

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DAN IUFD DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 13 S/D 16 APRIL 2016**



OLEH:

MIRAWATI KAUSE
NIM : 132111086

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

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DAN IUFD DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 13 S/D 16 APRIL 2016**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)
Pada Program Studi D III Kebidanan STIKes
Citra Husada Mandiri Kupang



OLEH:

MIRAWATI KAUSE
NIM : 132111086

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

LEMBAR PERNYATAAN

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

Kupang, 16 November 2016

Yang menyatakan

MIRAWATI KAUSE
NIM: 132111086

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan Judul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal Dengan Preeklampsia Berat Dan IUFD di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 13 s/d 16 April 2016", telah di setujui dan di anjurkan dalam Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama Mirawati Kause, NIM: 132111086 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 16 November 2016

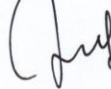
Menyetujui,

Pembimbing I



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

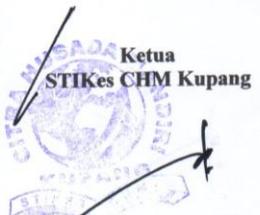
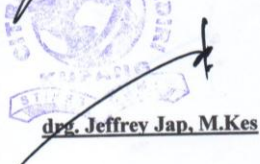
Pembimbing II



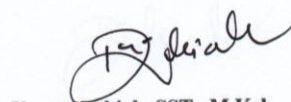
Mili A. Jumetan, STr.Keb

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi D-III Kebidanan


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

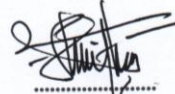
Laporan Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal Dengan Preeklampsia Berat Dan IUFD di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 13 s/d 16 April 2016", Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir mahasiswa atas nama: Mirawati Kause NIM: 132111086 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan benar-benar telah dipertahankan di depan tim penguji pada tanggal, 19 November 2016.

Tim Penguji

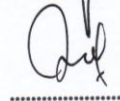
Ketua : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes



Anggota : 1. Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

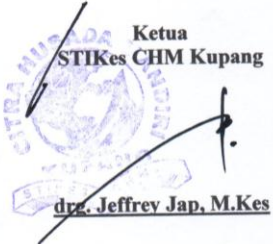


2. Mili A. Jumetan, STr.Keb



Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM Kupang**



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi D-III Kebidanan**



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

1. BIODATA

Nama : Mirawati Kause
Tempat/ Tgl Lahir : So'E, 22 Mei 1995
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Kayu Putih

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

- a. Tahun 2007 : SD Negeri Oekamusa
- b. Tahun 2010 : SMP Kristen 1 SOE
- c. Tahun 2013 : SMA Kristen 1 SOE
- d. Tahun 2013 : Sedang Menyelesaikan Program Studi Pendidikan Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

MOTTO

Kesuksesan Hanya Dapat Diraih Dengan Segala Upaya Dan Usaha Yang Disertai Dengan Doa, Karena Sesungguhnya Nasib Seseorang Manusia Tidak Akan Berubah Dengan Sendirinya Tanpa Berusaha.....

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada Sang Maha Pencipta, guru di atas segala guru yaitu TUHAN YESUS & kepada Orang Tua tercinta Ayah Tercinta Beny Kause dan Ibunda Tercinta Betty Mariana Nope , sebagai tanda bakti kepada mereka.

Abstrak
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan CHMK
Jurusan Kebidanan, Tanggal 13-16 April 2016
Nama : Mirawati Kause / 132111086

ABSTRAK

Latar Belakang Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan. Kematian janin dapat didefinisikan sebagai kematian inuteri sebelum hasil konsepsi dikeluarkan. Berdasarkan data dari ruangan bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Yohannes Kupang, pada periode Januari s/d Desember 2015 jumlah kasus *Preeklampsia* 155 orang, dan ibu yang mengalami Preeklampsia Berat diruang bersalin 56 orang dari 155 kasus preeklampsia meninggal satu dan jumlah kasus *IUFD* 97 kasus.

Tujuan Dapat melaksanakan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney pada Ibu Intapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof Dr. W. Z. Yohannes Kupang tahun 2016.

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kualitatif, Populasi: Semua ibu bersalin yang dirawat di ruang bersalin, Sampel : Seorang ibu bersalin dengan *PEB* dan *IUFD* yang diambil menggunakan teknik Purposive Sampling.

Hasil dari pengkajian adalah Ny. S.P ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang, sudah keluar lender darah, nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu. Diagnosa yang ditegakkan adalah Ny. S.P dengan *PEB* dan *IUFD*. Masalah potensialnya Eklampsia. Implementasi yang digunakan adalah observasi KU dan TTV serta kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi MgSO₄ 40 %. Evaluasi setelah implementasi keadaan ibu membaik *PEB* teratasi dan terjadi gawat janin.

Simpulan Tidak terjadi komplikasi pada ibu, bayi dinyatakan meninggal. Saran pada ibu, setiap hamil harus memperhatikan kehamilannya sehingga tidak mengalami komplikasi pada saat persalinan dan pada saat hamil harus rajin memeriksakan kehamilannya dipuskesmas atau rumah sakit.

Kata Kunci: *Persalinan Normal, Preeklampsia Berat, IUFD*

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis Panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat Dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Dengan Preeklampsia Berat Dan IUFD Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 13 s/d 16 April 2016”**, dapat diselesaikan tepat waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madia Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini, penulis tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes selaku, pembimbing I dan Mili A. Jumetan, STr.Keb selaku, Pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi penulis hingga selesainya penyusunan Studi Kasus ini dan Penulis penulis juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Pembina Yayasan Citra Bina Insan mandiri Ir. Abraham Paul Liyanto yang telah memperkenankan penulis untuk menimba ilmu di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Ketua Stikes Citra Husada mandiri Kupang drg. Jeffrey Jap, M.Kes yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan Laporan Tugas Akhir.
3. Ketua Program Studi DIII kebidanan Ummu Zakiah, SST., M.Keb yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan Laporan Tugas Akhir.
4. Jeni Nurmawati, SST. M. Kes selaku penguji yang telah menguji penulis saat seminar Laporan Tugas Akhir.
5. Para dosen program studi D III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Ny S.P bersama suami dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Laporan Tugas Akhir.
7. Orang tua tercinta Ayah Tercinta Beny Kause, Ibunda tercinta Mariana Nope, saudara tercinta Randi, Rindi dan Revan, Om serta Tante dan sepupu tersayang

yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan moril selama penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

8. Teman dan sahabat terkasih Ira Piung, Putri Djami, Martini Nggili, Mike Dubu, Mersiana Meo, Nining Ndolu, Vin Roga, Anita Pitay, Resty Soinbala, Rizha Nenotek, Mey Muda, Yuni Nino, Yandri, Marsolla, Yawan Taheok, Gabby Timu, Jondry Puay, Roy Jelatan, Endro Selan, Umbu Mesang yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Teman – teman seperjuangan prodi kebidanan angkatan VI, kelas kebidanan B dan berbagai pihak yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis juga menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini dan semoga bermanfaat.

Kupang, 16 November 2016

Mirawati Kause

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Luar.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Biodata Penulis.....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.5. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
2.1. Konsep Dasar Preeklampsia.....	7
2.2. Konsep Dasar IUFD	20

2.3. Definisi Persalinan	29
2.4. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	81
BAB III METODE PENELITIAN	99
3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian	99
3.2. Kerangka Kerja (Frame Work)	100
3.3. Populasi, Sampel dan Sampling.....	101
3.4. Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	102
3.5. Etika Penelitian	105
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	107
4.1. Hasil Penelitian	107
4.2. Pembahasan.....	117
BAB V PENUTUP	122
5.1. Kesimpulan	122
5.2. Saran.....	123
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
Gambar 2.1. Lembar Depan Partograf		69
Gambar 2.2. Lembar Belakang Partograf		71
Gambar 3.1. Kerangka Kerja		100

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pengantar Penelitian
- Lampiran 2 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 3 Asuhan Kebidanan
- Lampiran 4 Partograf
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Kematian ibu dan perinatal merupakan tolak ukur kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara. Di antara negara ASEAN, Indonesia mempunyai angka kematian tertinggi 390/100.000 dan angka kematian perinatal 580/100.000 persalinan hidup. Angka kematian ibu bervariasi di berbagai daerah dengan rentangan 330-700/100.000. Angka kematian perinatal dengan cepat dapat dirasakan penurunannya tetapi angka kematian ibu belum banyak terjadi penurunan itu. Dari jumlah kematian ibu dan perinatal tersebut, sebagian besar terjadi di negara maju yang disebabkan oleh preeklampsia, eklampsia, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan, komplikasi tindakan operasi termasuk anestesia, persalinan “dukun” disertai keadaan sosial ekonomi dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong rendah. Dan penyebab utama kematian perinatal disebabkan kelainan kongenital, faktor infeksi, dan grandemultipara/jarak hamil pendek (Manuaba, 2004).

WHO menunjukkan jumlah kematian ibu sekitar 500.000 persalinan hidup, sedangkan jumlah kematian perinatal sekitar 10.000.00 orang. Sebagai negara dengan keadaan geografis yang beraneka dan luas, angka kematian ibu bervariasi antara 5.800/100.000 sedangkan angka kematian perinatal berkisar antara 25-750/100.000 persalinan hidup (Manuaba, 2004). Berdasarkan hasil survey demografi dan kesehatan NTT pada tahun 2015 angka kematian ibu di NTT sebanyak 306/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 57/1000

kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu diantaranya hampir 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Berdasarkan pengambilan data yang dilakukan di RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang pada ruang bersalin kebidanan menunjukkan bahwa dari periode Januari s/d Desember 2015 jumlah kasus Preeklampsia 155 orang, dan ibu yang mengalami Preeklampsia Berat di ruang bersalin 56 orang dari 155 kasus preeklampsia meninggal satu dan jumlah kasus IUFD 97 kasus.

Jumlah kejadian preeklampsia berat dan IUFD terjadi dimana volume plasma darah yang beredar menurun, sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal menurun, termasuk perfusi kejanin uteroplasenta dimana aliran darah ke plasenta menurun dan menyebabkan gangguan pada plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada preeklampsia dan eklampsia sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga terjadi partus premature (Bobak ddk, 2005).

Dalam menurunkan angka kematian AKI dan AKB, sebaiknya seorang ibu harus melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur yaitu pada trimester satu 1 kali, trimester dua 1 kali dan trimester tiga 2 kali, agar biasa mencegah komplikasi-komplikasi yang terjadi, salah satunya preeklampsia berat. Sebagai petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan, diet rendah garam, lemak serta karbohidrat, diet tinggi protein. Peningkatan gejala dan tanda preeklampsia berat memberi petunjuk akan

terjadi eklamsi, yang mempunyai prognosis buruk dengan angka kematian maternal dan neonatal yang tinggi (Yulaikah 2008).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik ingin untuk meneliti asuhan kebidanan pada Intapartal dengan PEB dan IUFD diruang Bersalin RSUD Prof. DR. W. Z Yohanes Kupang.

1.2.Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen Kebidanan pada Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016

1.3.Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada Ibu Intapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016.

1.3.2. Tujuan Khusus

Dengan penelitian ini penulis mampu :

- a. Melaksanakan pengkajian data pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016
- b. Menentukan analisa masalah dan diagnosa pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016
- c. Menentukan antisipasi masalah potensial pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016

- d. Menentukan tindakan segera pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016
- e. Menyusun rencana tindakan asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016
- g. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2016

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Secara Teori

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk mengetahui Asuhan Kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD.

1.4.2. Secara Praktis

a. Bagi lahan praktik

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD

b. Bagi Institusi pendidikan

Dapat dijadikan bahan referensi perpustakaan Sekolah Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dalam mata kuliah pathologi kebidanan

c. Bagi responden

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan

keترampilan dalam Asuhan Kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD.

d. Bagi peneliti

Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman secara langsung sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama di akademik, serta menambah wawasan dalam penerapan proses manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Intrapartal dengan PEB dan IUFD.

1.5.Sistematika Penulisan

BAB I : Pendahuluan berisi tentang

- 1) Latar Belakang
- 2) Rumusan masalah
- 3) Tujuan penulisan
- 4) Manfaat penulisan
- 5) Sistematika penulisan

BAB II : Tinjauan teori berisi tentang

- 1) Konsep dasar kehamilan
- 2) Konsep dasar anemia dalam kehamilan
- 3) Konsep dasar anajemen kebidanan

BAB III : Masalah penelitian berisi tentang :

- 1) Jenis penelitian dan rancangan penelitian
- 2) Kerangka kerja
- 3) Pengumpulan data dan analisa data

4) Etika penelitian

BAB IV : Hasil penelitian dan pembahasan berisi uraian tentang :

- 1) Pengkajian
- 2) Analisa masalah dan diagnosa
- 3) Antisipasi masalah potensial
- 4) Tindakan segera
- 5) Perencanaan
- 6) Pelaksanaan
- 7) Evaluasi

BAB V : Penutup berisi tentang :

- 1) Kesimpulan
- 2) Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Preeklampsia

2.1.1. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya misalnya pada mola hidatidosa (Prawirohardjo, 2008).

Preeklamsi berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan (Nugroho, 2011).

Preeklampsia adalah berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema atau keduanya yang disebabkan oleh kehamilan atau dipengaruhi oleh kehamilan yang sekarang. Biasanya keadaan ini timbul setelah umur kehamilan 20 minggu tetapi dapat pula berkembang sebelum saat tersebut pada penyakit trofoblasitk. Preeklampsia merupakan gangguan yang terutama terjadi pada primigravida (Kapita Selekt Kedokteran, 1994).

2.1.2. Etiologi

Etiologi penyakit ini sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Teori yang dewasa ini banyak yang dikemukakan sebagai sebab preeklampsia adalah iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak ada diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu. Rupanya tidak hanya satu faktor, melainkan banyak faktor yang menyebabkan preeklampsia. Diantara

faktor-faktor ditemukan mana yang sebab dan mana yang akibat (Wiknjosastro, 2006).

2.1.3. Patofisiologi Pre-eklampsia

Patofisiologi pre-eklampsia setidaknya berkaitan dengan perubahan fisiologis kehamilan. Adaptasi fisiologi normal pada kehamilan meliputi peningkatan volume plasma darah, vasodilatasi, penurunan resistensi vascular sistemik (systemic vascular resistance (SVR), peningkatan curah jantung, dan penurunan tekanan osmotik koloid. Pada pre-eklampsia, volume plasma yang beredar menurun, sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal menurun, termasuk perfusi ke unit janin-uteroplasenta. Vasopasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah, sehingga kapasitas oksigen maternal menurun (Bobak dkk, 2005).

Vasopasme merupakan sebagian mekanisme dasar tanda dan gejala yang menyertai pre-eklampsia. Vasopasme merupakan akibat peningkatan sensitivitas terhadap tekanan peredaran darah, seperti angiotensin II dan kemungkinan suatu ketidakseimbangan antara prostasiklin prostaglandin dan tromboksan. Easterling dan Benedetti (1989) menyatakan bahwa pre-eklampsia ialah suatu keadaan hiperdinamik di mana temuan khas hipertensi dan proteinuria merupakan akibat hiperfungsi ginjal. Untuk mengendalikan sejumlah besar darah yang berperfusi di ginjal, timbul reaksi vasopasme ginjal sebagai suatu mekanisme protektif, tetapi hal ini akhirnya

mengakibatkan proteinuria dan hipertensi yang khas untuk pre-eklampsia (Bobak dkk, 2005).

Perubahan pada organ:

a. Perubahan kardiovaskuler

Gangguan fungsi kardiovaskuler yang parah sering terjadi pada pre-eklampsia dan eklampsia. Berbagai gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan atau yang secara iatrogenic ditingkatkan oleh larutan onkotik/kristaloid intravena dan aktivasi endotel disertai ekstrasvasi kedalam ekstrasvaskuler terutama paru (Cunningham, 2003).

b. Metabolisme air dan elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyerupai pre-eklampsia dan eklampsia tidak diketahui penyebabnya. Jumlah air dan natrium dalam tubuh lebih banyak pada penderita pre-eklampsia dan eklampsia dari pada wanita hamil biasa atau penderita dengan hipertensi kronik. Penderita pre-eklampsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun, sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah. Elektrolit, kristaloid, dan protein tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada pre-eklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal (Prawirohardjo, 2006).

c. Otak

Pada penyakit yang belum berlanjut hanya ditemukan edema dan anemia pada korteks serebri, pada keadaan yang berlanjut dapat ditemukan perdarahan (Prawirohardjo, 2006)

d. Mata

Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi ablasio retina yang disebabkan oleh edema intraokuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala lain yang menunjukkan pada pre-elampsia adalah adanya skotoma, diploia dan ambliopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan dikorteks serebri atau didalam retina (Rustam, 1998).

e. Paru-paru

Kematian ibu pada pre-eklampsia dan eklampsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Bisa juga karena aspirasi pneumonia atau abses paru (Rustam, 1998).

f. Ginjal

Pada ginjal, hipertensi menyebabkan vasopasme arteriol aferen yang menurunkan aliran darah ginjal, menimbulkan hipoksia dan edema sel endothelial kapiler glomerulus. Glomeruloendoteliosis (kerusakan endotel glomerulus) memungkinkan protein plasma, terutama dalam albumin, tersaring masuk ke dalam urine, menyebabkan terjadinya proteinuria. Kerusakan ginjal diperlihatkan dengan penurunan bersihan kreatinin dan peningkatan serum kreatinin serta kadar asam urat. Oliguria

terjadi jika kondisi tersebut memburuk yang merupakan tanda-tanda adanya pre-eklampsia berat dan kerusakan ginjal (Fraser, 2009).

g. Uterus

Aliran darah ke plasenta menurun dan menyebabkan gangguan pada plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada pre-eklampsia dan eklampsia sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga terjadi partus premature.

