi:

S: Subyektif

Menggambarkan hasil pendokumentasian, hasil pengumpulan data melalui anamnesa sebagai langkah varney.

O: Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil lab, dan test diagnostik lain dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan langkah Varney.

A: Assement

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosa atau masalah.
- b. Antisipasi diagnosa lain atau masalah potensial.
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultasi atau kolaborasi.

P: Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assement.

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian**3.1.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro; 2011).

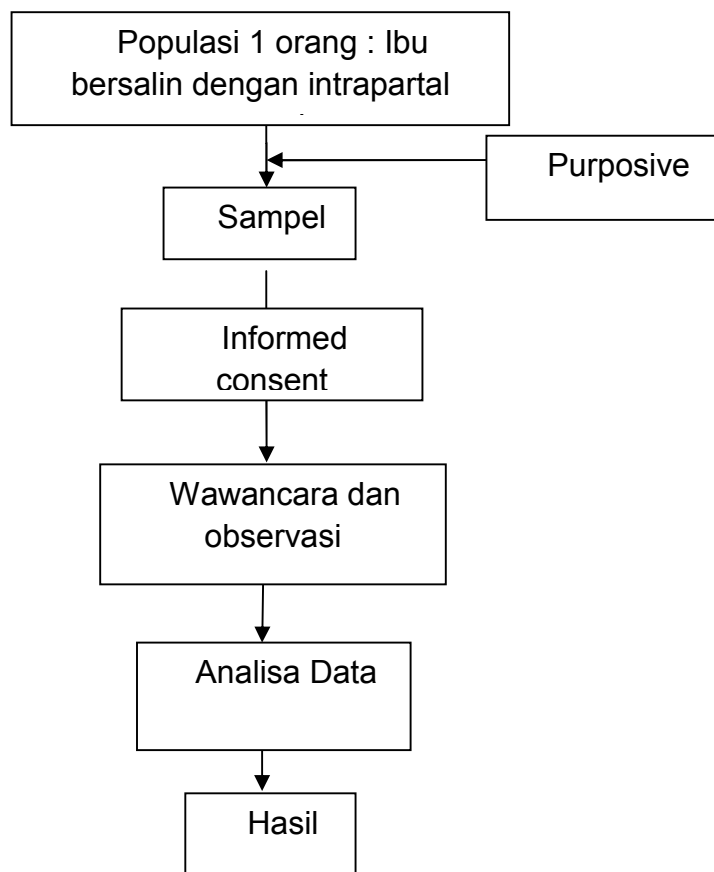
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan

dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo; 2002).

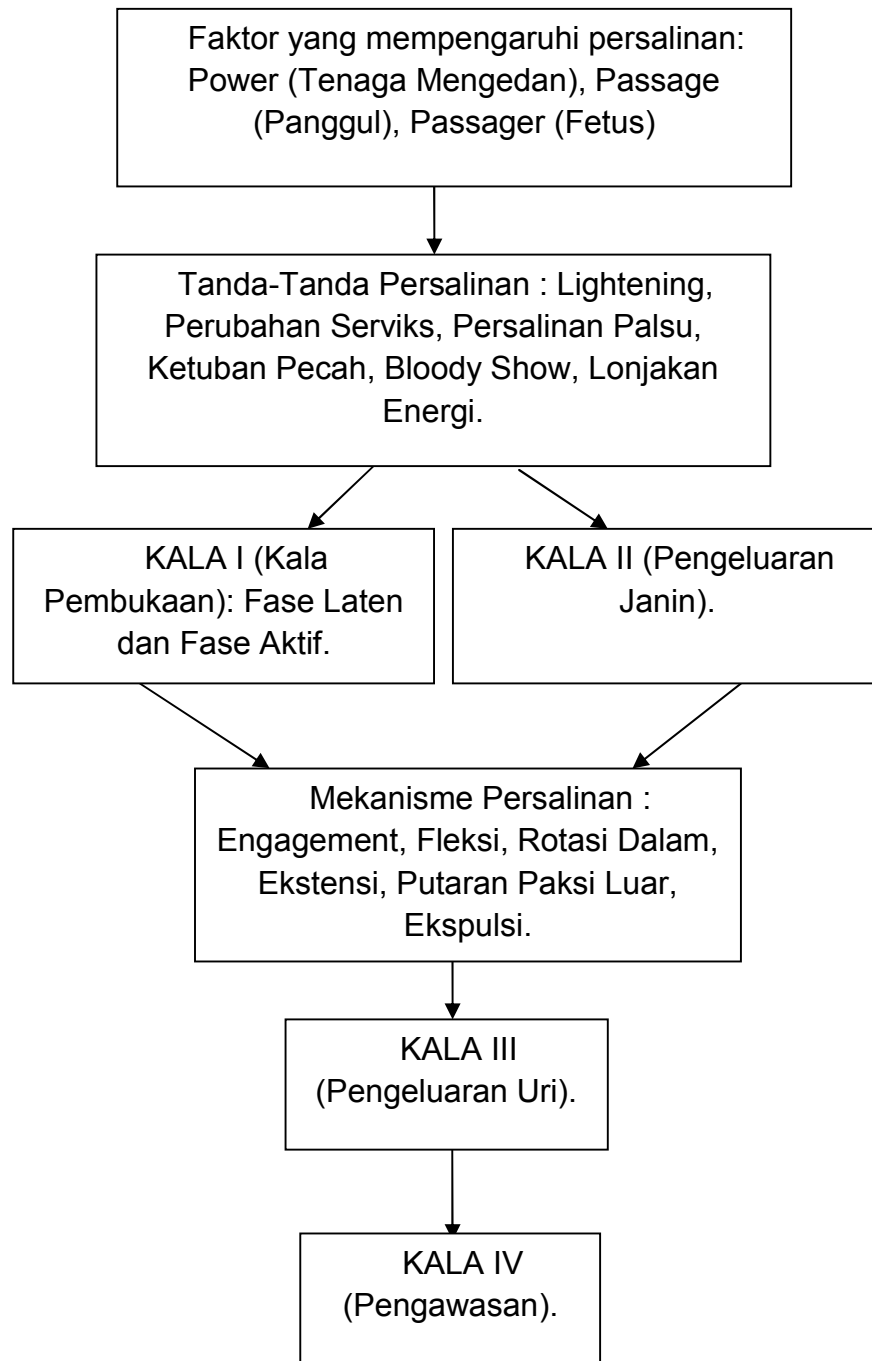
3.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat; 2010). Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

3.3 Kerangka Teori



Gambar 3.2. Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal (Prawirohardjo; 2009).

3.4 Populasi, Sampel Dan Sampling

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo; 2005).

Populasi pada penelitian ini adalah ibu bersalin dengan intrapartal normal yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Bakunase.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo; 2005). Sampel yang digunakan menggunakan kriteria sampel Inklusi (kriteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Setiadi; 2013). Kriteria Inklusinya adalah bersedia menjadi responden, ibu bersalin. Sampel pada penelitian ini adalah seorang Intrapartal multigravida dengan persalinan normal sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase.

3.4.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat; 2010).

Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro; 2011).

3.5 Pengumpulan Data dan Analisis Data

3.5.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam; 2011). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah:

- a. Pengkajian
- b. Observasi
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Studi dokumentasi
- e. Studi kepustakaan

3.5.1.1 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Puskesmas Bakunase. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan

pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.5.1.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Nursalam; 2011). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah:

a. Format atau lembar pengkajian ibu bersalin

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu, (Notoatmodjo; 2005).

- b. Partograf
- c. Alat tulis (ballpoint, penggaris, pensil)
- d. Tensi Meter
- e. Stotoscope
- f. Thermometer
- g. Jam
- h. Klinek/ Doppler
- i. Pita Centimeter
- j. Timbangan Berat Badan
- k. Perlengkapan Asuhan Persalinan Normal
- l. Buku KIA
- m. Hasil USG(*ultrasonografi*)
- n. Status / Catatan Pasien.

3.5.1.3 Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 20 s/d 24 Juli 2016.

3.5.2 Analisa Data

1. Pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data subyektif dilakukan dengan cara anamnesa, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan

pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesa pada kasus intrapartal multigravida dengan persalinan normal, ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 24.00 WITA (21-07-2016). Data objektif yang ditemukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 120/80 mmHg, Nadi: 82 X/mnt, Pernafasan: 20x/mnt, Suhu: 36,5⁰C, pemeriksaan fisik: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda, sclera putih; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/+, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans: Palpasi: Leopold I: TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin, Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala), Leopold IV: divergen, penurunan kepala 3/5, mc.Donald: 31 cm, TBBA: 2945 gram, His: 4x/10 menit, lamanya 40-45 detik, Auskultasi, Frekuensi: 146 x/menit, Denyut jantung terdengar jelas, kuat, teratur, dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah

pusat; Vulva/vagina, Inspeksi: tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis, lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban utuh, molase tulang kepala tidak saling tumpang tindih, kepala turun hodge II. Dengan demikian apa yang di jelaskan pada teori yang terjadi pada kasus tidak terjadi kesenjangan.

2. Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Nursalam; 2011). Oleh karena itu, diagnosa pada kasus yaitu ibu G₃P₁ A₀ AH₂ uk 40 minggu, letak kepala, janin tunggal, hidup intrauterin, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase aktif dan diberikan asuhan dan tindakan untuk memenuhi kebutuhan ibu.

3. Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau dignosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap

mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Nursalam; 2011).

Dari diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi, tidak ditemukan adanya diagnosa atau masalah potensial yang terjadi.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Nursalam; 2011). Namun pada kasus ini tidak ditemukan masalah yang membutuhkan tindakan segera.

5. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah beritahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, pantau terus menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, pantau terus-menerus tanda vital ibu, pantau

terus-menerus keadaan bayi, pantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, periksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, bimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal (Nursalam; 2011).

Asuhan kebidanan yang diberikan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN.

6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Nursalam; 2011). Pada kasus, telah diberikan tindakan asuhan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan.

7. Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah

terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Nursalam; 2011). Pada kasus Ny. E. B, ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas dua hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari. Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

3.6 Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain (Hidayat; 2010) :

1) *Informed consent* (Persetujuan).

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus

menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antarlain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase adalah salah satu bagian dari Puskesmas Bakunase yang merupakan Puskesmas PONE (Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polindes dan puskesmas. Tugas Puskesmas PONE adalah menerima rujukan dari fasilitas rujukan di bawahnya, puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa, melakukan pelayanan kegawatdaruratan obstetri neonatal sebatas wewenang dan melakukan rujukan secara aman ke rumah sakit dengan penanganan pra hospital. Puskesmas Bakunase terletak di Kelurahan Bakunase, Kecamatan Kota Raja, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Puskesmas Bakunase memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alak
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase memberikan pelayanan obstetri dan neonatal. Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase terdiri dari 12 ruangan 1 ruangan bersalin yang terdiri dari 2 bed, 2 troli berisi alat partus set, hecing set, alat resusitasi, 1 buah meja resusitasi, 1 lampu sorot, 2 tempat sampah medis, 2 tempat sampah nonmedis, 4 pasang sepatu both, 1 ruangan tempat cuci alat dan stom alat, ruang bersalin terdapat alat USG, 3 ruangan nifas yang berisi 6 tempat tidur, 6 tiang infus, 6 lemari penyimpanan barang, 1 kipas angin dan 2 kamar mandi, 1 ruangan dan 1 buah lemari penyimpanan obat-obatan dan 1 kulkas, 1 ruangan penyimpanan alat, 1 ruangan tidur bidan dan 1 buah meja serta 6 buah kursi, 1 ruangan kepala, 1 ruangan dapur, 1 kamar mandi bidan, 1 ruangan tempat penyimpanan linen, 1 ruangan tempat penyimpanan pakaian kotor dan 1 ruangan berisi data-data/dokumen pasien. Di ruang bersalin Puskesmas Bakunase pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 2 shif jaga yakni pagi jam (08.00-17.00) dan sore (17.00-08.00).

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian data subyektif yang didapat pada Ny. E. B umur 29 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Ambon, pendidikan terakhir tamat PT, pekerjaan ibu rumah tangga, dan mempunyai suami bernama Tn. N. B umur 33 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan

terakhir PT, pekerjaan wiraswasta, tinggal bersama istrinya Ny. E. B di Jalan Delima, Bakunase.

Ny. E. B datang ke ruang bersalin Puskesmas Bakunase tanggal 22 Juli pukul 02.45 WITA. Ibu mengatakan sekarang kehamilannya ketiga, iasudah pernah melahirkan 2 kali dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan sudah tidak haid dari 9 bulan yang lalu dan menurut tafsiran persalinan, ibu akan melahirkan bayinya sekitar tanggal 29 Juli 2016. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dankeluar lendir bercampur darah mulai pukul 24.00 WITA. Riwayat menstruasi : menarache umur 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya darah 5 hari, sifat darah encer, tidak ada nyeri haid , HPHT 22 Oktober 2015.

Riwayat pernikahan syah 1 kali lamanya 5 tahun, umur pada saat nikah 24 tahun dan sudah mempunyai 2 anak hidup. Riwayat kehamilan ibu yang lalu pergerakan anak dirasakan sejak umur kehamilan 16 minggu dan dalam 24 jam terakhir dirasakan sering 9-10 kali, melakukan ANC 5 kali pada UK: 12 minggu di Puskesmas Bakunase . Sudah melakukan imunisasi TT I 1 kali pada tanggal: 09-04-2016. Riwayat persalinan ibu yang lalu yakni tahun 2013, jenis persalinan spontan pervaginam, UK aterm, penolong persalinan bidan di Rumah Sakit Ambon , keadaan bayi lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan 2900 gram. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Ibu mengatakan ia tidak pernah menderita penyakit jantung, HIV/AIDS, hepatitis, jiwa, campak, varicela,

malaria, tidak pernah di operasi, dan tidak pernah mengalami alergi obat dan dari pihak jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, varicela, malaria, dan lain-lain.

Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini adalah ibu dan keluarga sangat senang dengan kelahiran calon anggota baru dalam keluarga mereka. Adapun beban kerja dan kegiatan sehari-hari yang dilakukan ibu yakni memasak, mencuci, dan menyapu. Dalam perilaku kesehatan ibu tidak pernah merokok dan mengkonsumsi obat terlarang. Kebiasaan melahirkan ditolong oleh bidan, pantangan makanan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan tidak ada, dan kepercayaan yang berhubungan dengan nifas tidak ada. Kebiasaan pola makan ibu sehari-hari yaitu dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, tahu tempe, porsi 1 piring penuh, dengan frekuensi makan 3-4 kali sehari. Ibu minum air putih 8-9 gelas/hari dan susu ibu hamil 1-2 gelas/hari. Pola istirahat tidur siang 1/2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam.

Berdasarkan data obyektif (hasil pemeriksaan umum) didapatkan bahwa keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah meringis kesakitan, TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, S: 36,5°C, RR: 19 x/menit, TP: 29 – 07 – 2016.

Pada pemeriksaan fisik secara inspeksi didapati bahwa wajah tidak pucat, tidak ada oedema. Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih. Hidung tidak ada polip. Mulut : mukosa bibir lembab, warna bibir merah

muda. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Payudara : ada hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol. Abdomen : tidak ada linea alba, ada striae albicans dan tidak ada bekas luka operasi. Ekstremitas : tidak ada oedema dan varises, Genitalia; pengeluaran pervaginam, ada lenderbercampur darah.

Pada pemeriksaan fisik secara palpasi, didapati bahwa payudara: Colostrum Ka(+)/Ki(+), abdomen : Leopold I : TFU 3 jari dibawah processus xhypoideus, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kiri), pada perut ibu bagian kanan teraba bagian – bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada perut ibu bagian bawah, teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala), Leopold IV: penurunan kepala 3/5. MC Donald: 31 cm, TBBJ: 2945 gram, his : 4x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik.

Pada pemeriksaan auskultasi, DJJ (Denyut Jantung Janin) terdengar jelas dan teratur pada bagian kiri perut ibu dengan frekuensi 146x/mnt. Pemeriksaan perkusi tidak dilakukan.

Pemeriksaan dalam didapati bahwa vulva: tidak ada kelainan, vagina: tidak ada kelainan, portio: tipis, pembukaan 5 cm, kantung ketuban: positif (+), bagian terendah: kepala, posisi : UUK kiri Depan,molase: tidak

ada (0), turun hodge: II. Hasil Pemeriksaan laboratorium saat hamil : HB 11 gr/%, DDR negatif (-), dan pemeriksaan khusus tidak dilakukan.

4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Diagnosa yang ditegakkan oleh penulis adalah G3P2A0AH2UK:40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, keadaan jalan lahir normal.

Diagnosa	Data Dasar
<p>G3P2AOAH2, UK:40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, keadaan jalan lahir normal.</p>	<p>DS: Ibu mengatakan hamil anak ketiga, pernah melahirkan 2 kali, tidak pernah keguguran, pergerakan janin sering dirasakan dalam 24 jam terakhir. Perut ibu terasa mules dan nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak jam 24.00 wita.</p> <p>HPHT: 22-10-2015.</p> <p>DO: TP : 29-07-2016</p> <p>KU: Baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>TD : 120/80 mmHg, S: 36,5 °c ,</p> <p>N : 82 x/menit, RR: 19 x/menit</p> <p>a) Inspeksi</p> <p>Wajah : Tidak pucat, tidak ada oedema</p> <p>Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada oedema.</p> <p>b) Palpasi</p>

	<p>Abdomen</p> <p>Leopold I: TFU 3 jari di bawah PX, pada fundus teraba bulat lunak dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II: Pada bagian kiri perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kiri), dan bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).</p> <p>Leopold III: Pada bagian bawah perut ibu, teraba bulat, keras, melenting (kepala) dan tidak dapat digoyangkan. Bagian terendah janin sudah masuk PAP (Divergen).</p> <p>Leopold IV: Penurunan kepala 3/5</p> <p>Mc. Donald: 31 cm TBBJ: 2945 gram. His : 4 x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik.</p> <p>c) Auskultasi</p> <p>DJJ : terdengar jelas, kuat, dan teratur, di sebelah kanan bawah pusat dengan frekuensi : 146 x/menit.</p> <p>d) Pemeriksaan dalam</p>
--	--

	<p>Tanggal : 22/07/ 2016, Jam : 03.00 wita</p> <p>VT : V/V tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 5 cm,kantong ketuban positif, bagian terendah kepala, posisi UUK kiri depan, molase tidak ada, TH-II.</p>
--	--

4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan, didapati tidak memiliki masalah potensial yang akan terjadi.

