

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS BAKUNASE**

TANGGAL 19-24 JULI 2016



OLEH

MARIA GORETI BETO KOTEN

NIM: 132111123

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

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS BAKUNASE
TANGGAL 19-24 JULI 2016**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH
MARIA GORETI BETO KOTEN
NIM: 132111123

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

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Intrapartal Primigravida Dengan Persalinan Normal di Puskesmas Bakunase” ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan tinggi manapun.

Kupang, 21 Juli 2016

Yang Menyatakan



MARIA GORETI BETO KOTEN

132111123

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL
DI PUSKESMAS BAKUNASE

Oleh

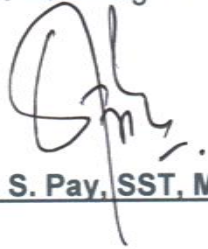
MARIA GORETI BETO KOTEN

NIM : 132.111.123

Telah Diujikan Di Depan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang


Pada Tanggal : 07 Desember 2016

Pembimbing 1



Frida S. Pay, SST, M.Kes

Pembimbing II



Merry M. Verawaty Seu, SST

Mengetahui

Ketua STIKes
Citra Husada Mandiri Kupang



dra. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua Program Studi D III
Kebidanan STIKes Citra Husada
Mandiri Kupang



Ummu Zakiah, SST.M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL
DI PUSKESMAS BAKUNASE**

Oleh

MARIA GORETI BETO KOTEN
NIM : 132.111.123

Telah Diujikan Di Depan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang

Pada Tanggal : 07 Desember 2016

Panitia Penguji

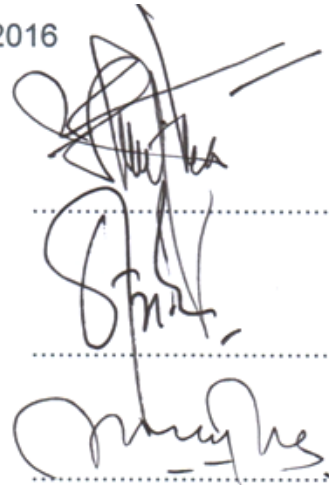
Ketua
:

Meri Flora Ernestin, SST.M.Kes

Pembimbing

1. Frida S. Pay, SST.M.Kes

2. Merry M. V. Seu, SST



Mengetahui

Ketua STIKes
Citra Husada Mandiri Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua Program Studi D III Kebidanaan
STIKes Citra Husada Mandiri Kupang



Ummu Zakiah, SST.M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : MARIA Goreti Beto Koten

Tempat dan tanggal lahir : Belogili, 13 Oktober 1994

Agama : Katolik

Alamat : Kayu Putih

Riwayat Pendidikan :

- Tahun 2006 : Tamat SDI Baluk Hering
- Tahun 2009 : SMP Batu Payung
- Tahun 2012 : SMAN 1 LARANTUKA
- Tahun 2016 : Sedang menyelesaikan pendidikan program Diploma III Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang (2013-sekarang)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN



TATAPLAH MASA DEPAN DENGAN
KEKUATAN MASA LALU SEBAB MASA LALU
TIDAK SELAMANYA BURUK

Persembahan ini saya berikan Kepada Bapa Allah,

Ema Bunda, Kedua orang tua tersayang Bpk.

Yakobus Koten dan Ibu Emiliana Aran, kaka Ferdi

Atlon, Teman-teman Angkatan VI STIKes

CSM-K dan Almamaterku tercinta.

ABSTRAK

*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Studi Kasus, Mei 2016*

MARIA GORETI BETO KOTEN

NIM : 132111123

ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS BAKUNASE

Latar Belakang: Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan (36-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin . Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (APN 2007).

Tujuan umum: Tujuan pembuatan Laporan Tugas Akhir, agar mahasiswa dapat memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu intrapartal normal

Metode penelitian: Jenis penelitian kualitatif, rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus, populasi semua ibu inpartu di Puskesmas Bakunase, sampel satu orang yaitu pada Ny.R.A.B G1P0A0, UK 39 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik

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

Kesimpulan: Persalinan dimulai ketika adanya tanda-tanda persalinan dan berakhir setelah lahirnya plasenta. Penatalaksanaan dilakukan dengan persalinan normal dengan hasil bayi lahir spontan dengan presentasi belakang kepala langsung menangis. Masalah telah terselesaikan dengan menggunakan metode pendekatan 7 langkah varney dan di temukan adanya kesenjangan dalam penatalaksanaan pertolongan persalinan dengan pertimbangan ibu primipara, keadaan umum ibu dan janin baik. Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa/ mahasiswi.