2.1.4. Klasifikasi Preeklampsia

Preeklampsia digolongkan ke dalam pre-eklampsia ringan dan pre-eklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

a. Pre-eklampsia ringan

1. Tekanan darah sistolik 150 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
2. Tekanan darah sistolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
3. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
4. Proteinuria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan

b. Pre-eklampsia berat

Bila salah satu diantara gejala atau tanda diketemukan pada ibu hamil sudah dapat digolongkan pre-eklampsia berat:

1. Tekanan darah 160/110 mmHg

2. Oligouria, urin kurang dari 400 cc/24 jam
3. Proteinuria lebih dari 3 gr/liter
4. Keluhan subyektif
 - a) Nyeri epigastrium
 - b) Gangguan penglihatan
 - c) Nyeri kepala
 - d) Edema paru dan sianosis
 - e) Gangguan kesadaran
5. Pemeriksaan
 - a) Kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
 - b) Perdarahan pada retina
 - c) Trombosit kurang dari 100.000/mm

Peningkatan gejala dan tanda pre-eklampsia berat memberikan petunjuk akan terjadi eklampsia, yang mempunyai prognosis buruk dengan angka kematian maternal dan janin tinggi (Manuaba, 1998).

2.1.5. Tanda dan Gejala

1. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg
2. Tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg
3. Peningkatan kadar enzim hati atau ikterus
4. Trombosit $\leq 100.000/\text{mm}^3$
5. Oliguria $< 400\text{ml}/24$ jam
6. Proteinuria > 3 g/liter
7. Nyeri epigastrium

8. Skotoma dan gangguan visus lain atau nyeri frontal yang berat
9. Perdarahan retina
10. Edema pulmonum
11. Koma (Prawirohardjo, 2006).

2.1.6. Komplikasi Pre-eklampsia dan Eklamsi

- a. Solusio plasenta
- b. Perdarahan otak
- c. HELLP sindroma
 - 1) Hemolisis
 - 2) Elevated liver enzymes
 - 3) Low platelet (Manuaba, 2004)

2.1.7. Hasil Pemeriksaan

Tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg atau peningkatan tekanan sistolik sebesar 30 mmHg di atas nilai baseline dan tekanan diastolic sebesar 15 mmHg di atas nilai baseline yang diperoleh dalam dua kali pengukuran dengan interval waktu sedikitnya 4 hingga 6 jam. Peningkatan edema yang menyeluruh dengan disertai kenaikan berat badan yang mendadak lebih dari 2,3 kg per minggu. Biasanya hasil temuan ini timbul pada kehamilan antara minggu ke-20 dan ke-24 dan menghilang dalam waktu 42 setelah melahirkan. Diagnose akhir biasanya disimpulkan sesudah tekanan darah kembali normal pasca melahirkan jika tekanan darahnya tetap tinggi, maka penyebabnya adalah hipertensi kronis yang bias terjadi sehabis atau ditambah dengan hipertensi gestasional.

Tanda dan gejala tambahan pada preeklampsia yang berat meliputi peningkatan kadar blood urea nitrogen, kreatinin serta asam urat, sakit kepala pada bagian frontal kepala, penglihatan yang kabur, hiper-refleksi, nausea, vomitus, iritabilitas, gangguan serebral dan nyeri epigastrium.

2.1.8. Penatalaksanaan

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklampsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi:

1. Perawatan aktif

Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medisinal. Ibu.

2. Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medicinal.

a. Perawatan aktif

- 1) Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assessment (NST & USG)
- 2) Indikasi
 - a) Ibu
 - 1) Usia kehamilan 37 minggu atau lebih
 - 2) Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklampsia
 - 3) Kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan medikamentosa terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medikamentosa tidak ada perbaikan

b) Janin

- 1) Hasil fetal assessment jelak (NST &USG)
- 2) Adanya tanda IUGR

c) Laboratorium

Adanya “HELLP Syndrome “(hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia)

1) Pengobatan medikamentosa yaitu:

- a) Segera masuk rumah sakit
- b) Tirah baring, miring ke satu sisi (sebaiknya kiri), Tanda vital diperiksa setiap 30 menit, reflex patella setiap jam
- c) Infuse dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infuse RL (60-125cc/jam) 500 cc
- d) Antasida
- e) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- f) Pemberian obat anti kejang : Diazepam 20 mg IV dilanjutkan dengan 40 mg dalam dekstrose 10% selama 4-6 jam atau MgSO₄ 40% 5 gram IV pelan-pelan dilanjutkan 5 gram dalam RL 500 cc untuk 6 jam.
- g) Diuretik tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau edema anasarka. Diberikan furosemid injeksi 40 mg/IV
- h) Antihipertensi diberikan bila : Tekanan darah sistolik “180 mmHg, diastolik “110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Dapat diberikan

catapres $\frac{1}{2}$ - 1 ampul IM dapat diulang tiap 4 jam, atau alfametildopa 3x250 mg dan nifedipin sublingual 5-10 mg.

- i) Kardiotonika, indikasi bila ada tanda-tanda payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid.
- j) Lain-lain:
 - 1) Konsul bagian penyakit dalam/jantung, mata
 - 2) Obat-obat antipeuretik diberikan atas indikasi, diberikan ampisilin 1 gr/6 jam/IV/ hari
 - 3) Anti nyeri bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi uterus, dapat diberikan petidin HCl 50-75 mg sekali saja, selambat-lambatnya 2 jam sebelum janin lahir (Nugroho, 2011).

Cara Pemberian Magnesium Sulfat Pada Pre-eklampsia dan Eklamsi

- 1) Dosis awal: 4 gram MgSO₄ IV (20% dalam 20 cc) selama 5 menit. Segeradilanjutkan dengan pemberian 10 gram larutan MgSO₄ 40%, masing-masing 5 gram bokong kanan dan 5 gram bokong kiri, ditambah 1 ml lognokain 2 % pada semprit yang sama. Pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO₄, dapat juga diberikan secara peridip untuk 4-6 jam
- 2) Dosis pemeliharaan: 1-2 gram perjam perinfus. Lanjutkan MgSO₄ sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang terakhir.

3) Syarat-syarat pemberian MgSO₄:

- a) Harus tersedia antidotum MgSO₄, bila terjadi intoksikasi yaitu calcium gluconas 10%=1 gram (10% dalam 10 cc) diberikan intravenous dalam 3 menit
- b) Reflex patella positif kuat
- c) Frekuensi pernapasan lebih 16 kali per menit
- d) Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/kgBB/jam)

4) MgSO₄ dihentikan bila:

- a) Ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleksi fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot-otot pernapasan karena ada serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter. Refleksi fisiologis menghilang pada kadar 8-10 mEq/liter. Kadar 12-15 mEq terjadi kelumpuhan otot-otot pernapasan dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung.
- b) Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat
 - 1) Hentikan pemberian magnesium sulfat
 - 2) Berikan calcium gluconase 10% 1 gram (10% dalam 10 cc) secara IV dalam waktu 3 menit.
 - 3) Berikan oksigen
 - 4) Lakukan pernapasan buatan

- c) Magnesium sulfat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (Nugroho, 2011).

2) Pengobatan Obstetrik

A. Cara terminasi kehamilan yang belum inpartu

- 1) Induksi persalinan: tetesan oksitosin dengan syarat nilai bishop 5 atau lebih dengan fetal heart monitoring
- 2) Seksio sesaria bila
 - a) Fetal assessment jelek
 - b) Syarat tetesan oksitosin tidak dipenuhi (nilai bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin
 - c) 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif.
 - d) Pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan seksio saesaria (Nugroho, 2011).

B. Cara terminasi kehamilan yang sudah inpartu

Kala I

- a) Fase Laten: 6 jam belum masuk fase aktif maka dilakukan seksio saesaria
- b) Fase Aktif: Amniotomi saja bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan seksio saesaria bila perlu dilakukan tetesan oksitosin (Nugroho, 2011).

Kala II

Pada persalinan pervaginam, maka kala II diselesaikan dengan partus buatan. Amniotomi dan tetesan oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 3 menit setelah pemberian terapi medikamentosa. Pada kehamilan 32 minggu atau kurang; bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 kali 24 jam untuk memberikan kortikosteroid (Nugroho, 2011).

b. Perawatan Konservatif

- a) **Indikasi:** bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik.
- b) **Terapi medikamentosa:** sama dengan terapi medikamentosa pada **pengelolaan** aktif. Hanya loading dose MgSO₄ tidak diberikan intravenous, cukup intramuskuler saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.
- c) **Pengobatan Obstetri:**
 - 1) Selama perawatan konservatif: observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi
 - 2) MgSO₄ dihentikan bila sudah mempunyai tanda-tanda pre-eklampsia ringan, selambat-lambatnya dalam 24 jam.
 - 3) Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap terapi medikamentosa gagal dan harus terminasi.
 - 4) Bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO₄ 20% 2 gram intravenous (Nugroho, 2011).

d) Penderita dipulangkan bila:

- 1) Penderita kembali ke gejala-gejala/ tanda-tanda pre-eklampsia ringan dan telah dirawat 3 hari.
- 2) Bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan pre-eklampsia ringan : penderita dapat dipulangkan dan dirawat sebagai pre-eklampsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu) (Nugroho, 2011).

2.2. Konsep Dasar IUFD

2.2.1. Pengertian IUFD

IUFD merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, kegawatan janin, atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga diketahui janin telah meninggal (saifuddin, 2002). Kematian janin juga dapat didefinisikan sebagai kematian inuteri sebelum hasil konsepsi dikeluarkan (Bobak, 2005).

Kematian janin dalam kandungan (IUFD) adalah kematian yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu, yang mana janin sudah mencapai ukuran 500 gram atau lebih (Nasdaldy, 2001). Sementara menurut Wiknjosastro (2005) dikatakan bahwa kematian janin adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan.

2.2.2. Etiologi

Beberapa kondisi di bawah ini dapat menyebabkan terjadi kondisi IUFD, antara lain perdarahan karena plasenta previa dan solusio plasenta,

Pre-eklampsia dan eklampsia, penyakit infeksi dan penyakit menular, penyakit saluran kencing seperti bakteriuria, pielonefritis, glomerulonefritis dan gagal ginjal, penyakit endokrin seperti diabetes mellitus, hipertiroid, malnutrisi, dan sebagainya (Mochtar, 2001).

Menurut Nasdaldy (2001), penyebab yang juga bias mengakibatkan terjadinya kematian janin adalah ketidaksesuaian rhesus darah ibu dan janin, ketidakcocokan golongan darah antara ibu dan janin, gerakan janin dalam rahim yang sangat berlebihan terlebih satu arah saja sehingga tali pusat terprlntir, berbagai penyakit pada ibu hamil (seperti diabetes mellitus, Pre-eklampsia), kelainan kromosom, trauma saat hamil, infeksi pada ibu hamil, dan kelainan bawaan pada bayi (Nasdaldy 2001).

Menurut Kliman (2000), penyebab kematian janin pada trimester pertama antara lain kelainan kromosom dan frekuensi kelainan kromosom, pada trimester kedua dan ketiga kematian janin dapat disebabkan oleh infeksi, diabetes mellitus, berat badan selama hamil (nutrisi), komplikasi melalui tali pusat, kelainan plasenta, dan penyebab yang tidak diketahui dengan jelas (Kliman, 2000). Sementara menurut Pillitteri (2003) dikatakan kematian janin dapat disebabkan antara lain oleh ketidaknormalan kromosom, kelainan congenital, infeksi seperti hepatitis B, penyebab imunologi dan komplikasi dari penyakit ibu.

2.2.3. Diagnosis

Kematian janin dalam kandungan dapat diidentifikasi melalui beberapa hal antara lain berdasarkan anamnesis, inspeksi, palpasi, auskultasi,

reaksi kehamilan, pemeriksaan diagnostic rontgen foto abdomen dan USG. Melalui anamnesa akan didapatkan data ibu tidak merasakan gerakan janin dalam beberapa hari atau gerakan janin sangat berkurang, ibu merasakan perutnya tidak bertambah besar, tetapi bertambah kecil atau ibu belakangan merasa perutnya sering menjadi keras dan sakit seperti kan melahirkan (Mochtar, 2001).

Berdasarkan hasil pemeriksaan melalui inspeksi, diperoleh hasil tidak terlihat adanya gerakan-gerakan janin yang biasanya dapat terlihat terutama pada ibu yang kurus. Melalui palpasi akan diperoleh kondisi tinggi fundus uteri lebih rendah dari usia kehamilannya, tidak teraba gerakan-gerakan janin, dengan palpasi yang teliti akan dirasakan adanya krepitasi pada tulang kepala janin. Auskultasi yang dilakukan pada ibu dengan IUFD akan diperoleh data bunyi jantung janin tidak terdengar dengan fetoskopi dan dipastikan dengan dopler. Sementara pada reaksi hormone HCG akan diperoleh reaksi tersebut baru negative setelah beberapa minggu janin mati dalam kandungan (Mochtar, 2001; Saifuddin, 2002).

Pemeriksaan diagnostik dengan rontgen foto abdomen bias diperoleh gambaran adanya akumulasi gas dalam jantung dan pembuluh darah besar janin, tanda nojok, yaitu adanya hiperfleksi pada tulang belakang bayi, tanda Gerhard (adanya hiperekstensi kepala tulang leher janin), tanda spalding (overlapping tulang-tulang kepala/sutura janin), disintegrasi tulang janin bila ibu berdiri tegak serta kepala janin kelihatan seperti kantong berisi benda

padat. Hasil pemeriksaan dari ultrasonografi (USG) akan didapatkan dan tidak terlihat denyut jantung janin dan gerakan-gerakan (Mochtar, 2001).

2.2.4. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu yang mengalami IUFD adalah ibu bisa mengalami trauma emosional yang berat bila waktu antara kematian janin dan persalinan cukup lama. Selain itu bila ketuban pecah, akan berisiko terjadi infeksi dan kemungkinan juga akan terjadi koagulopati pada ibu bila kematian janin berangsur 3-4 minggu (Saifuddin, 2002).

2.2.5. Patofisiologi Pengaruh Kematian Janin Terhadap Ibu

Kelainan pembekuan darah yang disebabkan karena defisiensi fibrinogen dapat dijumpai pada ibu yang salah satunya karena kematian hasil konsepsi yang tertahan lama dalam uterus. Dalam kehamilan kadar berbagai factor pembekuan meningkat, termasuk kadar fibrinogen. Kadar fibrinogen normal pada wanita rata-rata 300 mg % (berkisar antara 200-400 mg %), dan pada wanita hamil menjadi 450 mg % (berkisar antara 300-600 mg%). Hipofibrinogenemia atau fibrinogemia merupakan turunnya kadar fibrinogen dalam darah sampai melampaui batas tertentu, yaitu 100 mg% dan lazim disebut ambang bahaya (critical level) Winjosastro (2005).

Desidua atau plasenta dan janin yang meninggal lambat laun mengalami kerusakan dan menghasilkan zat yang mempunyai khasiat tromboplastik (tromboplastik jaringan) yang masuk ke dalam peredaran darah ibu. Sebagai akibatnya, berlangsung pembekuan didalam pembuluh darah sehingga terjadi defibrinasi. Gejala klinisnya akan terjadi purpura atau

perdarahan dibawah kulit. Oleh kaerna prosesnya berlangsung lambat dan janin biasanya lahir sebelum terjadi gangguan pembekuan, induksi persalinan tidak perlu tergesa-gesa dilakukan. Namun, kadar fibrinogen harus diperiksa 2 minggu setelah janin meninggal dan seterusnya 2 minggu (Wiknjosastro, 2005).

Janin yang mati dalam kandungan biasanya lahir dalam minggu, bila tidak hal ini akan menyebabkan hipofibrinogenemia. Pada kematian janin gangguan pembekuan darah berlangsung sangat lambat, biasanya setelah janin mati 5 minggu atau lebih (Wiknjosstro, 2005). Menurut Pritchard (1991) kemungkinan gangguan pembekuan darah ini kira-kira 23 %.