4.2.4 Tindakan Segera

Dalam kasus ini berdasarkan antisipasi masalah potensial yang akan terjadi, tidak memerlukan tindakan segera yang harus dilakukan peneliti untuk mencegah komplikasi yang akan terjadi.

4.2.5 Perencanaan

Tanggal : 22/07/2016 Jam : 03.00 WITA

Diagnosa : G3P2A0AH2 UK40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine, inpartu kala 1 fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga agar dapat menjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan, sehingga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Lakukan pemantauan pembukaan serviks

dan penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, nadi, denyut jantung janin dan his setiap 30 menit untuk fase aktif, pemantauan yang dilakukan merupakan tolak ukur untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan. Informasikan semua hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, informasi yang diberikan merupakan hak pasien untuk mengetahui hasil pemeriksaan sehinggamenurangi kecemasan serta membantu ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Observasi persalinan menggunakan patograf, patograf sebagai alat ukur untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan, dan memantau keadaan patologis yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, lingkungan yang aman dan nyaman memungkinkan ibu terhindar dari infeksi kuman dan menjaga privasi ibu. Membantu ibu tidur dalam posisi miring kiri, sehingga dapat mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh berat rahim dan isinya yang terdiri dari janin, cairan ketuban dan plasenta sehingga tidak mengganggu turunya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta sehingga tidak terjadi hipoksia pada janin. Anjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil, agar dapat merangsang otot – otot uterus berkontraksi sehingga mempercepat proses turunya kepala dan mengurangi rasa sakit pada saat persalinan. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, pendamping persalinan dapat mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan dan merupakan tindakan asuhan sayang

ibu. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan disekitar ruangan, mobilisasi merupakan bagian terpenting dalam proses persalinan karena membantu penurunan bagian terendah janin akibat adanya gaya gravitasi bumi. Memfasilitasi ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his, makanan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif. Siapkan alat dan bahan sesuai SOP, persiapan alat dan bahan sangat penting untuk melakukan proses persalinan dan kelahiran bayi. Lakukan pendokumentasian, pendokumentasian sebagai bahan evaluasi, bukti pelayanan, bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

4.2.6 Pelaksanaan

Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga dengan memberisalam dengan ramah, memperkenalkan diri, dan melakukan komunikasi dengan baik dan efektif. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang pemantauan pembukaan serviks dan penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, nadi, djj dan his setiap 30 menit untuk fase aktif, TD:120/80 mmHg, S: 36,5°C, N: 82 x/menit, HIS: 4x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ: 146 x/menit, pembukaan 5 cm, hasil observasi dapat dilihat pada patograf yang terlampir. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan membersihkan ruangan, menutup pintu untuk menjaga privasi klien sehingga ibu merasa nyaman

dengan tindakan yang diberikan, ruangan telah dibersihkan dan tirai ditutup pasien tampak merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan. lingkungan yang aman dan nyaman memungkinkan ibu terhindar dari infeksi kuman dan menjaga privasi ibu. Mengajarkan ibu tidur dalam posisimiring kiri dengan kaki bagian bawah lurus dan kaki bagian atas dilipat keatas, ibu sudah dalam posisi miring kiri sesuai dengan anjuran petugas. Mengajarkan ibu tidak menahan buang air kecil maksimal 2 jam sekali sehingga membantu penurunan kepala, ibu bersedia untuk mengikuti anjuran petugas. Mengajarkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, keluarga bersedia untuk mengikuti anjuran petugas. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan disekitar ruangan, ibu bersedia mengikuti anjuran petugas. Mengajarkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his, ibu sudah makan bubur dan minum air gula 1 gelas. Menyiapkan alat dan bahan sesuai SOP, alat dan bahan sudah tersedia SAFF I: partus set berisi klem koher steril 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, $\frac{1}{2}$ koher 1 buah, gunting episiotomi. kasa secukupnya, pengikat tali pusat, sarung tangan 2 pasang, heacting set berisi: pinset anatomi 1 buah, pinset sirurgis 1 buah, naldvoeder 1 buah, jarum otot dan jarum kulit masing – masing 1 buah, kasa secukupnya, sarung tangan 1 pasang, SAFF II : Wadah berisi larutan klorin 0,5% untuk handscoon bekas pakai, tempat plasenta yang dilapisi plastik, termometer, stetoskop, kateter steril dan sarung tangan, SAFF III: obat – obatan: oxytosin 10 IU, Dispo 1 cc, 3 cc dan

5 cc, APD: topi, celemek, kaca mata, sepatu boot, masker, keranjang infuse set, keranjang berisi kain penyokong perineum, handuk alas perut ibu, kain pengganti handuk basah, pakaian ibu dan bayi, alat dan bahan sudah tersedia. Melakukan pendokumentasian, pendokumentasian telah dilakukan. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN :

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka)
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH III-IV.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas)
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/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. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Melakukan penilaian sepintas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir lambat menagis, dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif
26. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk

basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
28. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
29. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama
31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
32. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
33. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39. Segera setelah plasenta dan selaputketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi

(fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif
42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
Kebersihan Dan Kenyamanan
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi)
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

4.2.7 Evaluasi

Tanggal 22/07/2016 pada pukul 02.45 WITA ibu datang ke Puskesmas Bakunase dengan keluhan ibu merasakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir bercampur darah sejak pukul 24.00 wita. Dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan dalam pada pukul 03.00 WITA, dengan hasil pemeriksaan yaitu TTV : Suhu : 36,5°C, TD: 120/80mmHg, Nadi:82 kali/menit, RR: 19kali/menit, pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm. Pukul 03.30 WITA – 04.00 WITA melakukan observasi HIS dan DJJ dengan hasil observasi, DJJ : 132x/menit dan HIS : 5x/10menit lamanya 45-50 detik. Dilakukan lagi pemeriksaan dalam pukul 04.00 WITA dengan hasil pemeriksaan yaitu pembukaan 10 cm.

Ibu mengatakan sakit semakin bertambah dan ada keinginan untuk meneran seperti BAB. Bayi lahir spontan pukul 04.15 WITA, bayi langsung menangis, bernapas spontan teratur, kulit kemerahan, gerakan aktif dan jenis kelamin perempuan. Ibu merasa perutnya mules, Pukul 04.20 WITA placenta lahir spontan dan utuh. Lakukan masase uterus selama 15 kali, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan sedikit, kandung kemih kosong dan memantau ibu dan bayi selama 15 menit 1 jam pertama dan 30 menit jam ke 2 post partum. Setelah 1 jam bayi lahir lakukan penimbangan, pengukuran antropometri, pemberian Vitamin K 1 mg/ml di paha kiri dan pemberian salep mata oxytetracyclin 1% pada kedua mata bayi pukul 05.20 WITA dengan hasil penimbangan BB : 3000 gram, pengukuran PB : 47 cm, LK

: 34 cm, LD : 32 cm dan LP : 33 cm. Kemudian memakaikan pakian pada bayi, setelah 1 jam pemberian Vitamin K lakukan penyuntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan bayi pukul 06.20 WITA dan lakukan pemeriksaan pada ibu, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, pemeriksaan TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,5°C, TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, dan perdarahan 50 cc. Ibu dipindahkan ke ruang Nifas pukul 07.30 wita dan dirawat selama 2 hari di Puskesmas Bakunase. Melakukan kunjungan rumah 3 kali pada tanggal 24 juli – 25 juli 2016 keadaan ibu dan bayi sehat.

4.3 Pembahasan

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian dan konsepdasar teori dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 (tujuh) langkah Varney pada kasus Ny. E. B dengan G3P2A0AH2 UK40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, inpartu kali 1 fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, di ruang bersalin puskesmas Bakunase. Pembahasan ini akan disusun berdasakan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney.

4.3.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk

memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan tanda khusus dan pemeriksaan penunjang (Estiwidani dkk; 2008).

Menurut marmi (2012) pada pengkajian diatas dapat di ketahui keluhan yang dirasakan oleh ibu sesuai dengan gejala-gejala pada persalinan normal, yaitu nyeri pinggang menjalar ke perut, kontraksi uterus yang semakin sering dan teratur, keluar lendir dan darah dari jalan lahir, dan ketuban pecah spontan.