Apabila kadar fibrinogen turun sampai 120 mg % atau kurang, atau bila timbul purpura, pengobatan harus segera diberikan dan disusul dengan usaha untuk mengakhiri kehamilan. Hal ini dilakukan untuk mencegah perdarahan postpartum yang berbahaya bagi ibu. Namun akhir-akhir ini, karena pertimbangan psikologis ibu dan bahaya gangguan pembekuan, ada kecenderungan untuk mengakhiri kehamilan lebih dini, yaitu maksimal 2 minggu setelah kematian janin, tanpa menunggu sampai terjadi ganggun pembekuan darah (Wiknjosastro, 2005). Bila terjadi hipofibrinogenemia, bahayanya adalah dapat terjadi perdarahan postpartum. Hal ini dapat ditangani dengan pemberian trnsfusi atau peberian fibrinogen (Mochtar, 2001).

2.2.6. Penatalaksanaan Medis

Ibu yang mengalami kasus IUFD akan dilakukan beberapa hal yang direncanakan dalam kerangka membantu mengatasi masalah kesehatan yang terjadi. Dibawah ini merupakan penanganan ibu dengan IUFD (Mochtar, 2001)

1. Mengambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan, golongan darah ABO dan rhesus.
2. Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan, hasil serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada ibu dan keluarganya. Bila belum ada kepastian penyebab kematian janin, hindari memberikan informasi yang tidak tepat
3. Yakinkan pada ibu bahwa kemungkinan besar akan dapat lahir pervaginam
4. Rencanakan persalinan pervaginam baik dengan cara induksi maupun ekspektatif, sampaikan rencana tersebut pada ibu dan keluarganya sebelum mengambil keputusan
5. Bila pilihan ditetapkan dengan ekspektatif, tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90 % persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi
6. Bila pilihan adalah manajemen aktif, lakukan induksi persalinan dengan menggunakan oksitosin dan misoprostol. Tindakan section caesarea hamper tidak pernah dilakukan, jika janin letak lintang alternatifnya antara lain embriotomi dengan dejapitasi.
7. Pemeriksaan patologi plasenta akan mengungkapkan adanya patologi plasenta dan infeksi

8. Bila terjadi hipofibrinogenemia, bahayanya adalah dapat terjadi perdarahan postpartum. Hal ini dapat ditangani dengan pemberian transfusi atau pemberian fibrinogen.

Pada kehamilan pengobatan diberikan dengan heparin intravena atau per infus untuk mengurangi/mencegah pembekuan intravaskuler, selanjutnya diberikan fibrinogen, biasanya dengan dosis 4 gram sudah mencukupi. Dalam persalinan atau setelah bayi lahir fibrinogen diberikan dalam dosis yang lebih tinggi (4-6 gram) karena proses pembekuan intravaskuler masih berlangsung (Wiknjosastro, 2005).

Kematian janin adalah suatu kejadian traumatic psikologik bagi wanita dan keluarganya. Redestat mendapatkan bahwa interval yang lebih dari 24 jam sejak diagnosis kematian janin sampai induksi persalinan berkaitan dengan ansietas berlebihan. Factor lain yang berperan adalah apabila wanita yang bersangkutan tidak melihat bayinya yang diinginkan dan apabila tidak memiliki barang kenangan dapat timbul kecemasan pada ibu sampai gejala depresi dan gejala somatisasi yang dapat bertahan sampai lebih dari 6 bulan. Seorang wanita yang pernah melahirkan bayi meninggal, telah lama dianggap memiliki resiko yang lebih besar mengalami gangguan hasil kehamilan pada kehamilan berikutnya (Shaemi, 2007).

Beberapa penelitian menyebutkan kisaran angka kekembuhan lahir mati antara 0 sampai 8 persen. Kematian janin sebelumnya walaupun tidak semua lahir mati menyebabkan gangguan hasil pada kehamilan berikutnya. Evaluasi prenatal penting dilakukan untuk memastikan penyebab. Apabila

penyebab lahir mati terdahulu adalah kelainan karyotipe atau kausa poligenik, pengambilan sampel villus khorionik atau amniosintesis dapat mempermudah deteksi dini dan memungkinkan dipertimbagkannya terminasi kehamilan (Suhaemi, 2007).

Pada diabetes, cukup banyak kematian perinatal yang berkaitan dengan kelainan congenital. Pengendalian glikemik intensif pada periode perikonsepsi dilaporkan menurunkan insiden malformasi dan secara umum memperbaiki hasil (Suhaemi, 2007).

2.2.7. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Melakukan pemeriksaan dan observasi terhadap tanda-tanda vital, keadaan umum, pemeriksaan fisik dan status obstetric ibu.
2. Jelaskan seluruh rencana tindakan yang akan dilakukan berkaitan dengan rencana tindakan keperawatan yang bersifat dependen, independen maupun interpenden.
3. Berikan dukungan mental emosional kepada ibu, anjurkan ibu untuk selalu didampingi oleh orang terdekatnya.
4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pelaksanaan persalinan pervaginam, baik dengan cara induksi maupun ekspektatif.
5. Lakukan peran sebagai advocate dalam mengambil keputusan dalam proses persalinan.
6. Bila persalinan secara pervaginam dipilih dengan manajemen aktif (menggunakan induksi) maupun ekspektatif, observasi kondisi kemajuan persalinan

7. Damping dan beri motivasi pada ibu selama proses persalinan berlangsung, libatkan keluarga bila memungkinkan.
8. Setelah ibu melahirkan, observasi kondisi fisik ibu postpartum meliputi keadaan tanda- tanda vital, jumlah perdarahan, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan kemungkinan adanya komplikasi postpartum. Laporkan bila ada tanda-tanda perburukan dari kondisi postpartum ibu.
9. Observasi kondisi psikososial ibu terhadap respon kehilangan dan berduka.
10. Berikan kesempatan pada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai ritual bagi kematian janin.
11. Berikan pendampingan oleh ahli spiritual/rohaniawan untuk mendukung adaptasi ibu terhadap respon berduka dan kehilangan bila diinginkan (Pillitery, 2003).

2.3. Definisi Persalinan

WHO mendefinisikan persalinan normal sebagai persalinan beresiko rendah dengan awitan yang spontan, janin berada ada pada presentasi vertex, dan puncaknya, kondisi ibu dan bayi setelah kelahiran cukup baik. Persalinan normal terjadi antara usia gestasi 37 dan 42 minggu. Apabila ibu memperoleh dukungan yang baik selama melahirkan, mereka cenderung menjalani lebih sedikit intervensi dan merasa lebih puas terhadap asuhan yang mereka terima serta hasil akhir kelahiran (Fraser & Cooper, 2012).

Persalinan ialah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Sastrawinata 1983).

2.3.1. Klasifikasi Persalinan

Menurut Marmi (2012: 3) Jenis – jenis Persalinan adalah :

1. Persalinan Spontan

Persalinan dikatakan spontan jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2005). Sedangkan menurut Manuaba (1998), persalinan spontan terjadi bila seluruh prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri. Persalinan normal disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2. Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2005). Dan menurut Manuaba (1998), persalinan buatan adalah bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Manuaba, 1998).

Jenis-jenis Persalinan Menurut Lama Kehamilan Dan Berat Janin :

1. Abortus

- a. Eastman: terputusnya kehamilan, fetus belum sanggup hidup di luar uterus, berat janin 400-1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu;
- b. Jeffcoat: pengeluaran hasil konsepsi kurang dari umur kehamilan 28 minggu, fetus belum viable by law, dan
- c. Holmer: terputusnya kehamilan kurang dari umur kehamilan 16 minggu, proses plasentasi belum selesai.
- d. Obstetri (Muchtar R, 1983): Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500gr.

Kesimpulannya:

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

2. Persalinan Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gr.

3. Persalinan Prematuritas

- a. Persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu
- b. Berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

4. Persalinan Aterm

- a. Persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu.
- b. Berat janin di atas 2500 gram.

5. Persalinan Serotinus atau Postmaturus atau Post Date

- a. Manuaba (1998): kehamilan yang melebihi waktu 42 jam sebelum terjadinya persalinan.
- b. Rustam M (1998): Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu dihitung berdasarkan rumus neagle dengan siklus haid rata-rata 28 hari.
- c. Sarwono (1995) : kehamilan serotinus adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap.
- d. Cunningham (1995) : kehamilan postterm merupakan kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih sejak awal periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu kemudian. Meskipun kehamilan postterm ini mungkin mencakup 10 persen dari seluruh kehamilan, sebagian diantaranya mungkin tidak benar-benar postterm, tetapi lebih disebabkan oleh kekeliruan dalam memperkirakan usia gestasional.

Kesimpulan : Persalinan Postterm (Serotinus) adalah persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

6. Persalinan Presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

2.3.2. Sebab-sebab mulainya Persalinan

Menurut Asrinah (2010), Sebab yang mendasari terjadinya partus secara teoritis masih merupakan kumpulan teoritis yang kompleks teori yang turut memberikan andil dalam proses terjadinya persalinan antara lain; Teori hormonal, Prostaglandin, Struktur uterus, Sirkulasi uterus, pengaruh Saraf dan Nutrisi hal inilah yang diduga memberikan pengaruh sehingga partus dimulai.

1. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.

2. Teori penurunan progesterone

Progesterone menurun menjadikan otot rahim sensitive sehingga menimbulkan his atau kontraksi.

3. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his.

4. Teori pengaruh prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5. Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone turun hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.

6. Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

7. Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan

2.3.3. Tanda dan Gejala Inpartu

Menurut Asrinah (2010) Tanda dan gejala inpartu adalah :

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- a. Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan.
- b. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- c. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- d. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

2) *Bloody show* (pengeluaran lender disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lender yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

3) *Pengeluaran cairan*

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

2.3.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Asri dewi (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

A. Power (tenaga yang mendorong anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

I. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks;

b. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan urin.

c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

II. Tenaga mengejan

a. Kontraksi otot-otot dinding perut

b. Kepala didasar panggul merangsang mengejan

c. Paling efektif saat kontraksi/his

B. Passage (panggul)

I. Bagian bagian tulang panggul

Tulang Panggul terdiri dari empat buah tulang, yaitu: dua os coxae, satu os sacrum, satu os coccygis.

a. Dua os coxae

1. *Os illium*

Titik penting:

- a) Spina iliaca anterior superior: tempat perlekatan ligamentum inguinale.
- b) Spina iliaca posterior superior: setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior kespina illiaca posterior superior.

2. *Os ischium*

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior.

- a) *Corpus* membentuk acetabulum
- b) Ramus superior terletak di belakang dan bawah korpus
- c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior pubis
- d) Spina isciadika memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura isciadika minor
- e) Tuber isciadikum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia.

3. *Os pubis*

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai medial yang kasar. Bagian ini menjadi bagian yang satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus levator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus.
- c) Tuberculum pubis adalah ujung lateral crista pubica.
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea iliopectinae. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischii

4. *Os sacrum*

- a) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah.
- b) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu
- c) Di antara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulation sacroiliaca.
- d) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung

- f) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol ke dalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.

5. Os *cosygis*

Pelvis mayor di sebelah atas pelvis minor, superiordari linea terminalis. Fungsi obstetrinya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

- a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
- b) Permukaan atas vertebra coccygis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke-5, sehingga membentuk artikulasi coccygis. Dari atas kebawah pada coccygis melekat otot m.coccygis, m.levator ani dan m.spinter ani eksternus.
- c) Tulang-tulang tersebut (os coxae,os sacrum,os cocyges) bersendi pada empat buah artikulasio.
- d) Artikulasio sacroiliaka: sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os ilium. Simpisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygys menghubungkan os sacrum dengan os coccygis.

b. Bidang panggul

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

a. Pintu Atas Panggul

- 1) Diameter transversa (13,5 cm)
- 2) Konjugata obstetrica normal >10 cm
- 3) Konjugata anatomica
- 4) Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis), 11,5 cm
- 5) Konjugata obstetrica
- 6) Jarak antara pertengahan promontorium dengan margo superior posterior superior symphysis pubis 11 cm.
- 7) Konjugata diagonalis
- 8) Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium, 12,5 cm.
- 9) Diameter transversa
- 10) Jarak terbesar antara linea ilipectinae kanan dan kiri 13,5cm.
- 11) Diameter oblik dekstra
- 12) Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia ileo petinea sinistra, 12,5 cm
- 13) Diameter sagitalis posterior
Jarak antara persilangan diameter anterior posterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5cm.

b. Bidang Luas Panggul

- 1) Diameter interspinosum (10 cm)
- 2) Bidang terkecil dari kavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

Batasannya adalah:

- a) Anterior: titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral: sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.
- c) Posterior: hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga.

Diameter yang penting

a. Diameter antero posterior

Jarak anatar titik tengah permukaan belakang os pubis
12,75 cm

b. Diameter transversa

Jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut
12,5 cm. Bidang terkecil dari cavum pelvis. Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan. Terbantang dari apek arkus subpubis, melalui spina isciadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5).

- a) Batas-batas: tepi bawah simpisis pubis; spina ischiadica; lig sacrospinosum; os sacrum.

b) Diameter penting

- (1) Diameter anteroposterior (tepi bawah simpisis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5).
12,5 cm.
- (2) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri 10,5 cm.
- (3) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm.

c. Pintu Bawah Panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distansia inetrspinosum.

- 1) Batas segitiga depan: basisnya: distansia intertuberosum;
apexnya: angulus subpubicus; sisinya: ramus osis pubis dan tuber ischiadicum
- 2) Batas segitiga belakang; basisnya: distansia interspinosum;
Apexnya: articulato sacrococygealis; sisinya: ligamentum sacrotuberosum

Diameter Pintu Bawah Panggul

- 1) Diameter antero posterior anatomis
Dari margo inferior sympisis pubis ke ujung os coccygis, 9,5
cm

2) Diameter antero posterior obstetric. Dari margo inferior symphysis pubis ke articulatio sacrococcygealis 9 cm.

3) Diameter transversa.

Jarak antara permukaan dalam tuber ischiadicum kanan-kiri 11 cm.

4) Diameter sagitalis posterior.

Dari pertengahan diameter transversa ke artikulatio sacrococcygealis 9 cm.

5) Diameter sagitalis.

Dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm.

d. Bidang Sempit Panggul

1) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan.

2) Terbantang dari apek arcus subpubicus, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5)

3) Batas-batas:

a) Tepi bawah symphysis pubis

b) Spina ischiadica

c) Ligamentum sacrospinosum

d) Os sacrum

4) Diameter penting

- a) Diameter antero posterior (tepi bawah symphysis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5). 12,5 cm.
- b) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri. 10,5 cm.
- c) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm

C. Passenger (fetus)

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

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passenger 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*, dll.
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.

Bentuk-bentuk oval janin

- a) Bentuk oval kepala diameter antero posterior lebih panjang
- b) Bahu dan badan diameter transversa lebih panjang
- c) Dua bagian oval tersebut tegak lurus satu sama lain

Kepala janin

Dari sudut pandang obstetric kepala janin adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah jani, sehingga jika kepala suda lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya.

- a) Atap tengkorak: cranium terdiri dari: os occipital (belakang); os parietal (kedua sisi), 2 buah; os temporal, 2 buah; os frontale (depan), 2 buah.
- b) Cranium terdapat pada satu membrane
- c) Waktu lahir tulang ini tipis, lunak dan hanya di hubungkan dengan membrane tersebut, ruang di sebelahnya saling overlapin/merubah bentuk untuk saling menyesuaikan diri dengan panggul bila ada tekanan.

Sutura pada tengkorak:

Sutura adalah sela-sela di antara tulang yang ditutupi oleh membran. Kegunaan: memungkinkan terjadinya *moulage*; dengan meraba sutura akan dapat mengetahui posisi kepala janin.

- a) Sutura sagitalis

Terletak diantara ossa parietal, berjalan pada arah antero posterior di anatar frontanel dan membagi kepala menjadi bagian kanan dan kiri.

- b) Sutura lambdoidea

Berjalan transversal dari fontanella posterior dan memisahkan os occipital dari kedua ossa parietal.

- c) Sutura coronalis

Berjalan transversal dari fontanella anterior dan terletak diantara os parietalis dan os frontalis

d) Sutura fontalis

Terletak diantara kedua ossa frontalis dan merupakan lanjutan kedepan sutura sagitalis. Berjalan dari glabella ke bregma.

Diameter kepala janin

- a) Diameter biparietalis: antara tuber parietal kanan-kiri (diameter transversa yang terbesar; 9,5 cm)
- b) Diameter bitemporalis: terletak diantara os temporalis (diameter transversa terpendek: 8 cm)
- c) Diameter occipitofontalis: berjalan dari pertemuan antara permukaan bawah os occipital dengan leher ke pusat bregma (diameter antero posterior waktu kepala masuk panggul dalam keadaan fleksi maksimal: 9,5 cm).
- d) Diameter occipitofrontalis: terbentang antara protuberantia occipitalis eksterna dan glabella. 11 cm. diameter anteroposterior bila kepala masuk panggul dalam sikap militer/antara fleksi dan ekstensi.
- e) Diameter verticomentalis, berjalan dari dagu ke vertex, 13,5 cm, diameter antero posterior kepala terpanjang. Penting pada presentasi dahi/kepala setenga ekstensi.
- f) Diameter sub mentobregmetika: berjalan dari pertemuan leher dengan rahang bawah ke pusat bregma. 9,5 cm. diameter pada presentasi muka (kepala ekstensi maksimal)

Lingkar kepala

- a) Pada bidang occipitofrontalis lingkaran kepala 34,5 cm.
- b) Pada bidang suboccipitobregmetika 32-34 cm.

Hubungan janin dengan panggul

1. Letak: hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu
2. Presentasi: menunjukkan pada bagian janin yang ada di atas PAP
Presentasi bokong, presentasi kepala, presentasi bahu
1. Bagian terendah: bagian terbawah janin dan terletak paling dekat dengan serviks. Pada periksa dalam bagian yang terabach pertama kali.
2. Sikap: Hubungan antara bagian janin yang satu dengan yang lainnya Fleksi, ekstensi.
3. Penunjuk: titik yang telah ditentukan pada bagian terendah janin yang digunakan untuk menyebutkan kedudukan.
4. Kedudukan: hubungan antara penunjuk dengan bagian depan, belakang atau samping panggul ibu.

D. Plasenta

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

E. Psychologic

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

2.3.5. Tahapan dalam persalinan

Menurut Marmi (2011, hlm. 11)

1. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 1988).

Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

1) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 3 cm

2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase lagi, yaitu :

1. Fase Akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm tadi menjadi 4 cm

2. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu dua jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

3. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu dua jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

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 (APN, 2008).

Faktor yang mempengaruhi membukanya serviks :

- a. Otot – otot serviks menarik pada pinggir ostium dan membesarkannya.
- b. Waktu kontraksi, segmen bawah rahim dan serviks diregang oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks
- c. Waktu kontraksi, bagian dari selaput yang terdapat diatas kanalis servikalis adalah yang disebut ketuban, menonjol kedalam kanalis servikalis dan membukanya.

Asuhan pada kala I

1. Menghadirkan orang yang di anggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekatdukungan yang dapat diberikan :
 - a. Mengusap keringat
 - b. Menemani atau membimbing jalan – jalan (mobilisasi)
 - c. Memberikan minum
 - d. Merubah posisi dan sebagainya
 - e. Memijat atau menggosok punggung
2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu
 - a. Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya
 - b. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus

3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his

Ibu di minta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his

4. Menjaga privasi ibu

Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien atau ibu.

5. Penjelasan tentang kemajuan persalinan

Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serat prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil – hasil pemeriksa.

6. Menjaga kebersihan diri

Membolehkan ibu mandi untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil atau besar

7. Mengatasi rasa panas

Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat di atasi dengan cara : Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar, Menggunakan kipas biasa, Menganjurkan ibu untuk mandi

8. Massasejika ibu suka, lakukan pijatan atau massase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut

9. Pemberian cukup minum

10. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah rehidrasi

11. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong

Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin

12. Sentuhan

Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasakesendirian ibu selama proses persalinan.

2. Persalinan kala II (kala pengeluaran janin)

a. Definisi

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (APN 2008). Gejala dan tanda kala II persalinan:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya Kontraksi
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum/pada vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (APN 2008)

Pada kala ini his terkoordinir, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan, karena tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala, membuka pintu, dahi, hidung, mulut dan muka dan seluruhnya, diikuti

oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit.

b. Asuhan pada kala II

- 1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu
- 2) Menjaga kebersihan diri
- 3) Mengipasi dan massase
- 4) Memberikan dukungan mental
- 5) Mengatur posisi ibu dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi berikut : Jongkok, Menungging, Tidur miring, setengah duduk
- 6) Menjaga kandung kemih tetap kosong
Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala kedalam rongga panggul
- 7) Memberikan cukup minum mencegah dehidrasi dan memberi tenaga.
- 8) Memimpin meneran
Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal

9) Bernafas selama persalinan

Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi ketika kepala akan lahir.

Hal ini menjaga agar perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan

10) Pemantauan denyut jantung janin

Periksa DJJ setelah setiap kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120) selama mengedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin

11) Melahirkan bayi

a. Menolong kelahiran kepala : Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat, Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan, Mengusap kepala bayi untuk membersihkan dari kotoran/lender.

b. Periksa tali pusat : Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, di klem pada dua tempat kemudian di gunting diantara kedua klem tersebut sambil melindungi leher bayi

c. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya :Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi, Lakukan tarikan lembut kebawah untuk melahirkan bahu depan, Lakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang, Selipkan satu tangan ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke

punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya,

Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh

12) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh. Setelah bayi lahir segera keringkan dan selimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan berikan bayi untuk menyusui

13) Merangsang bayi : Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi, dilakukan dengan cara mengusap – usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi

3. Persalinan kala III (kala uri/plasenta)

a. Definisi

Kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR 2008).

Tanda – tanda pelepasan plasenta :

a. Semburan darah. Semburan darah ini disebabkan karena penyumbatan retroplasenter pecah saat plasenta lepas

b. Pemanjangan tali pusat. Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina

c. Perubahan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular (bulat).

Perubahan bentuk ini disebabkan oleh kontraksi uterus

d. Perubahan dalam posisi uterus yaitu uterus naik ke dalam abdomen

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU akan naik, hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

b. Asuhan pada kala III

1) Pemberian suntik oksitosin

- a) Letakkan bayi baru lahir di atas kain bersih yang telah disiapkan diperut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut
- b) Pastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus
- c) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik
- d) Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar
- e) Dengan mengerjakan semua prosedur tersebut terlebih dahulu maka akan memberi cukup waktu pada bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dan setelah itu (setelah dua menit) baru dilakukan tindakan penjepitan dan pemotongan tali pusat
- f) Serahkan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk inisiasi menyusui dini dan kontak kulit dengan ibu
- g) Tutup kembali perut bawah ibu dengan kain bersih Alasan kain akan mencegah kontaminasi tangan penolong persalinan yang sudah memakai sarung tangan dan mencegah kontaminasi oleh darah pada perut ibu.

2) Penegangan tali pusat terkendali

- a) Berdiri di samping ibu
- b) Pindahkan klem (penjepit untuk memotong tali pusat pada saat kala II) pada tali pusat sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- c) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso – kranial). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah inversio uteri
- d) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekita 2 – 3 menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali
- e) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan dorso – kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan
- f) Tetapi jika langkah 5 diatas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang

- menunjukkan lepasnya plasenta, jangan lanjutkan penegangan tali pusat. (pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu pindahkan klem lebih dekat dengan perineum pada saat tali pusat memanjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta. Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorsokranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus)
- g) Setelah plasenta lepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir)
 - h) Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu
 - i) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban
 - j) Jika selaput robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati – hati periksa vagina dan serviks dengan

seksama. Gunakan jari – jari tangan atau klem DTT atau forsep untuk mengeluarkan selaput ketuban yang teraba.

3) Massase fundus uteri

Segera setelah plasenta lahir, lakukan massase fundus uterus:

- a) Letakkan telapak tangan pada fundus uterus
- b) Menjelaskan tindakan kepada ibu, bahwa ibu mungkin merasa agar tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam dan perlahan serta rileks
- c) Dengan lembut tapi mantap gerakan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri
- d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh (periksa plasenta sisi maternal yang melekat pada dinding uterus untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh, tidak ada bagian yang hilang. Pasangkan bagian – bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak adanya kemungkinan lobus tambahan. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya
- e) Periksa kembali uterus setelah 1 – 2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi massase fundus uetri. Ajarkan ibu dan keluarga cara

melakukan massase fundus uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik

- f) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua psaca persalinan.

4. Kala IV

1) Definisi

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1- 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

2) Asuhan pada kala IV

- a) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uterus setinggi atau beberapa jari di bawah pusat
- c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum
- e) Evaluasi keadaan umum ibu. Pantau keadaan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat

- f) Dokumentasi semua asuhan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan persalinan dilakukan (APN. 2008).

2.3.6. Mekanisme Persalinan

Menurut Asri Dwi (2012, hlm. 14) gerakan utama pada kepala janin pada proses persalinan:

1. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparetal (diameter lebar paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala: pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan; pada multi terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).

Masuknya kepala ke dalam PAP → dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang.

Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: sinklitismus

Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asinklitismus

Asinklitismus posterior: SS mendekati simfisis

Asinklitismus : SS mendekati promontorium.

2. Desent

Penurunan kepala janin sangat bergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan

kepala lambat. Kepala turun kedalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari fundus kearah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3. Flexion

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul → membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala → fleksi bertambah → ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahapan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): serta turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil kearah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau kearah posterior (jarang) disebabkan; his selaku tenaga/gaya pemutar; ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstrasi. Pemutaran bagian depan ke bawah simfisis.

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam: pada fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah; Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis); ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior.

5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas → resultan tenaga kekuatan ke depan atas
- c. Pusat pemutar: hipomoklien.
- d. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior, lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6. External Rotation (restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang di lahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

2.3.7. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan (Dwi Asri dan Cristine Clervo 2012). Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf (Dwi Asri dan Cristine Clervo 2012). Isi dari partograf antara lain:

1. Informasi tentang ibu

a) Nama dan umur; b) Gravida, para, abortus; c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas; d) Tanggal dan waktu mulai dirawat; e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Kondisi janin:

a) Denyut jantung janin; b) Warna dan adanya air ketuban; c) Penyusupan (molase) kepala janin.

3. Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks; b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin; c) Garis waspada dan garis bertindak
4. Waktu dan jam
 - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan; b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
5. Kontraksi uterus
 - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit; b) Lama kontraksi (dalam detik).
6. Obat-obatan yang diberikan
 - a) Oksitosin; b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
7. Kondisi ibu
 - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh; b) Urin (volume, aseton atau protein).

Adapun cara pengisian partograf yaitu pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap atau 10 cm. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada (Dwi Asri dan Cristine Clervo 2012). Menurut Dwi Asri dan Cristine Clervo (2012), cara pengisian partograf adalah sebagai berikut:

1. Lembar depan partograf.

a. Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.

b. Kondisi janin.

1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradycardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi). Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya.

2) Warna dan adanya air ketuban.

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban **U**tuh.

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban **J**ernih.

M : Air ketuban bercampur **M**ekonium.

D : Air ketuban bernoda **D**arah.

K : Tidak ada cairan ketuban/**K**ering.

3) Penyusupan atau molase tulang kepala janin.

Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang

(molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut:

- 0 : Sutura terpisah.
 - 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
 - 2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.
 - 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.
- Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya CPD (*cephalo pelvic disproportion*).

c. Kemajuan persalinan

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

1) Pembukaan serviks.

Saat ibu 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.

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan dinilai setiap 4 jam. Menuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5. Berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai.

3) Garis waspada dan garis bertindak.

- a) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6

jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.

b) 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 perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat 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 ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

e. Kontraksi uterus.

Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit. Nyatakan lama kontraksi dengan:

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

 : 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 tetesan drip 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. Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.
 - b) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Memberi tanda 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 urine

PARTOGRAF

No. Register	<input type="text"/>	Nama Ibu : _____	Umur : _____	G. _____	P. _____	A. _____
No. Puskesmas	<input type="text"/>	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 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	< 20																
	20-40																
	> 40																
	(dok)																

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 2.1. Lembar Depan Partograf

2. Lembar belakang partograf.

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru lahir (Dwi Asri dan Cristine Clervo, 2012)

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, distosia 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, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

e. Kala IV.

Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

f. Bayi baru lahir.

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal :
- Nama bidan :
- Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 Ya, Indikasi
- Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
- Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
- Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Laserasi :
 Ya, dimana
- Tidak.
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
- Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Jumlah perdarahan : ml
- Masalah lain, sebutkan
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan gram
- Panjang cm
- Jenis kelamin : L / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 2.2. Lembar Belakang Partograf

2.3.10 Penatalaksanaan persalinan normal dengan 58 langkah APN

58 langkah APN

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua yaitu
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obat esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi : tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt yang bercarak 60 cm dari tubuh bayi
 - a. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
3. Pakai celemek plastik
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir bersih kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang
 - 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. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap bila ketuban belum pecah dan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/m), mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal dan mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

11. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin, dan jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi 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 dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi terbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan 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, anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan talipusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi, jika talipusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher bayi secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah

arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepinggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Lakukan penilaian (selintas) :
 - a. Apakah bayi cukup bulan?
 - b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
 - c. Apakah bayi menangis kuat dan / bernapas tanpa kesulitan?
 - d. Apakah bayi bergerak aktif

Bila salah satu jawaban “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir (lihat petunjuk berikutnya)

Bila semua jawaban “YA” lanjut ke – 26

26. Keringkan tubuh bayi
Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk / kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembalibenang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain
 - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegakkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang – atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan dorsokranial).
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit penegangan tali pusat :
 1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 2. Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh
 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam katung plastik atau tempat khusus.

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

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

43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah satu jam lakukan penimbangan / pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis. Dan vitamin K₁ 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral.

45. Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Ajarkan 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 pertama pasca salin dan tiap 30 mnit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/m) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5°C)
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci bilas peralatan setelah dekontaminasi).
52. Buang bahan – bahan yang terdekontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Lengkapi paragraf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.4. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.4.1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode mengorganisasi pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien.

2.4.2. Tujuan

Dalam pelayanan kebidanan, manajemen adalah proses pelaksanaan pemberian pelayanan kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan kepada klien dengan tujuan menciptakan kesejahteraan bagi ibu dan anak, kepuasan pelanggan dan kepuasan bidan sebagai provider.

2.4.3. Prinsip

Manajemen secara umum berhubungan dengan bagaimana supaya sebuah system dapat berjalan dengan baik, demikian pula manajemen pelayanan kebidanan. Dalam seminar sehari di Jakarta, Ruslidiyah

menyampaikan pelayanan bidan praktik swasta sebagai suatu usaha yang mempunyai prinsip dasar, antara lain:

1. Kepatuhan terhadap hukum
2. Etika dan kode etik profesi
3. Profesionalisme dan keahlian
4. Orientasi pelayanan
5. Kestinambungan usaha
6. Sinergi dan kerjasama
7. Pengembangan bertahap

2.4.4. Manajemen Varney

1. Langkah 1 (Pengumpulan data)

Data utama, data subyektif yang diperoleh dari anamneses dan data obyektif dari pemeriksaan fisik di peroleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis dan pada akhirnya, membuat keputusan klinik.

Data subyektif adalah informasi yang diceritakan oleh ibu dan tambahan keluarga tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dan telah dialami. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap pasien.

2. Langkah II (Interprestasi data untuk mendukung diagnosa atau identifikasi masalah)

Dalam membuat diagnosa dan identifikasi masalah diperlukan yaitu data yang lengkap dan akurat, kemampuan untuk interprestasi data, pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada. Diagnose dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh.

3. Langkah III (Menetapkan diagnosa atau merumuskan masalah)

Rumusan masalah mungkin saja dapat terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

4. Langkah IV (Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah)

Para bidan harus pandai membaca situasi klinik masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamat ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat terjadi.

5. Langkah V (Menyusun rencana asuhan atau interval)

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang diperoleh, diidentifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi serta dapat mengukur sumber daya atau kemampuan

yang dimiliki. Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarga agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindari ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka.

6. Langkah VI (Melakukan Asuhan)

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindari terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan.

7. Langkah VII (Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi)

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian di evaluasi untuk menilai efektifitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat ini. Proses pengumpulan data, membuat diagnose, memilih intervensi, menilai kemampuan sendiri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar), lanjutkan evaluasi asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir.

2.5. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Dengan PEB dan IUFD

2.5.1. Pengkajian

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data, mengelompokkan data menganalisa data sehingga dapat diketahui masalah dan keadaan klien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Data-data tersebut dikumpulkan meliputi :

I. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari hasil wawancara atau anamnesa secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lain. Data subyektif ini mencakup semua keluhan-keluhan dari klien terhadap masalah kesehatan yang lain. Dalam hasil sntsmnesa terhadap klien tentang masalah kesehatan yang dialami.

1. Identitas mencakup:

a) Nama ibu dan suami

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

b) Umur

Pada persalinan normal perlu ditanyakan umur ibu. Umur 20-35 tahun merupakan tahun terbaik wanita untuk hamil karena selain di umur ini kematangan organ reproduksi dan hormon telah bekerja dengan baik dan juga belum ada penyakit-penyakit degenerative,

serta daya tahan tubuh masih kuat. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun tidak semua ibu dipastikan mengalami kemajuan persalinan yang normal.

c) Suku/bangsa

Untuk mengetahui kondisi social budaya ibu yang mempengaruhi kesehatan

d) Agama

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika member pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama islam memanggil ustad dan sebagainya.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang

f) Pekerjaan

Mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan ibu terhadap permasalahan kesehatan ibu.

g) Alamat

Untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan keadaan mendesak. Dengan mengetahui alamat, bidan juga dapat mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya

h) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu bersalin yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, dan teratur, adanya lendir dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil dari serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya.

i) Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit dahulu

Apakah ibu pernah menderita penyakit seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin/HIV/AIDS, asma, TBC, diabetes, hipertensi, apakah ada keturunan kembar atau tidak.