Dari hasil pengkajian data subjektif diketahui Ibu mengatakan mau melahirkan anak ketiga, pernah melahirkan dua kali, tidak pernah keguguran, hamil kurang lebih 9 bulan, pergerakan janin masih dirasakan dalam 24 jam terakhir, mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 24.00 wita. Ibu mengatakan haid terakhir tanggal 22-10-2015 dan data obyektif yaitu pemeriksaan fisik head to toe dan pada pemeriksaan abdomen MC Donald 31 cm, TBBJ: 2.945 gram. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal 22-07-2016, jam : 03.00 Wita, hasilnya : vulva/vagina : tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban positif, bagian terendah kepala, posisi Ubin-ubin kecil kiri depan, tidak ada molase, turun Hodge II. Pada langkah pengkajian ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.3.2 Analisa Masalah Dan Diagnosa

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan. Secara teori persalinan normal mudah ditegakkan bila keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Menurut Wikijosastro (2002), data subyektif yang dikaji yaitu : ibu hamil anak keberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang, adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data obyektif yang dikaji yaitu: keadaan umum, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Berdasarkan diagnosa intrapartal normal dapat ditegakan melalui anamnese, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Dari data diatas ditegakan diagnosa G3P2A0AH, umur kehamilan 40 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterin, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik. Berdasarkan data obyektif (hasil pemeriksaan umum) didapatkan bahwa keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah meringis kesakitan, TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, S: 36,5°C , RR: 19 x/menit, TP: 29 – 07 – 2016.

Pada pemeriksaan fisik secara inspeksi didapati bahwa wajah tidak pucat, tidak ada oedema. Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih. Hidung tidak

ada polip. Mulut : mukosa bibir lembab, warna bibir merah muda. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Payudara : ada hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol. Abdomen : tidak ada linea alba, ada striae albicans dan tidak ada bekas luka operasi. Ekstremitas : tidak ada oedema dan varises, Genitalia; pengeluaran pervaginam, ada lendir tidak bercampur darah.

Pada pemeriksaan fisik secara palpasi, didapati bahwa payudara: Colostrum Ka(+)/Ki(+), abdomen : Leopold I : TFU 3 jari dibawah procesus xhypoideus, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kiri), pada perut ibu bagian kanan teraba bagian – bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada perut ibu bagian bawah, teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala), kepala sudah masukPAP, Leopold IV: penurunan kepala 3/5. MC Donald: 31 cm, TBBJ: 2945 gram, his : 4x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik.

Pada pemeriksaan auskultasi, DJJ (Denyut Jantung Janin) terdengar jelas dan teratur pada bagian kanan perut ibu dengan frekuensi 146x/mnt. Pemeriksaan perkusi tidak dilakukan.

Pemeriksaan dalam didapati bahwa vulva: tidak ada kelainan, vagina: tidak ada kelainan, portio: tipis, pembukaan 5 cm, kantung ketuban: positif (+),

bagian terendah: kepala, posisi : UUK kiri Depan, molase: tidak ada (0), turun hodge: II. Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan khusus tidak dilakukan.

Berdasarkan hasil di atas maka diagnosanya adalah G3P2A0AH2, UK40 minggu, Janin hidup, tunggal, Presentasi Kepala, Intrauterine, inpartu kala 1 fase aktif keadaan ibu dan janin baik.

4.3.3 Antisipasi Masalah Potensial

Diagnosa potensial ditegakkan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin. Pada masalah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Diagnosa yang mungkin terjadi adalah perdarahan post partum (Wiknjastro,2006).

Pada kasus Ny. E.B G3 P2 A0 AH2, umur kehamilan 40 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterin, inpartu kala 1 fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik, tidak ditemukan masalah yang memerlukan antisipasi potensial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.3.4 Tindakan Segera

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus-menerus bersama ibu. Data yang mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (varney, 2004).

Pada kasus Ny. E.B tidak ada tindakan segera karena tidak ada masalah dan diagnosa masalah potensial yang terjadi.

4.3.5 Perencanaan

Menurut Tresnawati (2016) Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang diperoleh, diidentifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial yang dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu maupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Dukungan yang diberikan selama persalinan adalah pemberian informasi, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, mobilitas, nutrisi, ibu boleh jalan. istirahat, pengosongan kadung kemih dukungan moral, pendamping, pertolongan persalinan (Rohani dkk, 2011).

Asuhan kebidanan yang di rencanakan kepada Ny. E.B didasarkan pada kebutuhan saat itu juga yaitu Informasikan kepada ibu dan keluarga

tentang hasil pemeriksaan, agar ibu lebih kooperatif dalam setiap asuhan. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. Observasi kemajuan persalinan. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan di dalam ruangan dan bila ibu lelah anjurkan ibu untuk istirahat dengan cara tidur miring kiri. Ajarkan keluarga untuk masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his untuk mengurangi rasa nyeri.

Anjurkan ibu untuk makan dan minum yang cukup selama persalinan. Anjurkan ibu untuk BAK bila rasa ingin berkemih. Dukungan moral yang baik akan memberi kenyamanan, Libatkan keluarga dalam proses persalinan untuk membantu dan mendampingi ibu, Siapkan alat dan bahan yang digunakan selama persalinan sesuai SAFF. Lakukan pertolongan persalinan sesuai langkah-langkah APN. Pada perencanaan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.3.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman (Rohani, 2011), Selanjutnya, rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, juga dilaksanakan secara efisien dan aman. Di dalam teori melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

Pada kasus Ny. E.B pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti mengobservasi nadi, kontraksi uterus, DJJ setiap 30 menit, suhu setiap 2 jam,

tekanan darah, pembukaan serviks, dan penurunan kepala janin setiap 4 jam melalui lembar observasi dan partograf, menganjurkan ibu untuk berbaring miring kiri, menganjurkan ibu untuk BAK bila ada rasa berkemih, menganjurkan ibu untuk makan/minum saat tidak ada his, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut saat his, menyiapkan alat dan bahan sesuai saff yang akan dipergunakan dalam menolong persalinan, mengajarkan ibu teknik mengedan yang benar, melibatkan keluarga dalam persalinan untuk membantu ibu, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat di simpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.3.7 Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuain pada rencana asuhan tersebut. (Jannah, 2011). Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Persalinan berlangsung, penulis mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah

dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. E.B dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

Pada kasus Ny. E.B, ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas selama 1 hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. E. B dengan G3P2A0AH2 UK40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik di ruang bersalin Puskesmas Bakunase, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian dari data subjektif dan data objektif didapatkan data Ny. E. B dengan G3P2A0AH2 UK 40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik. Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori tidak semua di temukan pada kasus Ny. E.B namun, hal tersebut dapat di tafsirkan karena tanda dan gejala pada persalinan normal adalah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks.
2. Hasil Analisa masalah dan diagnosa, didapat diagnosa ibu G3P2A0AH2 UK 40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.
3. Pada kasus Ny. E.B, G3P2A0AH2 UK 40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif,

keadaan ibu dan janin baik, pada kasus ini tidak ada Tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.

4. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. E.B, G3P2A0AH2 UK 40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, telah di rencanakan berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan klien dan melibatkan keluarga, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada kasus Ny. E.B, tidak ada hambatan.
5. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada Ny. E.B, G3P2A0AH2 UK 40 minggu, Janin hidup, tunggal, presentasi kepala,intrauterine,inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik. Dibuat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda- tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaanya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.
6. Tindakan yang telah di rencanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. E.B di buat berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerjasama antara penolong dan pasien

dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.

7. Pada kasus Ny. E.B, ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas selama 1 hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, wawasan serta mutu tentang penulisan penelitian dan memberikan asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal sesuai standar.

5.2.2 Bagi Institusi

Diharapkan institusi dapat memperbanyak buku yang digunakan sebagai bahan belajar mahasiswa/mahasiswa untuk meningkatkan pengetahuan dan kelulusan.

5.2.3 Bagi Lahan

Diharapkan untuk tetap mempertahankan kinerja yang sudah baik sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan secara efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Data Profil Kesehatan Indonesia. (2013, September 14). *Angka Kematian Ibu di Indonesia masih jauh dari target MDGs 2015*. Dipetik Agustus 27, 2015, dari Kompasiana: <http://m.kompasiana.com/sina/revolusi-kia>
- Dwi, A. H., & Cristine, C. P. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinkes Kota Kupang. (2013). *Profil Kesehatan Kota Kupang 2013*. Kupang: Dinkes Kota Kupang.
- Fraser, M. D., & Cooper, A. M. (Penyunt.). (2009). *Myles Buku Ajar Bidan (Vol. 14)*. Jakarta: EGC.
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik – Kesehatan reproduksi. (2008). *Buku Acuan Pelatihan Klinik APN*. (2008). Jakarta.
- Jannah, N. (2011). *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: AR-Rizz Media.
- Manuaba, I. B. (2011). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Marmi. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Profil Kesehatan Indonesia. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rohani, dkk. (2011). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Refika Aditama.