2) Riwayat penyakit sekarang

Apakah saat ini klien menderita suatu penyakit, kapan dan apakah sudah diperiksakan oleh petugas, bila sudah kapan, sudah mendapat obat atau belum, apa obatnya dan bagaimana hasilnya.

3) Riwayat menstruasi

Terdiri dari menarche, siklus haid, berapa lama haid, berapa banyak, bagaimana warnanya, konsistensinya, baunya, apakah merasakan nyeri apa tidak saat haid, bila ya kapan sebelum/ selama/sesudah haid, keputihan atau tidak kalau ya kapan sebelum, selama, sesudah haid atau diluar haid.

Siklus haid yang normal adalah 28 ± 4 hari (24-32 hari). Jika kurang dari 24 disebut polymenorrhoe, 28 ± 4 hari disebut

eumenorrhoe, dan lebih dari 32 hari disebut oligomenorrhoe. Lamanya haid berkisar antara 3-5 hari, atau dengan variasi 1-2 hari di sebut hipomenorrhoe, 3-5 hari disebut eumonorrhoe dan jika 7-8 hari disebut sebagai hipermenorrhoe.

HPHT merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan apakah cukup bulan atau premature, kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan.

4) Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.

Apakah ada masalah selama kehamilan dan persalinan, berapa berat bayi paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu? lama persalinan sebelumnya : merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini, komplikasi kelahiran : untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran dan post partum, ukuran bayi terbesar: yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul untuk kelahiran saat ini.

5) Riwayat kehamilan, persalinan sekarang.

Masalah selama kehamilan, mulai kontraksi, gerakan janin: untuk mengkaji kesejahteraan janin, ketuban utuh atau sudah pecah: merupakan tanda menjelang persalinan dan faktor predisposisi menyebabkan peningkatan resiko intrauterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

6) Riwayat perkawinan

Ditanyakan kawin berapa kali, umur/lama perkawinan, jarak perkawinan dengan kehamilan, perkawinan di usia muda, yaitu sekitar usia menarche resiko melahirkan BBLR sekitar 2 kali lipat dalam 2 tahun setelah menarche, disamping itu akan terjadi kompetisi makanan antara ibu dan janinnya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan.

7) Riwayat psikososial

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, 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 capek.

8) Perilaku kesehatan

Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm, konsumsi alcohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bias mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol.

9) Pola nutrisi

Bagaimana asupan nutrisinya dari pasien, berapa kali ia makan dan minum, menunya apa saja selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

10) Pola eliminasi

Berapa kali ibu BAK dan BAB, bagaimana warna dan konsistensinya selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

11) Pola istirahat

Bagaimana pola istirahat ibu selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

12) Pola aktivitas

Bagaimana kegiatan klien selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak. Aktivitas yang berat dapat mempengaruhi kondisi janin.

13) Pola personal hygiene

Ibu mandi, gosok gigi berapa kali dalam sehari, keramas berapa kali dalam seminggu, ganti baju dan celana dalam berapa kali dalam sehari selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

II. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan-pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

a. Pemeriksaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: Lemah. Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mapu lagi untuk berjalan sendiri.

b. Tingkat kesadaran: Composmentis: sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

c. Tekanan darah: untuk mengetahui atau mengukur tekanan darah. Batas normal tekanan darah antara 90/60 sampai 130/90 mmHg.

d. Suhu: untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal, 36°C sampai 37°C.

e. Nadi: untuk mengetahui denyut nadi pasien sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat 60-90 kali/menit.

f. Respirasi: untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang dihitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada ibu nifas post operasi cenderung lebih cepat yaitu 16-26 kali/menit.

g. Tinggi badan

Tinggi badan yang kurang dari normal maka akan dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada proses persalinan.

h. 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.

i. LILA

Dilakukan pengukuran lila pada ibu melahirkan untuk mengetahui kecukupan gizi dari ibu hamil dan melahirkan. Lila normal ibu hamil adalah 23,5 cm.

j. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi:

- a) Rambut : bersih atau kotor, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi
- b) Wajah: pucat atau tidak, oedema atau tidak.
- c) Mata: simetris atau tidak, conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih atau ikterik.
- d) Hidung : normal, tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup
- e) Telinga : normal, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau bentuk simetris

- f) Mulut : mukosa bibir lembab atau kering, adakah sariawan, bagaimana kebersihannya.
- g) Gigi : adakah caries, atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium.
- h) Leher : normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis
- i) Dada: payudara simetris atau tidak, bersih atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, ada hiperpigmentasi areola mammae atau tidak, ada luka atau tidak, colostrum ada atau tidak.
- j) Abdomen: ada luka bekas operasi atau tidak, ada pembesaran abdomen atau tidak, ada linea nigra atau tidak, ada striae albicans atau tidak.
- k) Genitalia dan anus: warna vulva dan vagina , ada luka atau tidak, ada varises dan oedem atau tidak, haemoroid ada atau tidak.
- l) Ekstremitas atas dan bawah : simetris atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak, ekstremitas bawah : simetris atau tidak, ada varises, oedema atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak.

2. Palpasi:

- a) Leher: ada pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe atau tidak.
- b) Dada: simetris atau tidak.

c) *Mamae*: simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, areola hiperpigmentasi dan ada colostrum atau tidak.

d) Abdomen :

a. Leopold I : Untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.

b. Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.

c. Leopold III: Untuk menentukan bagian terendah janin.

d. Leopold IV : untuk menentukan beberapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

MC Donald dan TBBA : Untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus. Jika kepala sudah masuk PAP (Divergen) $TFU-11 \times 155$, dan kepala belum masuk PAP (Convergen) $TFU-12 \times 155$.

k. Ekstremitas : adanya oedema pada pergelangan kaki.

l. Pemeriksaan dalam :

Hal-hal yang perlu dinilai pada saat melakukan pemeriksaan dalam:

1. Vulva vagina : ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Idealnya setelah daerah vulva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar, kemudian usap, ibu jari dan telunjuk salah satu tangan membuka

labia untuk menyingkap muara vagina dengan mencegah jari-jari pemeriksa. Berkontak dengan permukaan dalam labia. Menilai bentuk normal atau tidak, labia mayora menutupi labia minora atau tidak.

2. Konsistensi portio : portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap 10 cm.
3. Pembukaan serviks: dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disापुन dari tepi satu serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan pembukaan (fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm).
4. Air ketuban (utuh/pecah): ibu hamil sebaiknya diinstruksikan untuk mengenai cairan yang keluar dari vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukan speculum dengan hati-hati dan cairan di cari di fornix posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau meconium.
5. Presentasi dan posisi janin.
6. Penurunan bagian terbawah janin : menentukan bagian terbawah janin dengan metode “zero station”.
7. Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir di gambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika keadaan ini disebut station nol.
8. Penyusupan kepala janin/molase.

9. Anus: hemoroid dapat menyebabkan pendarahan.

1. Auskultasi

DJJ terdengar jelas di punctum maksimum dibawah pusat bagian kiri atau kanan ibu. Frekuensinya normal atau tidak. Kuat atau lemah. Teratur atau tidak.

2. Perkusi

Reflex patella

Normal : tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeclampsia

Bila reflek patella negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

3. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

HB: berapa kadar Hb (gr%)

Albumin : terdapat albumin atau tidak didalam urine

Reduksi : terdapat glukosa atau tidak didalam urine

2.5.2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnose maupun masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat

diartikan sebagai diagnose, tetapi tetap membutuhkan penanganan (soepardan, 2009).

Diagnosa kebidanan pada persalinan normal adalah ibu G..P..A..AH..UK.. minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/bahu, keadaan janin dan ibu baik atau tidak, inpartu kala..... dengan.....

2.5.3. Langkah III: Antisipasi masalah potensial.

Langkah ketiga mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensialo berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan besiap-siap mencegah diagnosis masalah potensial I menjadi kenyataan. Langkah ini penting dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi.

2.5.4. Langkah IV : Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnose atau masalah potensial pada langkah sebelumnya,

bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. (Soepardan, 2009).

2.5.5. Langkah V : Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang harus dipikirkan pada kasus persalinan normal adalah:

1. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis
2. Observasi keadaan umum vital sign, DJJ, his, nadi dengan partograf.
3. Segera siapkan ruangan bersalin, kebutuhan fisik dan psikologis ibu.
4. Ajarkan ibu cara mencedan yang efektif
5. Ajarkan cara mengatasi nyeri
6. Pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi
7. Kolaborasi dengan dokter dalam mengambil tindakan dan pemberian terapi
8. Persiapan petugas untuk pertolongan persalinan.

2.5.6. Langkah VI : Pelaksanaan

Langkah ke enam rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan dan dokter atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya walaupun bidan tidak melakukannya sendiri namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan

memastikan bahwa langkah tersebut benar- benar terlaksana). Pelaksanaan pada ibu dengan persalinan normal kala I vase laten sesuai dengan perencanaan yang tertera pada langkah ke lima.

2.5.7.Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah terakhir dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar- benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi di dalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.1.1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2007)

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Setiadi, 2007)

3.1.2. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, komunitas atau institusi (Nursalam, 2013)

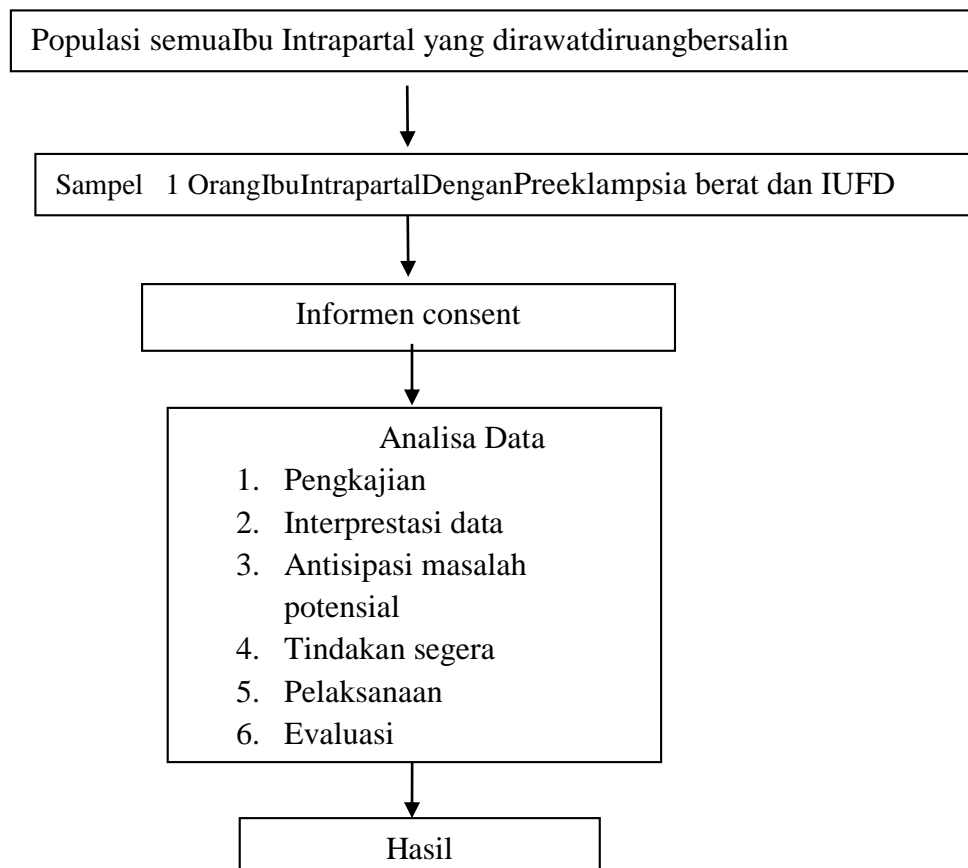
Studi kasus dilaksanakan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi masalah tersebut secara mendalam di analisa baik dari segi yang berhubungan dengan

keadaan kasus itu sendiri, faktor resiko, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian yang berhubungan dengan kasus maupun tindakan dan reaksi dari kasus tersebut hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam (Setiadi, 2013)

3.2. Kerangka Kerja

Kerangka kerja adalah tahapan atau langkah-langkah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang diteliti untuk mencapai tujuan penelitian (Setiadi, 2007)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka kerja penelitian studi kasus ibu intrapartal dengan Preeklampsia Berat dan IUFD.

3.3. Populasi Sampel dan Sampling

3.3.1. Populasi

Populasi menurut Notoadmojo adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Setiadi, 2007: 175) Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu intrapartal yang sedang dirawat di ruangan Bersalin RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang.

3.3.2. Sampel

Sampel terjemahan dari bahasa Inggris *sample* yang artinya comotan atau mengambil sebagian dari yang banyak (*studi population*). Sampel merupakan subset yang di cuplik dari populasi yang akan diamati dan diukur peneliti. Peneliti tidak mungkin meneliti langsung populasi yang luas, mengingat keterbatasan dana, waktu dan tenaga, maka perlu mengambil sampel. Sampel yang diambil harus betul-betul mewakili populasinya (representatif) karena data dan kesimpulan dari peneliti terhadap sampel yang representatif akan dapat menggambarkan dengan tepat keadaan sebenarnya dari populasi (Sulistyaningsih, 2011)

Sampel dari peneliian ini adalah seorang ibu Intrapartal dengan Pre-eklampsia berat dan IUFD di ruangan Bersalin RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang.

3.3.3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh

dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016)

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 (Nursalam, 2016)

3.4. Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

3.4.1.1. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan Studi Kasus di lahan yang ditujukan kepada kepala ruangan Bersalin RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes kupang, untuk melakukan penelitian. Peneliti melakukan permohonan ijin pada bidan yang bertugas di ruang Bersalindan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara pasien dan observasi secara langsung.

3.4.1.2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian ibu hamil. Lembar pengkajian ini terdiri dari data subjektif dan data objektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.4.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di ruangan Bersalin RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 13 s/d 16 April 2016.

3.4.3. Analisa Data

a. Pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Untuk memperoleh data subjektif dilakukan dengan cara anamnese, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

b. Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah spesifik. Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan.

c. Identifikasi masalah potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Midentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang membutuhkan tindakan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasi dan ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien. tindakan segera yang dilakukan dalam kasus ini adalah kolaborasi dengan dokter bedah untuk mendapatkan antibiotik pre operasi.

e. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi. Penyusunan rencana disesuaikan dengan teori yaitu manajemen preoperasi dan libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologi, observasi keadaan umum, kesadaran, tanda- tanda vital dan ajarkan ibu untuk teknik relaksasi, menjaga personal higiene, melakukan kolaborasi untuk mendapatkan terapi.

f. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan bisa juga dilaksanakan oleh tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

g. Evaluasi

Langkah ini dilakukan evaluasi dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi memenuhi kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan.

3.5. Etika Penelitian

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

1. *Informed consent* (Peretujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti 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 ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : 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. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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 (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. HASIL PENELITIAN

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruangan bersalin RSUD. Prof. W. Z Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Ketenagakerjaan di ruangan Bersalin terdiri dari dokter spesialis kandungan berjumlah 5 orang, Bidan berjumlah 30 orang. Sistem kerja petugas kesehatan di ruang bersalin ini menggunakan pembagian 3 sif jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00 Wita), siang (pukul 14.00-21.00 Wita) dan malam (pukul 21.00-07.00 Wita). Jumlah tenaga bidan 5 orang/ sif dan dokter 1 orang/ sif setiap harinya.

Fasilitas yang tersedia di ruangan bersalin terdiri dari: Bad 7 buah, Lemari penyimpanan obat-obatan 2 buah, Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan Vital sign, gunting, plester, alkohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medik dan non medic masing-masing (1 buah), Meja 5 buah dan kursi untuk petugas kesehatan 10 buah.

4.1.2. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

Pasien rujukan dari RSUD BA'A dengan diagnosa G2P₁A₀AH₁ janin meninggal, tunggal, intrauterin presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD sudah terpasang Infus 2 jalur drip MgSO₄ 40 % 6 gram (10cc) dalam 500 cc 28 tetespermenit, drip duvadilan 2

ampul dalam RL 500 cc 20 tetes per menit. Pasien masuk ruang bersalin tanggal 13-04-2016 jam 11.00 WITA dilanjutkan dengan pengkajian jam 11.30 WITA. Hasil data subjektif yang didapatkan pasien Ny. S.P, Umur 27 tahun, pendidikan SD, agama Kristen Protestan, suku /bangsa Rote /Indonesia, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, suami Tn. H.P, umur 27 tahun, pendidikan SD, agama Kristen Protestan, suku/bangsa Rote/Indonesia, pekerjaan Petani, alamat keluarga terdekat: Naikoten, Alamat Rumah: Rote, belum menikah syah.