- Saifuddin, A. B. (Penyunt.). (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta.
- Sulistiyawati, dkk. (2010). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Nuha Medika.
- Sumarah. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Suryabarata, S. (2013). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Varney, H., & dkk. (2007). *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (Penyunt.). (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Vol. 2)*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, A. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi jurusan Kebidanan STIKes CHM – Kupang jalur umum angkatan VI mengadakan studi kasus pada ibu bersalin dengan ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN NORMAL PADA NY. E. B DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS BAKUNASE, untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama suami untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Agnes Anastasia Nabu

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal
Multigravida Dengan

Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas

Bakunase Kota Kupang

Peneliti : Agnes Anastasia Nabu

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 22 Juli 2016

Responden

(E.B)

Lampiran 3



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG (STIKES
CHM-K)**

**Jl. Manafe NO17 Kayu Putih Oebufu Kupang-
NTT**

Telp / faks. (62-0380) 8553961 / 8553590

Kupang – NTT Indonesia Email:

stikeschmk@yahoo.com

ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL

1. PENGKAJIAN

Tanggal pengkajian : 22/07/2016 Tanggal MRS : 22/07/2016

Oleh mahasiswa : Agnes A. NabuJam :02.45WITA

A. DATA SUBYEKTIF

1) BIODATA

Nama ibu	: Ny. E. B	Nama suami	: Tn. N. B
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku/bangsa	: Ambon/Indo	Suku/bangsa	: Timor/Indo
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jalan Delima, Bakunase		

2) Keluhan Utama

Ibu mengeluh merasakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir bercampur darah sejak pukul 24.00 wita.

3) Riwayat Menarche

- a) Menarche : 14 tahun
 b) Siklus : 28 hari
 c) Lamanya darah : 5 hari
 d) Sifat darah : Encer
 e) Nyeri haid : Tidak ada
 f) HPHT : 22-10-2015
 g) TP : 29-07-2016

4) Riwayat Menikah

- a) Status pernikahan : Syah
 b) Lamanya menikah : 5 tahun
 c) Umur pada saat menikah : 24 tahun

5) Riwayat kehamilan yang lalu

- a) Pergerakan anak dirasakan sejak : Usia kehamilan 4 bulan
 b) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : Lebih dari 10 kali.
 c) ANC berapa kali : 9 kali
 d) Tempat ANC : Puskesmas Bakunase

6) Riwayat Persalinan yang Lalu

Tanggal persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Tempat	Keadaan Bayi LH/LM/M	JK	BB/PB	KET
2011	Normal	Aterm	Bidan	RS. Ambon	LH	Laki-laki	2400/47	Sehat
2013	Normal	Aterm	Bidan	RS. Ambon	LH	Laki-laki	2900/48	Sehat
INI	G3	P2	A0	AH2				

7) Riwayat keluarga berencana

- a) KB yang pernah digunakan : Belum pernah
- b) Lamanya : Tidak ada
- c) Efek samping : Tidak ada
- d) Alasan berhenti : Tidak ada

8) Riwayat kesehatan

- Penyakit yang pernah diderita :
- a) Jantung : Tidak ada
 - b) HIV/AIDS : Tidak ada
 - c) Hipertensi : Tidak ada
 - d) Hepatitis : Tidak ada
 - e) Jiwa : Tidak ada
 - f) Campak : Tidak ada
 - g) Varicela : Tidak ada
 - h) Malaria : Tidak ada
 - i) Lain-lain : Tidak ada

9) Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

- a) Jantung : Tidak pernah
- b) Hipertensi : Tidak pernah
- c) Hepatitis : Tidak pernah
- d) Jiwa : Tidak pernah
- e) Campak : Tidak pernah
- f) Varicela : Tidak pernah

g) Malaria : Tidak pernah

h) Lain-lain : Tidak pernah

10) Keadaan psikososial

a) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: Ibu dan keluarga senang terhadap kehamilan ini.

b) Dukungan keluarga : Ada

c) Bebankerja dan kegiatan sehari- hari : Ibu melakukan pekerjaan seperti memasak, mencuci , menyapu.

d) Jenis kelamin yang diharapkan: Laki-laki dan perempuan sama saja.

e) Pengambil keputusan dalam keluarga : Suami.

f) Perilaku kesehatan

(1) Rokok : Tidak ada

(2) Konsumsi obat terlarang : Tidak ada

(3) Minum kopi : Tidak ada

11) Latar belakang budaya

a) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan

b) Pantangan makanan : Tidak ada

c) Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan : Tidak ada

d) Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada

12) Riwayat seksual

Apakah ada perubahan pola hubungan seksual:

a) TMI : Tidak ditanyakan

b) TM II : Tidak ditanyakan

c) TM III : Tidak ditanyakan

Apakah ada penyimpanan atau kelaianan seksual: Tidak ditanyakan

13) Riwayat diet atau makanan

a) Jenis makanan pokok : Nasi

b) Frekuensi : 3 – 4 x/hari

c) Porsinya : 1 piring

d) Lauk pauk : Tahu, tempe, ikan, telur

e) Minum air dan susu : Air putih ± 8 gelas / hari

f) Keluhan : Tidak ada

14) Riwayat Pola Eliminasi

a) BAK

(1) Frekuensi : 4-5 kali/hari

(2) Bau : Khas urine

b) BAB

(1) Frekuensi : 1-2 kali/hari

(2) Bau : Khas feses

(3) Konsistensi : Lembek

(4) Keluhan : Tidak ada

15) Riwayat Pola Istirahat

a) Tidur siang : 2 jam/ hari

b) Tidur malam : 7-8 jam/hari

16) Riwayat Kebersihan Diri

- a) Mandi : 2 kali/hari
- b) Sikat gigi : 2 kali/hari
- c) Ganti pakaian dalam : 3 kali/hari
- d) Ganti pakaian luar : 1 kali/hari
- e) Perawatan payudara : Dilakukan sejak hamil setiap kali mau mandi dengan menggunakan minyakkelapa/baby oil.

B. DATA OBYEKTIF**1. Pemeriksaan Umum**

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) Bentuk tubuh : Lordosis
- d) Ekspresi wajah : Meringis Kesakitan
- e) Tanda-tanda vital : Suhu: 36,5°C TD : 120/80mmHg
Nadi : 82 kali/menit RR : 19 kali/menit
- f) BB sebelum hamil : 45 kg
- g) BB saat hamil : 60 kg
- h) LILA : 25 cm

2. Pemeriksaan Fisik**a. Inspeksi**

- 1) Kepala : Normal, tidak ada benjolan
- 2) Rambut : Bersih, tidak rontok dan tidak ada ketombe

3) Wajah :

- (a) Bentuk :Oval
- (b) Pucat :Tidak
- (c) Cloasma gravidarum : Tidak ada
- (d) Oedema : Tidak ada

4) Mata

- (a) Conjunctiva : Merah muda
- (b) Sclera : Putih
- (c) Oedema : Tidak ada

5) Mulut

- (a) Mukosa bibir : Lembab
- (b) Warna bibir : Merah muda
- (c) Stomatis/sariawan : Tidak ada

6) Gigi

- (a) Kelengkapan gigi : Lengkap
- (b) Caries gigi : Tidak ada

7) Tenggorokan :

- (a) Warna : Merah muda
- (b) Tonsil : Tidak ada

8) Leher

- (a) Adakah pembesaran kalenjar limfe : Tidak ada
- (b) Adakah pembesaran kalenjar thyroid : Tidak ada
- (c) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada

9) Dada

- (a) Bentuk : Simetris
- (b) Mamae
 - Bentuk : Simetris
 - Areola : Hiperpigmentasi
 - Puting susu : Menonjol

10)Perut

- (a) Bentuk : Membesar
- (b) Linea : Tidak ada linea alba
- (c) Strie : Ada strie albicans
- (d) Bekas luka operasi : Tidak ada

11)Ekstremitas

- (a) Bentuk : Normal
- (b) Varices : Tidak ada
- (c) Oedema : Tidak ada

12)Vulva vagina dan anus

- (a) Bentuk : Normal
- (b) PPV : Ada bloody show
- (c) Varises : Tidak ada
- (d) Haemoroid : Tidak ada

b. Palpasi

- 1) Kepala : Normal, tidak ada benjolan
- 2) Leher

- (a) Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada
- (b) Adakah pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada
- (c) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada

3) Dada

- (a) Mamae Colostrum : ka (+)/ki (+)
- (b) Nyeri tekan : Tidak ada
- (c) Massa/benjolan : Tidak ada