Ibu mengatakan hamil anak kedua, satu kali melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang sejak pukul 20.00 WITA, sudah keluar lender darah sejak pukul 02.00 WITA. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu.

Ibu mengatakan pertama kali haid umur 13 tahun, siklus 28 hari, lamanya darah 3-4 hari, sifat darah encer, tidak ada nyeri haid dan HPHT tanggal 16-07-2015.

Selama hamil ibu diperiksa di Posyandu Olabatu (Rote) 7 kali mulai UK 14 minggu, terapi yang didapat selama hamil B Kompleks, Antasida, SF, Vitamin C dan Kalk, ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dua kali.

Ibu tidak pernah menderita masalah kardiovaskuler, diabetes, malaria, penyakit kelamin, ginjal, asma dan di keluarga juga tidak pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular dan juga tidak ada keturunan kembar, selama hamil ibu mengalami hipertensi.

Ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini, keluarga juga mendukung dengan mengantarkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya, beban kerja dan kegiatan sehari-hari ibu menyapu, mengepel, memasak, mencuci, ibu dan keluarga tidak mengharapkan jenis kelamin tertentu menurut mereka jenis kelamin apa saja intinya ibu dan bayinya selamat dan sehat, didalam keluarga setiap keputusan yang diambil harus melalui musyawarah bersama-sama, ibu tidak merokok, minum minuman keras, mengonsumsi obat-obat terlarang dan minum kopi.

Latar belakang budaya dalam keluarga ibu, melahirkan di tolong oleh bidan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.

Pola makan dan minum ibu sehari-hari, jenis makanan nasi, sayur, ikan/daging, frekuensi 1-2 kali/ hari, tidak ada napsu makan dan ibu minum air putih.

Hasil pola eliminasi BAB 1 kali/hari, warna agak kehitaman, bau khas feses, tidak ada keluhan, BAK 3-4 kali/hari, warna kekuningan, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan. Pola istirahat siang ibu tidak tidur, malam tidur 7-8 jam.

Ibu mandi 2 kali sehari, gosok gigi 1 kali sehari, keramas rambut 3 kali seminggu, ganti pakian dalam setiap kali basah atau 2 kali sehari, ganti pakaian luar 2 kali sehari, ibu juga melakukan perawatan payudara setiap kali mandi dengan menggunakan baby oil.

Hasil pengkajian data objektif di dapatkan pemeriksaan umum, keadaan umum lemah, ibu masih dalam keadaan sadar, bentuk tubuh lordosis, pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah 140/100 mmHg, suhu 37,⁰ C, nadi 84 kali/menit, RR 24 kali/menit. Dari hasil pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi dan auskultasi) yaitu kepala bersih, tidak ada benjolan, rambut bersih tidak ada ketombe, wajah oval, pucat, tidak ada cloasma gravidarum, ada oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi, telinga simetris, tidak ada serumen, leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembendungan vena jugularis, payudara simetris, areola mammae hiperpigmentasi, puting susu menonjol, colostrum ada. Pada pemeriksaan abdomen membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, ada linea nigra, Leopold I: TFU 3 jari bawah processus xyphoideus pada fundus teraba bagian tidak bulat, dan tidak melenting (Bokong) Leopold II: Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (Punggung) dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV: Divergen, penurunan kepala 3/5 MC Donald 31 cm, TBBJ 3100 gram, patella tidak dilakukan, ekstremitas atas terpasang infuse drip MgSO₄ pada tangan kanan sedangkan ekstremitas bawah ada oedema dan tidak varices. Pemeriksaan laboratorium berupa darah didapatkan: Golongan darah B, Hemoglobin: 10 gr/dL, Eritrosit: 5,29 10⁶/uL, Hematokrit 29,0 %.

Terapi lanjutan di ruang Bersalin yang didapatkan yaitu: infus RL 500 cc drip MgSO₄ 20 tetes/ menit. Obat oral: SF 200 mg 2X1 tablet, obat oral: cefadroxil 500 mg 2x1 tablet dan Asam Mefenamat 500 mg 3x1.

2. Analisa Masalah Dan Diagnosa

Diagnosa pada NY. S.P yaitu G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD.

Data Subjektif, Ibu mengatakan hamil anak kedua, satu kali melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang sejak pukul 20.00 WITA, sudah keluar lender darah sejak pukul 02.00 WITA. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu. HPHT: 16-07-2015. Sedangkan Data Objektif, TP: 23-04-2016, KU: Lemah, Kesadaran: penuh, TTV: TD: 140/100 mmHg, S: 37⁰C, Pernapasan: 24 kali permenit, Nadi: 84 kali permenit, DJJ : Tidak jelas, His 3 x dalam 10 menit frekuensi 35 detik, pemeriksaan dalam jam 12.30 wita (VT): hasilnya V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tipis pembukaan 7 cm, kantong ketubah utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge II-III, selanjutnya lakukan observasi pasien melalui lembar observasi.

Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi): Ibu tampak lemah, kesadaran penuh, wajah oedema, konjungtiva merah muda, scleraputih, mukosa bibir lembab, payudara simetris, puting susu menonjol, areola mammae

hiperpigmentasi, colostrum ada jika payudara di pencet, abdomen membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, ada linea nigra, Leopold I: TFU 3 jari bawah processus xyphoideus pada fundus teraba bagian tidak bulat, dan tidak melenting (Bokong), Leopold II: Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (Punggung) dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV: Divergen, penurunan kepala 3/5 MC Donald: 31 cm, TBBJ: 3100 gram, ekstremitas ada oedema dan tidak adavaries, tidak ada pengeluaran pervaginam. Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan urine reduksi +2

3. Antisipasi Masalah Potensial

Eklampsia

4. Tindakan Segera

Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi lanjutan Infus Ringer Laktat drip MgSO₄, tindakan mandiri bidan: perbaiki keadaan umum, observasi keadaan umum, TTV, memantau pemberian terapi MgSO₄ 40% dalam infus RL 500 cc.

5. Perencanaan

Perencanaan pada Ny S.P dilakukan pada tanggal 13-04-2016 jam 11.00 WITA dengan terima pasien dari ruangan Triage agar pasien mendapatkan perawatan tindak lanjut yang lebih komperhensif. Lakukan pendekatan dengan klien agar tercipta hubungan saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.

Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu, informasi yang jelas merupakan hak ibu dalam tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk makan dan minum, makan dan minum yang cukup selama persalinan memberikan energy dan mencegah dehidrasi. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk penanganan lebih lanjut, kolaborasi memudahkan pemberian asuhan dan tindakan yang akan dilakukan. Beri KIE pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini serta tindakan yang akan dilakukan selanjutnya agar ibu dan keluarga dapat menyesuaikan kondisi ibu saat ini. Observasi his, djj, nadi setiap 1 jam, suhu dan urine setiap 2 jam tekanan darah, pembukaan serviks dan penurunan kepala setiap 4 jam, mengidentifikasi kemungkinan patologis yang dapat terjadi pada ibu dan janin, Beri dukungan mental pada ibu dan keluarga, agar ibu dan keluarga dapat bersabar dan dapat menerima kenyataan, Siapkan alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff, memudahkan saat pertolongan persalinan. Dokumentasikan hasil tindakan, sebagai bukti pertanggung jawaban atas tindakan yang dilakukan.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan dari perencanaan pada Ny. S.P dilakukan mulai tanggal 13-04-2016 jam 11.00 WITA: melakukan penerimaan pasien dari ruangan Triage dengan G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD. Tiba di ruangan Bersalin KU: lemah, terpasang infus drip MgSO₄ 28 tetes permenit, pasien sudah di terima di ruangan Bersalin dan melanjutkan observasi, melakukan pendekatan dengan klien yaitu dengan menyapa dan berkomunikasi

dengan santun dan ramah serta mendengar keluhan-keluhan ibu, telah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan, menginformasikan kepada ibu dan keluarga yaitu keadaan umum ibu : lemah, kesadaran composmentis TTV: TD: 140/100 mmHg S: 37°C N: 84 X/menit RR: 24 X/menit, DJJ: Tidak jelas, His 3 x dalam 10 menit frekuensi 35 kali/detik. ibu dan keluarga mengerti dengan informasi yang disampaikan, menganjurkan ibu untuk makan dan minum yang cukup selama proses persalinan sehingga ibu tetap memiliki tenaga yang cukup saat proses persalinan, ibu makan nasi 1 piring sedang sayur dan minum teh 1 gelas, melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi dan tindakan, hasil kolaborasi yaitu yakni memperbaiki keadaan umum ibu, pemberian terapi infuse RL drip MgSO₄ terapi oral cefadroxil 2x 500 mg, asam mefenamat 3x500 mg, B.com 2x1. Memberikan KIE pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini serta tindakan yang akan dilakukan selanjutnya, ibu dan keluarga mengerti dan mau mengikuti setiap tindakan yang akan dilakukan. Mengobservasi his, nadi setiap 1 jam, suhu dan urine setiap 2 jam, tekanan darah, pembukaan serviks dan penurunan kepala setiap 4 jam, Djj tidak terdengar his 3-4x dalam 10 menit durasi 40 detik TD: 140/100 mmHg S: 37°C N: 84 X/menit RR: 24 X/menit Memberi dukungan mental pada ibu dan keluarga agar ibu dan keluarga sabar dan dapat menerima keadaan yang terjadi, memberi dukungan dan pendampingan pada ibu untuk tetap tabah dan menyerahkan segalanya pada yang lebih berkuasa, ibu dan keluarga mengatakan sudah dapat menerima kematian bayinya dan mengatakan ikhlas atas hal tersebut. Menyiapkan alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff yaitu: saff

1: partus set berisi: gunting episiotomy, klem tali pusat, ½ koher, gunting tali pusat, pengikat tali pusat, kassa secukupnya, handscoen 2 pasang. Heating set berisi: pinset anatomis 1 buah, pinset chiruis 1 buah, guntingbenang, naphuder 1 buah, tampon, kassa secukupnya, handscoen 1 pasang, kapas sublimat, air DTT, obat-obatan esensial. Saff II: Tempat plasenta, tensimeter, stetoskope, wadah berisi larutanclorin 0,5 %, sarung tangan steril, kateter steril, thermometer. Saff III: perlengkapan ibu dan bayi, infuse set, kelengkapan APD (Celemek, topi, masker, sepatu boot) mengatur posisi pasien pada saat pembukaan lengkap dan persiapan meneran saat ada his, menolong persalinan dengan 58 langkah APN, merawat ibu dan bayi 2 jam post partum.

7. Evaluasi

Evaluasi pada Ny. S.P G₂P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, prentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD adalah sebagai berikut ibu masuk tanggal 13-04-2016 jam 11.00, setelah pengkajian data maka lakukan pemeriksaan pada ibu jam 12.00 wita, dengan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu sedang, kesadaran sadar penuh, TTV: TD: 140/100 mmHg, S: 37°C, RR: 20 x/menit, Nadi: 80 x/menit, DJJ : Tidak jelas, His 3 x dalam 10 menit frekuensi 35 detik, pemeriksaan dalam jam 12.30 wita (VT): hasilnya V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tipis pembukaan 7 cm, kantong ketubah utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge II-III, selanjutnya lakukan observasi pasien melalui lembar observasi.

Pada jam 14.05 wita lakukan pemeriksaan pada pasien hasilnya keadaan umum ibu baik, kesadaran : sadar penuh, TTV: TD: 130/100 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 24x/menit, S: 36,5 °C. Pukul 14.10 wita DJJ: tidak jelas.

Pada jam 16.15 wita melakukan drip oxytosin 5IU dalam RL 500 cc 20 Tetes/menit, pukul 16.30 wita observasi His 5 x dalam 10 menit durasi 45 detik, pukul 17.00 wita His 5 x dalam 10 menit durasi 45 detik, pukul 17.30 wita kantong ketuban pecah spontan warna keruh, maka lakukan pemeriksaan dalam hasilnya pembukaan serviks maju yaitu 10 cm, turun hodge IV air ketuban tidak ada, lanjutkan observasi dan catat patograf. Pada pukul 18.00 wita ibu mengeluh ada dorongan meneran, dan tekanan pada anus, segera lakukan pemeriksaan vulva dan anus membuka, kepala sudah terlihat di vulva maka lakukan pertolongan persalinan kala II dengan 58 langkah asuhan persalinan normal.

Pada jam 18.30 partus bantu induksi bayi lahir jenis kelamin laki-laki, BB: 2000 gram. Pada pukul 18.35 wita placenta lahir spontan lengkap, selaput korion dan amnion lengkap, kotiledon utuh, perdarahan \pm 100 cc, insersi tali pusat lateralis, periuneum ada robekan.

Pada jam 18.45 wita memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan yang berlebihan, mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mengobservasi dan mengidentifikasi jumlah kehilangan darah. Setelah 2 jam postpartum melakukan observasi TTV: TD: 140/100, N: 84 x/ menit, S: 36,8 °C, RR: 20 x / menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat PPV (+).

Selama perawatan 3 hari ibu di berikan RL drip MgSO₄ 21 tetes permenit, infus RL 12 tetes/menit, obat oral Cefadroxil 2x1 tablet, Asam Mefenamat 3x1 tablet, B.com 2x1, SF 1x1 Tablet. Setelah semua tindakan dan terapi diberikan keadaan umum ibu baik, TD: 120/90 mmHg, kontraksi uterus baik, PPV (+) sedikit, terjadi kematian perinatal. Ibu di bolehkan pulang pada tanggal 16-04-2016. Terapi yang didapatkan Cefadroxil 2x1 tablet, Asam Mefenamat 3x1 tablet, B.com 2x1. Menganjurkan ibu untuk minum obat teratur sesuai anjuran.

4.2. PEMBAHASAN

Menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan konsep dasar penerapan manajemen kebidanan pada Ny S.P G₂P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal,tunggal, intrauterin, presentasi kepaladengan preeklampsia berat dan IUFD di RSUD Prof. DR. W.Z Johannes Kupang tanggal 13 April 2016. Dari hasil pengkajian yang di lakukan maka disusun dengan menggunakan pendekatan Manajemen Kebidanan yang diuraikan dalam 7 langkah yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data, mengelompokkan data menganalisa data sehingga dapat diketahui masalah dan keadaan klien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Hasil pengkajian yang diperoleh dari Ny. S.P yaitu ibu masuk rumah sakit pada tanggal 13 April 2016 jam 11.00 WITA dengan keluhan utama

Ibu mengatakan hamil anak kedua, satu kali melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang sejak pukul 20.00 WITA, sudah keluar lender darah sejak pukul 02.00 WITA. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu.

Jadi pada langkah pengkajian tidak dittemuukan kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini di karenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana berdasarkan teori pengumpulan data dasar pada ibu Intrapartal dengan preeklampsia berat dan IUFD terdiri dari data subjektif ibu mengatakan Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu.. Sedangkan Data Subjektif, Ibu mengatakan hamil anak kedua, satu kali melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang sejak pukul 20.00 WITA, sudah keluar lender darah sejak pukul 02.00 WITA. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu. HPHT: 16-07-2015. Sedangkan Data Objektif, TP: 23-04-2016, KU: Lemah, Kesadaran: penuh, TTV: TD: 140/110 mmHg, S: 36⁰C, Pernapasan: 20 kali permenit, Nadi: 84 kali permenit. Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi): Ibu tampak lemah, kesadaran penuh, wajah oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, payudara simestris, puting susu menonjol, areola mammae hiperpigmentasi,

colostrum ada jika payudara di pencet, abdomen membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, ada linea nigra, Leopold I: TFU 3 jari bawah processus hyphoideus pada fundus teraba bagian tidak bulat, dan tidak melenting (Bokong), Leopold II: Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (Punggung) dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV: Divergen, penurunan kepala 3/5 MC Donald: 31 cm, TBBJ: 3100 gram, ekstremitas ada oedema dan tidak ada varises, tidak ada pengeluaran pervaginam. Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan urine reduksi +2.

2. Analisa Masalah Dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengumpulan data dan pemeriksaan yang telah dilakukan, penulis mengidentifikasi diagnosa yaitu Ny. S.P G₂P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kelas 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD.

Jadi, pada langkah analisa masalah dan diagnosa tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini dikarenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana teori penetapan diagnosa Ny. S.P G₂P₁A₀AH₁ UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat dan IUFD.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Diagnosa potensial ditegakkan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin dengan PEB dan IUFD. Antisipasi masalah potensial pada kasus ini adalah Penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan, eklamsi, dan infeksi. Dan penyebab angka kematian bayi yaitu BBLR, asfiksia, hipotermi, imaturitas, infeksi.

Jadi pada langkah antisipasi masalah potensial tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini dikarenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaiannya berdasarkan teori masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu bersalin dengan PEB dan IUFD yaitu resiko terjadinya Eklampsia dan Infeksi.

4. Tindakan Segera

Pada kasus ini tindakan segera yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi dan tindakan.