4) Perut

- (a) Leopold I : TFU 3 jari dibawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong).
- (b) Leopold II : Pada perut bagian kiri teraba keras datar, memanjang, seperti papan (PU-KI) dan Pada perut bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin.
- (c) Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat keras dan melenting (Kepala).
- (d) Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen) penurunan kepala 3/5.
- (e) Mc Donald : 31 cm.
- (f) TBBJ : 2945 gram
- (g) His : 4x/10 menit lamanya 40-45 detik

c. Auskultasi

- 1) DJJ : Terdengar keras, jelas dan teratur
- 2) Frekuensi : (+) 146 kali/menit

d. Perkusi

Reflex patella : Tidak dilakukan

3. PEMERIKSAAN DALAM

Tanggal : 22/07/2016 Jam : 03.00 wita

Oleh Mahasiswa : Agnes A. Nabu NIM : 132111101

a) Vulva : Tidak ada condiloma akuminata

b) Vagina : Tidak ada flour albus

c) Portio : Tipis

d) Pembukaan : 5 cm

e) Kantong ketuban : Positive

f) Bagian terendah : Kepala

g) Posisi : UUK kiri depan

h) Turun hodge : II

4. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

a) Urine

(1) Reduksi : -

(2) Albumin : -

b) Darah

(1) HB : -

(2) Golongan darah : B

5. PEMERIKSAAN KHUSUS

a) USG : Tidak dilakukan

b) Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa/Masalah	Data dasar
<p>Dx : G3P2A0AH2, UK40 minggu, Janin Tunggal Hidup, Intra Uterine, Presentasi Kepala, inpartu kala 1 fase aktif Keadaan ibu dan janin baik.</p>	<p>Data Subyektif: Ibu mengatakan hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran, haid terakhir tanggal 22/10/2015 pergerakan janin dalam 24 jam terakhir dirasakan sering. Ibu mengeluh sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang disertai pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 24.00 WITA.</p> <p>Data Obyektif TP : 29-07-2016 UK : 40 Minggu KU : Baik, Kesadaran : Composmentis TTV: TD : 120/80 mmHg, S: 36,5 °C, RR: 19 x / menit, N: 82x/menit. BB : 60 kg Lila : 25 cm 1. Inspeksi : Wajah : Tidak pucat, tidak ada oedema Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada oedema.</p>

	<p>2. Palpasi :</p> <p>Dada: Payudara normal, puting susu menonjol ka/ki (+)/(+), ada hyperpigmentasi pada areola mammae, colostrum (+)/(+), tidak ada nyeri tekan dan tidak ada massa/benjolan.</p> <p>Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis.</p> <p>Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada striaealbicans, ada linea nigra.</p> <p>Ekstremitas : Oedema (-), Varises (-).</p> <p>a. Leopold I :TFU3 jari dibawah processus xyphoideus pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong).</p> <p>b. LeopoldII: Pada perut bagian Kiri teraba keras datar, memanjang, seperti papan (PU-KI). Pada perut bagian Kanan teraba bagian terkecil janin.</p> <p>c. Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah</p>
--	--

	<p>teraba bulat keras dan melenting (Kepala).</p> <p>d. Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen) penurunan kepala 3/5.</p> <p>e. Mc Donald : 31 cm.</p> <p>f. TBBJ : 2945 gram.</p> <p>g. His: 4x 10 menit lamanya 35 – 40 detik, kuat dan teratur.</p> <p>3. Auskultasi:</p> <p>a.DJJ : Terdengar keras, jelas dan teratur di perut ibu bagian kiri.</p> <p>b. Frekuensi : (+) 146 kali/menit</p> <p>4. Pemeriksaan dalam</p> <p>a. Vulva : Tidak ada condiloma akuminata</p> <p>b. Vagina: Tidak ada flour albus</p> <p>c. Portio : Tipis</p> <p>d. Pembukaan : 5 cm</p> <p>e. Kantong ketuban: Positive</p> <p>f. Bagian terendah: Kepala</p> <p>g. Posisi : UUK kiri depan</p> <p>h. Turun hodge : II</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 22/07/2016 Jam : 03. 00 WITA

Diagnosa : G3P2A0AH2 UK40 minggu Janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kali 1 fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga

R/ Pendekatan pada ibu dan keluarga dapat menjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan sehingga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

2. Lakukan pemantauan pembukaan serviks dan penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, nadi, djj dan his setiap 30 menit untuk fase aktif

R/ Pemantauan yang dilakukan merupakan tolak ukur untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan.

3. Informasikan semua hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

R/ Informasi yang diberikan merupakan hak pasien untuk mengetahui hasil pemeriksaan sehingga mengurangi

kecemasan serta membantu ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

4. Observasi persalinan menggunakan patograf

R/ Patograf sebagai alat ukur untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan, dan memantau keadaan patologis yang mungkin terjadi pada ibu dan janin.

5. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ lingkungan yang aman dan nyaman memungkinkan ibu terhindar dari infeksi kuman dan menjaga privasi ibu.

6. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri

R/ tidur dalam posisi miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh berat rahim dan isinya yang terdiri dari janin, cairan ketuban dan plasenta sehingga tidak mengganggu turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta sehingga tidak terjadi hipoksia pada janin.

7. Anjurkan ibu untuk menahan buang air kecil

R/ Dengan berkemih dapat merangsang otot – otot uterus berkontraksi sehingga mempercepat proses turunnya kepala dan mengurangi rasa sakit pada saat persalinan.

8. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan,

R/ Pendamping persalinan dapat mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan dan merupakan tindakan asuhan sayang ibu.

9. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan disekitar ruangan,
R/ Mobilisasi merupakan bagian terpenting dalam proses persalinan karena membantu penurunan bagian terendah janin akibat adanya gaya gravitasi bumi.
10. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his
R/ Makanan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.
11. Siapkan alat dan bahan sesuai SOP
R/ Persiapan alat dan bahan sangat penting untuk melakukan proses persalinan dan kelahiran bayi.
12. Lakukan pendokumentasian
R/ Pendokumentasian sebagai bahan evaluasi, bukti pelayanan, bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 22/07/2016 Jam : 03.15 WITA

Diagnosa :G3P2A0AH2 UK 40 minggu Janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kali 1 fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga dengan memberisalam dengan ramah, memperkenalkan diri, dan melakukan komunikasi dengan baik dan efektif.

M/ Pendekatan sudah terjalin.

2. Memberikan informasi pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan keadaan ibu dan janin yaitu : keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, TTV : ibu dan bayi dalam batas normal.

M/ Ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi kesehatannya.

3. Melakukan observasi djj, his, nadi tiap 30 menit, suhu dan produksi urin tiap 2 jam, tekanan darah, pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam, mencatat dalam lembar depan partograf.

M/ Hasil observasi telah tercatat dalam lembar depan partograf.

4. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan membersihkan ruangan, menutup pintu untuk menjaga privasi klien sehingga ibu merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan.

M/ Terciptanya lingkungan yang aman dan privasi ibu terjaga.

5. Mengajarkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dengan kaki bagian bawah lurus dan kaki bagian atas dilipat keatas

M/ Ibu sudah dalam posisi miring kiri sesuai dengan anjuran petugas.

6. Mengajarkan ibu tidak menahan buang air kecil maksimal 2 jam sekali sehingga membantu penurunan kepala

M/ Ibu bersedia untuk mengikuti anjuran petugas.

7. Mengajarkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan

M/ Keluarga bersedia untuk mengikuti anjuran petugas.

8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan disekitar ruangan

M/ Ibu bersedia mengikuti anjuran petugas.

9. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his

M/ Ibu sudah makan bubur dan minum air gula 1 gelas.

10. Menyiapkan alat dan bahan sesuai SOP, alat dan bahan sudah tersedia SAFF I: partus set berisi klem koher steril 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, $\frac{1}{2}$ koher 1 buah, gunting episiotomi. kasa secukupnya, pengikat tali pusat, sarung tangan 2 pasang, , heating set berisi: pinset anatomi 1 buah, pinset sirurgis 1 buah, naldvoeder 1 buah, jarum otot dan jarum kulit masing – masing 1 buah, kasa secukupnya, sarung tangan 1 pasang, SAFF II : Wadah berisi larutan klorin 0,5% untuk handscoon bekas pakai, tempat plasenta yang dilapisi plastik, termometer, stetoskop, kateter steril dan sarung tangan, SAFF III: obat – obatan: oxytosin 10 IU, Dispo 1 cc, 3 cc dan 5 cc, APD: topi, celemek, kaca mata, sepatu boot, masker, keranjang infuse set, keranjang berisi kain penyokong perineum, handuk alas perut ibu, kain pengganti handuk basah, pakaian ibu dan bayi.

M/ Alat dan bahan telah disiapkan

11. Melakukan pendokumentasian

M/ Pendokumentasian telah dilakukan dalam partograf dan status ibu.

VII. EVALUASI / CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal: 22 / 07 / 2016 Jam : 04.00 WITA

Diagnosa : G3P2A0AH2 UK 40 minggu Janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kali 1 fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

S: Ibu mengatakan rasa sakit bertambah dan ada keinginan untuk meneran seperti ingin BAB.

O: KU: baik. Kesadaran: composmentis

Kontraksi uterus 5x dalam 10 menit lamanya 45 – 50 detik.

DJJ +, frekuensi 132 x/menit

Perineum menonjol, vulva dan anus membuka, ketuban (menonjol).

Pengeluaran lendir bercampur darah bertambah banyak dari jalan lahir.

Melakukan VT

Hasil VT: vulva: tidak ada condiloma akuminata, vagina: tidak ada fluor albus, portio: tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantung ketuban: -, cairan ketuban jernih, bagian terendah: kepala, posisi : UUK di depan , molase: 0, turun hodge: IV, penurunan kepala 0/5.

A: Kala II

P: 1. Pastikan kelengkapan alat dan obat – obatan

2. Siapkan ibu dan keluarga

3. Siap diri untuk tolong persalinan sesuai langkah APN

I:

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka)

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Patah oxytosin, masukkan alat suntik kedalam bak partus.

3. Memakai APD (masker, celemek, sepatu boot).

4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam

6. Memasukan oksitosin 10 IU dengan dispo 3cc (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik) dan memasukkan dispo kedalam baki partus .

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan

kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH III-IV.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin : frekuensi 132 x/menit teratur.
11. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Ibu memilih posisi $\frac{1}{2}$ duduk.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
15. Saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka tutupan partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangn DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Setelah kepala bayi lahir, memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. Ternyata tidak ada lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala bayi secara biparental, menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala bayi, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh bayi dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki, (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Setelah bayi lahir, melakukan penilaian sepiantas, bayi langsung menangis kuat, bernapas spontan dan teratur, dan gerakkan bayi aktif.
26. Meletakkan bayi diatas perut ibu yang sudah dialasi handuk bersih dan kering kemudian mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan. Ganti handuk yang basah

dengan kain yang kering. Memposisikan tubuh bayi di perut ibu.

27. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa penolong akan menyuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit intramuskular di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
30. Dalam 2 menit setelah bayi lahir, meraba tali pusat sudah tidak berdenyut kemudian dengan menggunakan klem, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit dorong isi tali pusat kearah distal ibu dan lakukan penjepit kedua pada 2 cm dari klem pertama.
31. Lindungi perut bayi diantara 2 klem kemudian lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
32. Tempatkan bayi di atas dada ibu dan perut ibu untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

E: Tanggal : 22 Juli 2016 Jam: 04.15 WITA

Bayi lahir spontan letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis, bernapas spontan

teratur, kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan

S: Ibu mengatakan perutnya mules

O: TFU 2 jari dibawah pusat, kontaksi uterus baik, teraba keras, plasenta belum lahir, keluar darah sedikit.

A: Kala III

P: Lakukan MAK III

1. Lakukan PTT (Penegangan Tali pusat Terkendali)
2. Lahirkan Plasenta
3. Massase uterus

I:

34. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.
36. Saat uterus berkontraksi regangkan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri).
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian

ke arah atas, mengikuti posisi jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso - kranial).

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan tangan di atas fundus, dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
40. Memeriksa kedua sisi plasenta, kotiledon lengkap, selaput ketuban lengkap dan utuh. Kemudian masukan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

E: Tanggal : 22 Juli 2016 Jam : 04.20 WITA

Plasenta lahir spontan lengkap, selaput amnion dan korion lengkap dan utuh, panjang tali pusat kurang lebih 50 cm, dengan diameter 20 cm x 15 cm x 3 cm, perdarahan kurang lebih 50cc.

S: Ibu mengatakan lega dan senang setelah melahirkan anaknya.

Ibu merasa sedikit mules pada perutnya.

O: TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan sedikit, kandung kemih kosong, ruptur derajat I, dan berdarah.

A: Kala IV

P: 1. Lakukan prosedur pasca persalinan

2. Lakukan heacting perineum dengan catgut kromik.

I:

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral.

45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral.

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

48. Jumlah kehilangan darah sedikit.

49. Memeriksa nadi ibu 82 x/menit.

50. Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik. Nafas bayi 40 x/menit dan suhu bayi 36,6 °C.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih.

58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

S: 36,5 °C N: 84 x/menit TD: 120/70 mmHg

TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan ± 50 cc

Mencatat dalam lembar belakang patograf, pemantauan selanjutnya tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit jam kedua. Hasil pemantaun selanjutnya dalam lembar patograf.

E:

Tanggal : 22 Juli 2016

Jam: 06.20 WITA

Ibu:

KU : Baik Kesadaran : composmentis

TTV: 120/70 mmHg, N:82x/menit, RR: 18 x/menit, S: 36,5°C, fundus uteri baik 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan kurang lebih 50 cc.

Bayi:

Setelah 1 jam bayi lahir, melakukan pengukuran antropometri yaitu menimbang berat badan , mengukur panjang badan, mengukur lingkaran kepala, mengukur lingkaran dada, mengukur lingkaran perut:

BB: 3000 gram

PB: 47 cm

LK: 34 cm

LP: 33 cm

LD: 32 cm

Pemberian Vitamin K 1 mg/ml dipaha kiri

Pemberian salep mata oxytetracyclin 1% pada kedua mata bayi

Setelah 1 jam injeksi pemberian vitamin K beri Injeksi vaksin hepatitis B di paha kanan bayi (1 jam setelah pemberian vitamin K).

Hasil Observasi pada 15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua.

Hari/Tanggal	Jam	Hasil Obervasi
Minggu22-07-2016	04.35 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV: TD: 120/70 mmHg, S: 36,5 °c, N: 84 x/menit, RR: 20 x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat; Kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong; Lochea: rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p> <p>Bayi: TTV: S: 36,5 °c RR: 48 x/menit, N: 126x/menit, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.</p>
	04.50 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV: TD: 100/70 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 19 x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih:</p>

		<p>kosong, lochea: Rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p> <p>Bayi:TTV: S: 36,5 °c, RR: 54 x/menit, N: 130 x/menit, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.</p>
	05.05 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV:TD: 120/70 mmHg, N: 84 x/menit,</p> <p>RR: 19 x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong, lochea: Rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p> <p>Bayi: TTV: S: 36,5 °c, RR: 50 x/menit,</p> <p>N: 128 x/menit, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat</p>

		tidak berdarah.
	05.20 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV: TD: 120/70mmHg, N: 84 x/menit, RR: 19 x/menit, S: 36,5 °c, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong, lochea: Rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p> <p>Bayi: TTV: RR: 50 x/menit, N: 134x/menit,</p> <p>S: 36,5 °c, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.</p>
	05.50 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV: TD: 120/70mmHg, N: 82 x/menit, RR: 20 x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong, lochea: Rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p>

		<p>Bayi: TTV: S: 36,6 °c, RR: 48 x/menit,</p> <p>N: 132 x/menit, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah</p>
	06.20 wita	<p>Ibu:</p> <p>Ibu: TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 19 x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong, lochea: Rubra, Colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran.</p> <p>Bayi: TTV: S: 36,6 °c, RR: 50 x/menit, N: 130 x/menit, BAB/BAK: -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.</p>

CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS

Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
22-07-2016	08.35 wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan ibu makan (nasi 1 piring, ikan 1 potong dan sayur) serta minum (1 bootl aqua sedang). 2. Memberikan imunisasi Hb 0 pada bayi di paha kanan
	08.40 wita	Ibu mendapat terapi: Paracetamol: 1x500 mg Amoxilin: 1x500 mg SF: 1x200 mg Vit. C: 1x50 mg Vit. A: 1x100.000 IU
	09.00 wita	Pasien dipindahkan dari ruangan VK ke ruangan nifas
	12.00 wita	Memberikan ibu makan (nasi 1 piring, ikan 1 potong dan sayur) serta minum (1 botol aqua sedang).
	12.05 wita	Memberi ibu obat sesuai dosis: M/ Paracetamol: 1x500 mg Amoxilin: 1x500 mg
	19.00 wita	Memberikan ibu makan (nasi 1 piring, ikan 1 potong dan sayur)

		serta minum (1 botol aqua sedang).
	19.05 wita	<p>Memberi ibu obat sesuai dosis:</p> <p>M/ Paracetamol: 1x500 mg</p> <p>Amoxilin: 1x500 mg</p> <p>SF: 1x 200 mg</p> <p>Vit. C: 1x50 mg</p>
23-07- 2016		<p>S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: Pemeriksaan Umum:</p> <p>Keadaan umum: baik,</p> <p>Kesadaran: composmentis, ekspresi wajah ibu tenang.</p> <p>TTV: TD: 100/70 mmHg, N: 82x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,8°C.</p> <p>Pemeriksaan Fisik:</p> <p>a) Mata: tidak ada edema, konjungtiva pucat, sclera putih.</p> <p>b) Payudara: simetris, tidak ada nyeri tekan, colostrum masih belum terlalu banyak.</p> <p>c) Abdomen: kontraksi uterus baik,</p>

		<p>TFU 2 jari bawah pusat.</p> <p>d) Vulva/vagina: ada pengeluaran darah</p> <p>e) Ekstremitas: tidak ada edema dan varises</p> <p>A: P₃A₀AH₃Post partum hari pertama</p>
	06.00 wita	<p>P:</p> <p>1. Mengobservasi keadaan ibu dan bayi</p> <p>M/ Ibu:</p> <p>TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 82x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,6°C, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus: baik, kandung kemih: kosong, lochea: Rubra, ganti pembalut: 4 kali, BAB/BAK: -/3x.</p> <p>Bayi:</p> <p>TTV: RR: 52x/menit, N: 136x/menit, S: 36,5 °c, BAB/BAK: 2x/1x, isapan ASI kuat, tali pusat layu</p>