5. Perencanaan

Rencana tindakan pada kasus Ny. S.P mengacu pada kebutuhan pasien dan sesuai teori. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi. Jadi pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

6. Pelaksanaan

Dengan adanya perencanaan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi maka pada tahap pelaksanaan dilakukan sesuai dengan instruksi dokter yaitu dilakukan pemberian terapanjutan Infus Ringer Laktat

drip MgSO₄ dan terapi oral Cefadroxil 2x1, Asam Mefenamat 3x1 dan B.com 2x1.

Jadi pada langkah pelaksanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini dikarenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana semua rencana asuhan yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik karena rencana asuhan yang diberikan berorientasi pada kebutuhan klien selain itu juga terjalin kerja sama yang baik antara ibu dan tenaga kesehatan.

7. Evaluasi

Langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

BAB V

PENUTUP

5.1. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD di RSUD Prof. DR.W.Z Johannes Kupang, penulis dapat mengambil simpulan adalah sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian baik data subyektif dan obyektif yang didapatkan Ny. S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD.
2. Dari hasil analisa masalah dan diagnose didapatkan data-data dasar yang mendukung dalam penentuan diagnose terhadap Ny. S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD.
3. Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD sehingga didapatkan antisipasi masalah potensial yaitu Resiko terjadinya Eklampsia.
4. Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin,

presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD dalam hasil pemeriksaan perlu dilakukan tindakan segera.

5. Dari hasil pemeriksaan telah ditetapkan perencanaan terhadap S.P usia 27 tahun G2P₁A₀AH₁UK 39-40 minggu janin meninggal, tunggal, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan preeklampsia berat dan IUFD.
6. Tindakan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai rencana berdasarkan diagnose yang ditegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan yang berarti karena adanya kerjasama dan penerimaan yang baik dari pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan fasilitas yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.
7. Hasil dari semua pemeriksaan telah didokumentasikan.

5.2. SARAN

1. Untuk pasien

Menyarankan pada pasien bahwa setiap hamil harus memperhatikan kehamilannya sehingga tidak mengalami komplikasi pada saat persalinan dan pada saat hamil harus rajin memeriksakan kehamilannya dipuskesmas atau rumah sakit.

2. Peneliti

Agar dapat meningkatkan kemampuan teori maupun skill dilapangan

3. Tempat Penelitian (RSUD Prof DR. W. Z Johannes Kupang)

Memperhatikan sistematis pelayanan yang ada sehingga dengan begitu secara tidak langsung akan dapat menekan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi)

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh Rukiah, Dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Trans Info Media: Jakarta.
- Asrinah, Dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Bobak dkk, 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Ed 4. Jakarta: EGC
- Cunningham. 2006. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Dwi Asri H, Dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Nuha Medika: Jakarta.
- Fraser. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles. Ed.14*. Jakarta: EGC
- Fraser, dkk. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Hidayat A, Sujiatini. 2010. *Asuhan Krbidanan Persalinan*. Nuha Medika: Yogyakarta
- Jason, dkk. 2012. *Patologi Pada Kehamilan Manajemen dan Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Manuaba. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Jakarta: EGC
- Manuaba. 2004. *Penuntun Kepanitraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Dkk. 2007. *Pengantar Kulia Obsterti*. EGC: Jakarta
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Mochtar. 1998. *Synopsis Obstetri. Jilid 1, Edisi Kedua*. Jakarta: EGC
- Nugroho. 2011. *Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurasiah Ai, Dkk. 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung. Refika Aditama.
- Nursalam. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoadmojo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rintka
- Prawirohardjo Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Bina Pustaka: Jakarta.

Prawirihardjo Sarwono. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka: Jakarta.

Riyanto Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Rohani, dkk. 2011. *Askeb Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika

Rohani, dkk. 2011. *Askeb Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika

Saminem. 2006. *Kehamilan Normal*. Jakarta: EGC

Sastrawinata. 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung: Eleman

Sastroasmoro Sudigo. 2011. *Dasar-Dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto

Trisnawati. 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka

Varney. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Edisi I*. Jakarta: EGC

Wiknjosastro, 2006. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

Wiknjosastro, 2007. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

Kementrian kesehatan Republik Indonesia. (2013a). Profil kesehatan Indonesia tahun 2013 [Indonesia health profil in 2013]. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>

Kementian kesehatan republik Indonesia. (2013b). Rencana aksi percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia [National plan for accelerating the decline in maternal mortality]. Retrived from <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2013/12/RAN-PP-AKI-2013-2015.pdf>



SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS / PDA

Nomor : RSUD / 070 / Um. 622 / VII / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2003 / Penata Tk. I (III/d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Mirawati Kause
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 132 111 086
Asal Instansi / univ. : STIKes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan **Pengambilan Data Awal dan Studi Kasus di Ruang Bersalin** RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) bulan terhitung dari tanggal **27 Juni s/d 27 Juli 2016**. dengan Judul :

"Asuhan Kebidanan Pada Ibu GIPIAO, UK 39 – 40 Minggu dengan PEB dan IUFD di Ruang Bersalin / VK RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 27 Juli 2016

RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
Kepala Sub Bidang Diklit



Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Penata Tk. I
NIP. 19670615 199501 2003

fmg /

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL
DENGAN PEB DAN IUFD**

I. PENGKAJIAN

Tanggal MRS : 13-04-2016 Jam MRS : 11.00 Wita
Tanggal Pengkajian : 13-04-2016 Jam Pengkajian : 11.30 Wita
Oleh Mahasiswa : Mirawati Kause

1. Data Subyektif

A. BIODATA

Nama istri	: Ny. S.P	Nama Suami	: Tn. H.P
Umur	: 27 tahun	Umur	: 27 tahun
Agama	: Kristen Protestan	Agama	: Kristen Proestan
Suku/Bangsa	: Rote/Indonesia	Suku/Bangsa	: Rote/Indonesia
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat Kantor	: -	Alamat Kantor	: -
Alamat Rumah	: Rote	Alamat Rumah	: Rote
Alamat Keluarga Terdekat:	Naikoten	Alamat Keluarga Terdekat:	Naikoten

B. Keluhan Utama :

Ibu mengatakan hamil anak ke-2, 1x melahirkan, tidak pernah keguguran, tidak haid selama 9 bulan. Ibu mengeluh nyeri perut bagian kanan menjalar ke belakang sejak pukul 20.00 wita, sudah keluar lendir darah sejak pukul 02.00 wita. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, pandangan tidak kabur, tidak merasakan gerakan janin sejak 2 hari yang lalu.

- Riwayat Haid:

- Menarche : 13 tahun
- Siklus : 28 hari
- Lamanya haid : 3-4 hari
- Sifat darah : Encer
- Nyeri haid : Tidak
- HPHT : 16-07-2015 UK: 39-40 Minggu

- Riwayat perkawinan

- Status perkawinan : Belum sah
- Lamanya Menikah : -
- Umur pada saat Menikah : -
- Berapa kali Menikah : -

- Riwayat Kehamilan Sekarang :

Pasien dirujuk dari RSUD BA'A dengan Diagnosa Inpartu + Preeklampsia + IUFD. TD: 160/110 mmHg, Oedema pada wajah, tangan dan kaki. DJJ: Kurang jelas, VT: v/v tidak ada kelainan portio lunak pembukaan 7 cm, KK masih utuh, presentasi kepala, molase tidak ada penurunan kepala TH II-III, Protein urine +2

Terpasang infuse 2 jalur

1. Drip MgSO₄ 40 % 6 gram (15 cc) dalam infuse RL 500 cc 28 tetes/menit
2. Drip Duvadilan II Ampul dalam RL 500 cc 20 tpm
 - Pergerakan anak dirasakan pada : usia kehamilan 4 bulan

- ANC berapa kali : 7 kali, mulai UK: 14 minggu
- Tempat ANC : Posyandu Olabatu (Rote)
- Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: Tidak dirasakan
- Imunisasi TT 1 : Sudah
- Imunisasi TT2 : Sudah

● Riwayat Persalinan Yang lalu

o	Tgl/B ln/Thn melahirkan	Jenis persalinan	K	enolong	F enyulit	Kea daan bayi LH/LM/M	K	B/PB	ET
	2013	Spontan Pervaginam	bln	idan	F	LH		,5 gr	ehat
GII PI A0 AHI									

● Riwayat Keluarga Berencana

- KB yang pernah digunakan : Belum Pernah
- Lamanya : -
- Efek samping : -
- Alasan berhenti : -

● Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita oleh ibu/pasien

- Jantung : Tidak ada PHS/HIV/AIDS : Tidak ada
- Hipertensi : Ada Apakah pernah Transfusi : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada Apakah pernah Operasi : Tidak ada
- Jiwa : Tidak ada Apakah pernah Alergi Obat : Tidak ada
- Campak : Tidak ada Apakah pernah MRS : Tidak ada
- Varisela : Tidak ada Apakah pernah Kecelakaan : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada Lain-Lain : Tidak ada

- Riwayat Penyakit Keluarga

- Jantung : Tidak ada PHS/HIV/AIDS : Tidak ada
- Hipertensi : Ada Apakah pernah Transfusi : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada Apakah pernah Operasi : Tidak ada
- Jiwa : Tidak ada Apakah pernah Alergi Obat : Tidak ada
- Campak : Tidak ada Apakah pernah MRS : Tidak ada
- Varisela : Tidak ada Apakah pernah Kecelakaan : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada Lain-Lain : Tidak ada

- Keadaan Psikososial

- Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: Ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini
- Dukungan dari keluarga: Keluarga Mendukung dengan mengantarkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya
- Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : Menyapu, Mengepel, Mencuci
- Jenis persalinan yang diharapkan : Spontan Pervaginam
- Jenis kehamilan yang diharapkan : Laki-laki atau perempuan sama saja
- Pengambilan keputusan dalam keluarga: Suami

- Perilaku Kesehatan

- Merokok : Tidak
- Miras : Tidak
- Konsumsi Obat Terlarang : Tidak
- Minum Kopi : Tidak

- Riwayat latar belakang budaya
 - Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
 - Pantangan makanan : Tidak ada
 - Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan : Tidak ada
 - Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada
- Riwayat seksual : Tidak ditanyakan

Apakah ada perubahan pola hubungan seksual

 - TM I : -
 - TM II : -
 - TM III : -

Apakah ada penyimpangan/kelainan seksual : Tidak ditanyakan
- Riwayat diet/makanan
 - Jenis makanan pokok : Nasi, sayur, tahu, tempe
 - Porsinya : 1 piring
 - Frekuensi makanan : 3x/hari
 - Lauk pauk : ikan, daging
 - Minum susu dan air putih : Ya
 - Keluhan : Tidak ada
- Riwayat Pola Eliminasi
 - BAK
 - Frekuensi : 4-5 kali
 - Warna dan bau : kuning dan bau khas amoniak
 - Keluhan : Tidak ada

- BAB
 - Frekuensi : 1-2 kali
 - Warna dan bau : Kuning dan bau khas feces
 - keluhan : Tidak ada
- Riwayat Pola istirahat
 - Tidur siang : 1-2 jam
 - Tidur malam : 7-8jam
 - keluhan : Tidak ada
- Riwayat Kebersihan diri
 - Mandi : 2x/hari
 - Sikat gigi : 1x/hari
 - Ganti pakaian luar dan dalam : 2x/hari
 - Keramas rambut : 3x/minggu
 - Perawatan payudara : setiap kali mandi menggunakan baby oil

C. DATA ONYEKTIF

a. Pemeriksaan umum

- Keadaan umum : Lemah
- Kesadaran : Composmentis
- Bentuk tubuh : Lordosis
- Tanda vital
 - Tekanan darah
 - Triage : 140/100 mmHg VK : 130/100 mmHg
 - Suhu : 37 °C

- Nadi : 84x/menit
- TB : 158 cm
- BB : Sebelum Hamil : 38 Kg
Sesudah Hamil : 45 Kg
- Lila : 24 cm

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

- Kepala : Tidak ada benjolan
- Rambut : Tidak ada ketombe
- Wajah
 - Bentuk : Oval
 - Pucat : Ya
 - Cloasma Gravidarum: Tidak ada
 - Oedema : Ada
- Mata
 - Conjunctiva: Merah muda
 - Sclera : Putih
 - Oedema : Oedema
- Mulut
 - Mukosa bibir : Lembab
 - Warna bibir :Merah muda
 - Stomatitis.sariawan : Tidak ada

- Gigi
 - Caries gigi : Tidak ada
- Tenggorokan
 - Warna : Merah muda
 - Tonsil : Tidak ada
- Leher
 - Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada
 - Adakah pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
 - Adakah pembendunganvena jugularis : Tidak ada
- Dada
 - Mamae
 - Bentuk : Simetris
 - Areola : Hiperpigmentasi +/-
 - Putting : Menonjol, Bersih
- Perut
 - Bentuk : Membesar sesuai usia kehamilan
 - Linea Nigra : Ada
 - Strie Albicans : Tidak ada
 - Bekas luka operasi : Tidak ada
- Vulva Vagina dan Anus
 - Pengeluaran pervagiman : Ada
 - Varises : Tidak ada
 - Haemoroid : Tidak ada

- Palpasi
 - Kepala : Tidak ada benjolan
 - Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis
 - Dada : Ada Colostrum
 - Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi
 - Leopold I : TFU 3 jari bawah px (31cm) pada fundus teraba bagian tidak bulat, dan tidak melenting(Bokong)
 - Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (Punggung) dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin
 - Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat , keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul
 - Leopold IV : Divergen , penurunan kepala 3/5
 - Mc Donald : 31 cm
 - TBBJ : 3100 Gram
 - Auskultasi
 - DJA : Tidak Terdengar
 - Frekuensi : -
 - Relex patella : Tidak dilakukan

D. PEMERIKSAAN DALAM

Tanggal : 13-04-2016 Jam : 12.30 wita Oleh : Bidan

- Vulva : Tidak ada kelainan
- Vagina : Tidak ada kelainan
- Portio : Tipis lunak
- Pembukaan : 7 cm
- Kantong ketuban : Positif
- Bagian terendah : Ubun-ubun kecil depan
- Molase : Tidak ada
- Turun hodge : II-III

E. PEMERIKSAAN LABORATORIUM (13-04-2016)

- Urine
 - Reduksi : +2
 - Albumin : >150mg/L
 - Protein Urine : +2
- Darah
 - HB : 10 gram%
 - Gol Darah : O

F. PEMERIKSAAN KHUSUS

- USG : Tidak dilakukan
- RONTGEN : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
<p>G2P1A0AH1 Uk 39-40 minggu, janin meninggal tunggal intrauterine, presentasi kepala, Inpartu Kala 1 Fase Aktif dengan PEB dan IUFD</p>	<p>Ds: - ibu mengatakan hamil anak ke-2,1x melahirkan tidak pernah keguguran, tidak haid selama 9 bulan, ibu mengatakan nyeri perut bagian kanan menjalar kebelakang sejak pukul 20.00 wita, sudah keluar lendir darah sejak pukul 02.00 wita. Nyeri pada ulu hati, sakit kepala, oedema pada wajah, tangan, kaki, dan tidak merasakan pergerakan janin sejak 2 hari yang lalu.</p> <p>HPHT : 16-07-2015 Do : TP : 23-04-2016 Ku : Lemah, Kesadaran: Composmentis TTV: TD: 140/100 mmHg, N: 84x/menit S: 37°c, RR: 24x/menit</p> <p>➤ Inspeksi</p> <p>Kepala : Tidak ada benjolan Rambut : Bersih, Tidak ada ketombe Wajah : Bentuk oval, tidak ada cloasma gravidarum, ada oedema Mata : Conjunctiva merah muda, Sclera putih, kelopak mata ada oedema Gigi : Bersih tidak ada caries gigi Tenggorokan : Warna merah muda, tidak ada tonsil Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis Dada : payudara simetris, areola mammae hiperpigmentasi +/+, puting susu menonjol dan bersih Abdomen : Membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi</p> <p>➤ Palpasi</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari bawah px (31cm) pada fundus teraba bagian tidak bulat, dan tidak melenting (Bokong) Leopold II: Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (Punggung) dan pada perut</p>

	<p>ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin.</p> <p>Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat , keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul</p> <p>Leopold IV: Divergen , penurunan kepala 3/5</p> <p>Mc Donald : 31 cm TBBJ : 3100 Gram</p> <p>His : 3 x/ 10 menit lamanya 35 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auskultasi : DJJ tidak terdengar ➤ Pemeriksaan dalam : <ul style="list-style-type: none"> Pada pukul 12.30 wita (VT) hasilnya v/v tidak ada kelainan, tidak oedema, ada pengeluaran lendir dan darah, portio tipis pembukaan 7 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala posisi ubun-ubun kecil depan, molase tidak ada, turun hodge II- III.
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Eklampsia

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter SpoG

Tindakan mandiri Bidan: Observasi keadaan umum, TTV, Memantau pemberian terapi MgSO₄ 40% dalam Inful RL 500 cc.

V. PERENCANAAN

Tanggal : 13-04-2016

Jam : 14.00 wita

Diagnose : G2 P1 A0 AH1 Uk 39-40 minggu janin meninggal tunggal intrauterine, presentasi kepala, Inpartu Kala 1 Fase Aktif dengan PEB dan IUFD

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga
R/ agar terjalinnya hubungan saling bekerja sama dengan asuhan yang diberikan
2. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
R/ informasi yang disampaikan merupakan hak yang harus diketahui pasien dan agar pasien lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan\
3. Anjurkan ibu untuk makan dan minum
R/ makan dan minum yang cukup selama proses persalinan merupakan energy dan mencegah dehidrasi
4. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk penanganan lebih lanjut
R/ kolaborasi memudahkan pemberian asuhan dan tindakan yang akan dilakukan
5. Beri KIE pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini serta tindakan yang akan dilakukan
R/ agar ibu dan keluarga dapat menyelesaikan kondisi ibu saat ini
6. Siapkan alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff
R/memudahkan saat pertolongan persalinan
7. Dokumentasikan hasil tindakan
R/sebagai bukti pertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 13-04-2016

Jam : 14.10 wita

Diagnose : G2 P1 A0 AH1 Uk 39-40 minggu janin meninggal tunggal
intrauterine, presentasi kepala, Inpartu Kala 1 Fase Aktif dengan
PEB dan IUFD

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga

M/ sudah terjalinnya hubungan baik antara ibu dan keluarga

2. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

M/ keadaan ibu : Lemah, TTV: TD: 140/100 mmHg, N: 84x/menit, S:37° c,

RR: 24x/menit

Keadaan janin dalam kandungan ibu telah meninggal yang ditandai dengan tidak adanya gerakan janin yang dirasakan oleh ibu dan tidak terdengarnya denyut jantung janin saat pemeriksaan berlangsung.

3. Menganjurkan keluarga untuk memberi makanan dan minuman yang cukup selama proses persalinan sehingga ibu tetap memiliki tenaga yang cukup saat proses persalinan

M/ ibu makan nasi 1 piring sedang dengan sayur dan minum teh 1 gelas

4. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi

M/ Infus RL (500cc) mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi dan syok hipovolemik, oksitosin 5IU (dalam infuse RL 500cc) mempercepat proses persalinan pada kasus tertentu dan mengontrol perdarahan, MgSO₄ 40% (dalam infuse RL 500cc) selain dipakai untuk

mencegah kejang dapat dipakai untuk mengatasi kejang berulang dan dapat menyebabkan penurunan tekanan darah.

5. Memberikan KIE pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini serta tindakan yang akan dilakukan selanjutnya

M/ ibu dan keluarga mengerti dan mau mengikuti setiap tindakan yang akan dilakukan

6. Menyiapkan alat, bahan, dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff :

- 1) Saff I

Partus set berisi: gunting episiotomy, klem tali pusat, ½ koher, gunting tali pusat 1 buah, pengikat tali pusat, kasa secukupnya, handscoen 2 pasang.

Heacting set berisi: pinset anatomis 1 buah, pinset chirugus 1 buah, gunting benang, nalfuder 1 buah, tampon, kasa secukupnya, handscoen 1 pasang, kapas sublimat, air DTT, obat-obatan yang esensial.

- 2) Saff II

Tempat plasenta, tensimeter, stetoskope, wadah berisi larutan clorin 0,5 %, sarung tangan steril, kateter steril, thermometer

- 3) Saff III

Perlengkapan ibu dan bayi, infuse set, kelengkapan APD, (Celemek, topi, kaca mata, masker, sepatu boot)

7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

M/ semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan

VII. EVALUASI

Tanggal : 13-04-2016

Jam : 17.30 wita

Diagnose : G2 P1 A0 AH1 Uk 39-40 minggu janin meninggal tunggal
intrauterine, presentasi kepala, Inpartu Kala 1 Fase Aktif dengan
PEB dan IUFD

S : ibu mengatakan sakit perut semakin kencang

O : Keadaan umum : lemah

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 130/100 mmHg,

Nadi : 80xmenit,

RR : 25x/menit

Suhu : 36'5 °c

His : 5x/10 menit lamanya 45 detik

Djj : Tidak terdengar

Pemeriksaan dalam

Vulva vagina : tidak ada kelainan

Portio : tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : positif menonjol

Presentasi : kepala

Posisi : ubun-ubun kecil depan

A : Inpartu Kala II

P :

1. Cek tanda dan gejala kala II
2. Pastikan pembukaan lengkap
3. Persiapan ibu dan keluarga
4. Siap tolong
5. Tolong kepala, bahu, badan

I :

1. Mengecek adanya doran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka
2. Mengecek alat dan mematahkan oksitosin, masukan dispo 3 cc dalam partus set
3. Memakai APD (topi, kacamata, masker, celemek, dan sepatu boot)
4. Mencuci tangan 7 langkah
5. Menggunakan sarung tangan pada tangan kanan
6. Menghisap oksitosin 10 unit (1 ampul) dengan teknik one hand
7. Menggunakan sarung tangan lengkap untuk melakukan vulva vagina
8. Melakukan pemeriksaan dalam vulva tidak ada oedema, vagina ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kantong ketuban negative, letak belakang kepala ubun-ubun kecil depan, molase tidak ada, turu kepala hodge IV
9. Mendekontaminasikan sarung tangan pada larutan clorin 0,5 %
10. Denyut jantung janin tidak terdengar

11. Menyampaikan pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu saat meneran
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran, memberi semangat dan pujian, memberi minum pada ibu jika tidak ada his
14. Mengatur posisi ibu setengah duduk, tangan merangkul paha, dagu mengenai dada
15. Memasang kain 1/3 bagian dibawah bokong ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm
16. Membuka partus set
17. Menggunakan sarung tangan DTT pada kedua tangan
18. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan suhu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang satu menekan puncak kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
19. Setelah kepala lahir cek lilitan tali pusat, tidak ada lilitan
20. Pegang kepala secara biarietal, arahkan kebawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
21. Setelah bahu lahir sangga
22. Lakukan susur mulai dari bahu sampai ujung kaki
23. Setelah tubuh lahir
24. Cek fundus

25. Beritahu ibu

26. Suntik oksitosin 10 IU (1 ampul) secara intramuscular pada paha ibu

E. Jam 18.30 wita

Partus bantu induksi bayi lahir IUFD, jenis kelamin laki-laki, berat badan 2000 gram

Kala III

S : Ibu mengatakan perutnya mules

O : uterus membesar, tali pusat bertambah panjang, semburan darah tiba-tiba

A : Kala III

P :

1. Peregangan tali pusat terkendali
2. Lahirkan plasenta
3. Masase uterus
4. Observasi perdarahan

I :

1. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-6 cm dari vulva sambil melakukan PTT
2. Meletakkan tangan kiri diatas simpisis untuk mendeteksi adanya dorongan atau kontraksi sementara tangan kanan memegang tali pusat
3. Saat uterus berkontraksi regangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan kiri melakukan dorsol cranial
4. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, arahkan keatas mengikuti sumbu jalan lahir dengan kedua tangan, putar plasenta hingga selaput

ketuban bepilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan

5. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan masase dengan telapak tangan dengan gerakan memelingkari hingga uterus berkontraksi
6. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian janin dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh
7. Mengevaluasi adanya kemungkinan laserasi, tidak ada laserasi

E. Jam 18.35 wita

Plasenta lahir lengkap, selaput korion dan amnion lengkap, kotiledon utuh, perdarahan ± 100 cc panjang tali pusat ± 50 , insersi tali pusat lateralis, perineum ada robekan.

Kala IV

Jam 18.45 wita

1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam yang berlebihan
2. Melakukan pemantauan kontraksi dan kemungkinan perdarahan pervaginam
3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase fundus uterus dan menilai kontraksi
4. Mengobservasi dan mengidentifikasi jumlah kehilangan darah

5. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam dan 30 menit setelah jam kedua pasca salin
6. Menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi
7. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
8. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT, membantu ibu memakai baju
9. Pastikan ibu merasa nyaman, menganjurkan keluarga memberikan ibu makan dan minum
10. Mendokumentasikan tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5 %
11. Mencelupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan clorin 0,5 % dibalik dan direndam selama 10 menit
12. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir

Pada pukul 20.45 wita (2 jam post partum)

1. Mengobservasi Keadaan umum
2. Mengobservasi tanda-tanda vital
3. Mengobservasi kontraksi uterus
4. Mengobservasi Tinggi fundus uterus

Ku: Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV: TD: 140/100 mmHg, N: 84x/menit, S: 36°8, RR: 20x/menit

Kontraksi uterus baik, tinggi fundus uterus 2 jari bawah pusat, PPV

(+)

Therapy yang didapat:

1. Cefadroxil 2x1 (500 mg)
2. Asam mefenamat 3x1 (500 mg)
3. B.com 2x1

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
14-04-2016	01.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau keadaan umum ibu, kesadaran, keadaan umum ibu,lemah,kesadaran composmentis. - Mengukur tekanan darah suhu nadi pernapasan, tekanan darah 130/100 mmHg,suhu 36,7 0c. Nadi 80x/menit pernapasan 20x/menit - Memantau kontraksi uterus, kontaksi uterus baik - Memantau perdarahan pervaginan, perdarahan kurang lebih 50 cc - Melakukan masase uterus, masase dilakukan 15 kali - Infus Ringer Laktat drip MgSO4 flash II habis sambung Ringer Laktat MgSO4 40% 6 gr Flash III - Membuang urine 280 cc - Pasien tidur nyenyak
	06.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi TTV: TD: 120/90 S: 37 °c, N: 84x/menit - Melayani obat oral : cefadroxil 2x1 (500 mg), asam mefenamat 3x1 (500 mg) B.com 2x1. - Membantu pasien untuk Personal Hygine
	07.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi Keadaan umum : baik, terpasang infuse Ringer Lakat drip MgSO4 Flash III - Mengobservasi keadaan umum dan Vital Sign: <ul style="list-style-type: none"> • Observasi PPV • Monitoring tetesan infuse • Siapkan unuk visit dr.
	07.35 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV: TD: 140/100, S: 37 °c, N: 84x/menit, RR: 20x/menit • Mengobservasi Releks Patella Ka+/ki+ • Membuang urine 350 cc
	08.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Ringer laktat drip MgSO4 flash III 6gr sambung Ringer laktat drip MgSO4 flash IV 21 tetes/menit
	13.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti visite dr. Jansen. SPOG <ul style="list-style-type: none"> - Cefadroxil 2x500 mg - Asam mefenamat 3x500
	13.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> - B.com 2x1 - Observasi Vital Sign + perdarahan - MgSO4 lanjut untuk protap
	13.40 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi ibu untuk miring kiri dan kanan • Mengobservasi TTV: TD: 140/100 mmHg, S: 36'8 °c, N: 80x/menit, RR: 20x/menit
	13.45 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan ibu untuk makan dan minum • Melayani obat

	14.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi Refleks patella +/- • Membuang urine 400 cc • Ringer laktat drip MgSO4 6 GR flash IV habis sambung Ringer laktat drip MgSO4 flash V 21 tetes/menit • Mengobservasi keadaan umum: baik, PPV + normal, kontraksi uterus + baik. • Mengobservasi ku: baik, PPV + sedikit, kontaksi uterus: baik • Mengobservasi TD: 140/100 mmHg • Motivasi pasien untuk istirahat • Mengobservasi PPV + sedikit. Kontaksi uterus: baik
15-04-2016	06.00 wita 07.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV: TD: 120/90 mmHg, S: 36'4 °c, N: 80x/menit, RR: 20x/menit • Mengobservasi kontraksi uterus: Baik, PPV (+) sedikit • Membuang urine 350 cc Melayani obat: - Cefadroxil 2x1 mg <p>- Asam mefenamat 3x1 - B.com 2x1</p>
16-04-2016		<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV: TD: 120/90 mmHg, S: 36'4 °c, N: 80x/menit, RR: 20x/menit • Mengobservasi kontraksi uterus: Baik, PPV (+) sedikit • Memotivasi ibu untuk personal hygiene • Visited dr Jansen SPOG <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aff infuse ✓ Aff kateter Melayani obat <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefadroxil 2x1 ✓ Asam mefenamat 3x1 ✓ B.com 2x1 • Melakukan Aff infuse + aff Dc • Melayani obat • Pasien pulang

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 13-09-2016
- Usia kehamilan: 39 minggu
Prematur Aterm Posmatum
- Letak: Belakang kepala
- Persalinan: Normal Tindakan Seksio
- Nama bidan: Bidan ST
- Tempat persalinan
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya:
- Alamat tempat persalinan: R.SUD PEB DEW 2 Yelonnek Kupang
- Catatan: rujuk, kala I / II / III / IV
- Alasan merujuk: ... IBU/BAYI
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk: Bidan
 suami keluarga dukun kader lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

- Jenis Kelamin: LK PR
- Saat Lahir: Jam 18.30 Hari, Tanggal 13-09-2016
- Bayi: Lahir hidup: Lahir mati
- Penilaian: (Tanda V ya x tidak)
 Bayi napas spontan teratur
 Gerakan aktif/tonus kuat
 Air ketuban Jernih
- Asuhan bayi
 Keringkan dan hangatkan
 Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka
 Inisiasi Menyusul Dini < 1 jam
 Vit K 1 mg di paha kiri atas
 Salp mata/tetes mata
- Apakah Bayi di Resusitasi?
 YA TIDAK
 Jika YA tindakan:
 Langkah awal menit
 ventilasi selama menit
 Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal
- Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
 YA TIDAK
- Kapan bayi mandi: Jam setelah lahir
- Berat Badan Bayi: 2.000 Gram

KALA I

- Partograf melewati garis waspada: Ya / Tidak
- Masalah lain: sebutkan; PEB dan UPB
- Penatalaksanaan masalah tersebut: Onp Ug dan fofa dan dantrosin 5 IU
- Hasilnya: Ibu rileks dan bay. menunggal

KALA II

- Episiotomi
 Ya, indikasi
- Pendamping pada saat persalinan:
 Suami dukun lain2
 Keluarga kader
- Gawat Janin:
 Ya, tindakan:
 Tidak
- Distosis bahu
 Ya, tindakan:
 Tidak
- Masalah lain sebutkan
- Penatalaksanaan masalah tersebut
- Hasilnya

KALA III

- Lama kala III: menit
- manajemen Aktif kala III:
 Oksitodin 10 IU IM dalam waktu menit
 Peregang Tali Pusat Terkendali
 Masase Fundus Uteri
- Pemberian ulang Oksitodin 10 IU IM yang kedua?
 Ya, Alasan
- Plasenta lahir Lengkap (Intact)
 Ya
 Tidak
 Jika TIDAK, tindakan
- Plasenta tidak lahir > 30 menit
 YA Tidak
- Laserasi
 YA Tidak
 Jika YA, dimana Mesok vagina derajat 1 (2) 3 4
 Tindakan hooking selanjut
- Atonia Uteri
 YA Tidak
 Jika YA tindakan
- Jumlah perdarahan 100 ml
 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
18-45	140/100	84	37.2	2jt ↓ pte	Baik	f 10	Kurang
19-00	140/100	84		2jt ↓ pte	Baik	f 10	Kurang
19-30	140/100	80		2jt ↓ pte	Baik	f 10	Kurang
20-00	140/100	84		2jt ↓ pte	Baik	f 20	Kurang
20-30	140/100	80	36.5	2jt ↓ pte	Baik	f 20	Kurang
21-00	140/100	84		2jt ↓ pte	Baik	f 25	Kurang

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

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

Mika



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 REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mirawati Kause
Nim : 132111086
Pembimbing II : Mili A. Jumetan, STr.Keb

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	15/12.2016		* Tambah Teori * Tata cara * Dap. Pustaka	
2	20/12.2016		Ace	
3				
4				
5				



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 REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mirawati Kause
Nim : 132111086
Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin. 28/11.2016.	bab I - V.	lengkap Abstrak	
2	Selasa 29/11.2016.		aku	
3				
4				
5				



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 LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mirawati Kause
Nim : 132111086
Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Sabtu 05-11-2016	Bab I - V	-Perbaikan abstrak -Paragraf -Penambahan astub dan Pustaka -Perbaikan BAB III	
2	Senin 7/11-2016	Bab I - V Astub.	-Penyempurnaan Abstrak -Lengkapin Astub dan Pustaka	
3	11/11-2016	Bab I - Astub	-Perbaikan Pendahuluan Ace Uga	
4				
5				
6				
7				



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 REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mirawati Kause
Nim : 132111086
Penguji : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	08-12-2016	Abstrak		
2	10-12-2016	Revisi - V		
3	13-12-2016	Revisi - V		
4				
5				



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 LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama mahasiswi : Mirawati Kause

NIM : 132111086

Pembimbing II : Mili Jumetan, STr, Keb

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	05/11/2016 Rabu	bab 1 dan 2	Letak Belah Hati/Anus.	
	11/11/2016	ns	Adi	