	06.06 wita	Melakukan perawatan bayi baru lahir M/: Memandikan bayi dengan air hangat, merawat tali pusat, mengukur TTV bayi: RR: 52x/menit, N: 136x/menit, S: 37,2°C
	06.20 wita	Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap 2 jam atau bayinya rewel ingin minum. M/ Ibu telah menyusui bayinya
	07.00 wita	Memberikan Ibu makan (nasi 1 piring, sayur dan ikan) serta minum (1 aqua botol sedang) M/ Ibu sudah makan
	07.30 wita	Memberikan ibu obat sesuai dosis M/ Paracetamol: 1x500 mg Amoxilin: 1x500 mg SF: 1x 200 mg Vit. C: 1x50 mg
	08.00 wita	Mengikuti visite dokter Instruksi dokter: istirahat yang

		cukup dan tingkatkan pemberian ASI pada bayi
	11.00	<p>S: Ibu mengatakan melahirkan sejak 1 hari anak pertama, BAB (-)/BAK (+), kontraksi uterus baik, demam (-), ASI (+)/(+), makan dan minum baik, perut kembung (+).</p> <p>O: TD: 120/70 mmHg N: 78x/menit RR: 20 x/menit S: 37,1°C</p> <p>Konjungtiva merah muda, sklera putih</p> <p>Hasil Lab: tidak dilakukan</p> <p>A: Ibu P₃A₀AH₃ Post partum hari pertama</p> <p>P: 1. Mengobservasi keadaan ibu</p> <p>KU: baik, kesadaran: composmentis, wajah: tidak pucat,</p> <p>2. Menganjurkansuami untuk memberikan ibu makan banyak sayur dan buah.</p>

		<p>Suami sudah memberikan ibu makan nasi dan sayur marungge dan ibu menghabiskan makanannya.</p> <p>3. Menganjurkan ibu istirahat agar kondisi tubuh dapat pulih kembali, Ibu menerima anjuran yang diberikan</p>
	16.30 wita	<p>KIE pulang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan ASI eksklusif pada bayi selama 6 bulan, baru dilakukan dengan pemberian makanan tambahan 2. Istirahat yang cukup minimal 8 jam/hari 3. Menginformasikan kepada ibu mengenai tanda bahaya pada ibu dan bayi 4. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang 5. Menganjurkan ibu minum obat lanjut secara teratur sesuai dosis:

		<ol style="list-style-type: none">6. Memotivasi ibu untuk mengikuti KB7. Menginformasikan pada ibu jadwal kunjungan ulang tanggal: 25 Juli 2016.
	18.00 wita	Ibu dan bayi pulang

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal: 22 Juli 2016

2 Usia kehamilan: 40 minggu Prematur Aterm Postmatur

3 Letak: Dulokang Kepala

4 Persalinan: Normal Tindakan Seksio

5 Nama bidan:

6 Tempat persalinan: Rumah Ibu Puskesmas Rumah Sakit

7 Alamat tempat persalinan: RASK BAYUMAK

8 Catatan: rujuk, ka's I, II, III, IV

9 Alasan merujuk: IDU/ET

10 Tempat rujukan:

11 Pendamping pada saat merujuk: Bidan suami keluarga dukun kader lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin: LK PR JUMAT

2 Saat Lahir: Jam 01.15 Hari JUMAT Tanggal 22 Juli 2016

3 Bayi: Lahir hidup: Lahir mati:

4 Penilaian: (Tanda V ya x tidak) Bayi napas spontan teratur Gerakan aktif/tonus kuat Air ketuban jernih

5 Asuhan bayi: Keringkan dan hangatkan Ya!i pusat bersih, tak diberi apa-apa, terbuka Ventilasi Menyusui Dini < 1 Jam Vit K 1 mg di paha kiri atas Galp mata/tetes mata

6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA TIDAK

Jika YA tindakan: Langkah awal menit ventilasi selama menit Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal

7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA TIDAK

8 Kapan bayi mandi: 23 Juli 2016 Jam setelah lahir

9 Berat Badan Bayi: 3000 Gram

KALA I

1 Partograf mela'wati garis waspada: Ya Tidak

2 Masalah lain: sebutkan:

3 Penatalaksanaan masalah tersebut:

4 Hasilnya:

KALA II

1 Episiotomi: Ya, Indikasi tidak Tidak

2 Pendamping pada saat persalinan: Suami dukun lain2 Keluarga kader

3 Gawat Janin: Ya, tindakan: Tidak Tidak

4 Distosia bahu: Ya, tindakan: Tidak Tidak

5 Masalah lain sebutkan:

6 Penatalaksanaan masalah tersebut:

7 Hasilnya:

KALA III

1 Lama kala III: menit

2 manajemen Aktif kala III: Oksitocin 10 IU IM dalam waktu menit Peregang Tali Pusat Terkendali Masase Fundus Uteri

3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua? Ya, Alasan: Tidak

4 Plasenta lahir Lengkap (intact) Ya Tidak

Jika TIDAK, tindakan: Plasenta tidak lahir > 30 menit Ya Tidak

6 lacerasi: YA, Tidak Tidak

Jika YA, dimana: derajat 1 2 3 4

Tindakan:

7 atonia Uter: YA Tidak Tidak

Jika YA tindakan:

8 Jumlah perdarahan: ml 50 cc

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
04-55	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak
04-50	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak
05-05	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak
05-00	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak
05-50	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak
06-00	100/70	84 x / M	36,5°C	2cm kuat	malu	1 cc	banyak

PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
04-55	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-
04-50	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-
05-05	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-
05-00	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-
05-50	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-
06-00	18 x / m	36,5°C	keemasan	aktif	kuat	tidak berair	tidak	-	-

Tanda Bahaya: Ibu Bayi

Tindakan (jelaskan dicatatn kasus):

Dirujuk Tidak dirujuk

Tanda tangan Penolong:

Lampiran 4



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
JL. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : AGNES ANASTASIA NABU
Nim : 13. 21. 111 01
Pembimbing I : Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes

NO.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Selasa / 06 - 12 - 2016	- cover - BAB I	- Perbaiki cover - Perbaiki Latar belakang (alinea 1-5) - Perbaiki Rumusan Masalah dan Tujuan	f
2	Selasa / 13 - 12 - 2016	- BAB I	- Perbaiki Latar belakang - Sumber buku	f
3	Sabtu / 28 - 01 - 2017	- BAB I	- perbaiki Latar belakang	f
4	Kamis / 23 - 02 - 2017	- Cover - BAB I - BAB II - Askeb	- Perbaiki cover - Perbaiki Latar belakang - Perbaiki BAB II, III, IV - Perbaiki Askeb	f
5	Senin / 06 - 03 - 2017		- Cari sumber buku	f
6	Rabu / 13 - 06 - 2017	- Askeb - Paragraf	- Perbaiki kelengkapan utawa - perbaiki paragraf	f
7	Kamis / 15 - 06 - 2017	ACC	-	f
8				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : AGNES ANASTASIA NABU
Nim : 13.21.11101
Pembimbing II : MARIA O. BAHA, STr.Keb

No.	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	17/2/17	Perbaiki Hasil dan pembahasan		
2.	20/2/17	Perbaiki Hasil, pembahasan, dan kesimpulan, saran		
3.	24/2/17	Perbaiki Hasil, pembahasan, saran		
4.	25/2/17	Hasil, pembahasan		
5.	27/2/17	pembahasan		
6.	28/2/17	Acc		



CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
 (STikes CHM-K)
 PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
 JL. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-
 Indonesia

LEMBAR REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : AGNES ANASTASIA NABU
 Nim : 13. 21. 111 01
 Penguji : Appolonaris T. Berkanis, S. Kep,Ns., MH. Kes

NO.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin / 19 - 06 - 2017	Bab I.	Revisi.	
2	Juma'd / 23 - 06 - 2017	Bab III	Revisi.	
3	Selasa / 25 /07 - 2017	Pembahasan	Revisi	
4	Kamis / 27 /07 /2017	Bab I III Pembahasan	Revisi → Pembahasan	
5	Juma'd / 28 /07 /2017	Ace.		



CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STikes CHM-K)
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
JL. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-
Indonesia

LEMBAR REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : AGNES ANASTASIA NABU
Nim : 13. 21. 111 01
Pembimbing I : Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes




NO.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin / 31 / 07 - 2017	BAB i & ii	Perbaiki pada Analisa Masalah Dan Diagnosa	
2	Selasa / 01 - 08 - 2017			
3				
4				
5				



CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
 (STikes CHM-K)
 PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
 JL. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-
 Indonesia

LEMBAR REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : AGNES ANASTASIA NABU
 Nim : 13. 21. 111 01
 Pembimbing II : Maria O. Baha, STR. Keb

NO.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin/ 19-06-2017	BAB II	- Penambahan Materi	
2	Senin/ 19-06-2017	BAB IV	- Askeb	
3	Selasa/ 20-06-2017	ACC		
4				
5				