Kata Kunci: Primigravida, APN.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Intrapartal Primigravida dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase Tanggal 19-24 Juli 2016”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan maksud untuk memperoleh gelar Ahli Madia Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan terima kasih kepada ibu Frida S. Pay, SST., M.Kes selaku, pembimbing I dan kepada ibu Merry M. Verawaty Seu, SST selaku, pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penulisan Laporan Tugas Akhir, ibu Meri F.Ernestin SST., M.Kes selaku penguji Laporan Tugas Akhir Penulis dan pada kesempatan ini juga perkenankanlah Penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Ir.Abraham Paul Liyanto selaku, Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memperkenalkan kami menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku, Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah berkontribusi mahasiswi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

3. Ummu Zakiah, SST, M. Keb selaku, Ketua Program Studi DIII Kebidanan yang telah berkontribusi mahasiswi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Gustrida L. Belo, Amd. keb selaku, kepala ruangan bersalin Puskesmas Bakunase yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruangan tersebut.
5. Seluruh dosen staff prodi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah membimbing dan mengajarkan penulis.
6. Perpustakaan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah menyediakan literatur yang penulis perlukan dalam menunjang penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Keluarga Ny. R.A.B, yang telah bersedia menjadi pasien dalam Laporan Tugas Akhir ini.
8. Bapak, Mama, serta keluarga yang telah memberi dukungan dan selalu menjadi motivator.
9. Kaka Ferdi Atlon yang selalu setia membantu selama turun praktek dan sekaligus menjadi motivator.
10. Sahabat-sahabat tercinta Doe, Anggo, Ome, Marsel, Elin, Ina, Vivi, Yani, dan teman-teman seangkatan khususnya kebidanan C yang selalu memberikan dukungan dan membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Semoga

Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga Penulis masih membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak untuk kesempurnaan laporan ini. Semoga asuhan kebidanan ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan bagi pembaca.

Kupang, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman	No
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
BIODATA PENULIS.....	vi
MOTO DAN PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.5 Metode penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Teori Persalinan Normal.....	9
2.2 Pathway Persalinan Normal.....	79
2.3 Konsep Manajemen Kebidanan.....	80
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	99
3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian.....	99
3.2 Kerangka Kerja.....	101
3.3 Populasi, Sampel Dan Sampling.....	102
3.4 Pengumpulan Data.....	103
3.5 Analisa Data.....	106
3.6 Etika Penulisan.....	108
BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	110
4.1 Hasil Penelitian.....	110
4.2 Pembahasan.....	137
BAB V PENUTUP.....	146
5.1 Kesimpulan.....	146
5.2 Saran.....	149
DAFTAR PUSTAKA.....	151
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
2.1	Posisi Miring Atau Lateral.....	42
2.2	Posisi Jongkok.....	42
2.3	Posisi Merangkak.....	43
2.4	Posisi Semi Duduk.....	44
2.5	Posisi Duduk.....	45
2.6	Posisi Berdiri.....	45
2.7	Sinklistismus	47
2.8	Asinklistismus Anterior.....	48
2.9	Asinklistismus Posterior.....	48
2.10	Fleksi.....	49
2.11	Putaran Paksi Dalam.....	50
2.12	Ekstensi.....	51
2.13	Putaran Paksi Luar.....	52
2.14	Ekspulsion.....	52
2.15	Pathway Persalinan Normal	79
3.1	Kerangka Kerja Penelitian.....	101

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Lampiran 1 Tinjauan Kasus Asuhan Intrapartal.....	152
Lampiran 2 Partograf.....	185
Lampiran 3 Surat ijin Menjadi Responden.....	186
Lampiran 4 Surat Kebersediaan Menjadi Responden.....	137
Lampiran 5 Lembar Konsultasi Tugas Akhir.....	188

DAFTAR SINGKATAN

ACNM	: <i>American College of Nurse Midwife</i>
AIPMNH	: <i>Australia Indonesia Patnership For Maternal And Neonatal Health</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CM	: Sentimeter
CRH	: <i>Corticotropin Releasing Hormon</i>
CRP	: <i>C-Reactive Protein</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin

DTT	: Disinfeksi Tingkat Tinggi
GR	: Gram
HPA	: <i>Hipothalamic Pituitary Adrenal</i>
IM	: <i>Instramuskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
N	: Nadi
IUGR	: <i>Intrauterine Growth Retardation</i>
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
KPD	: Ketuban Pecah Dini
SDGS	: <i>Sustainable Development Goals</i>
MG	: Miligram
ML	: Mili Liter
MMHG	: Mili Meter Hektor Gram
NEC	: <i>Necrotizing Entero Cilitis</i>
NTT	: Nusa Tenggara Timur
NY	: Nyonya
PONED	: Penanganan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif

PONEK	: Penanganan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif
PX	: <i>Procesus Xipoides</i>
RDS	: <i>Respiratory Distress Syndrome</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
TBJ	: Taksiran Berat janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
UK	: Umur Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
WITA	: Waktu Indonesia Tengah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
°C	: Derajat Celcius

1.1. Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Sulistyawati, 2007: 120). Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembekuan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Rohani, 2011: 134)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008: 257). Persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Asrinah dkk, 2010: 245)

AKI dan *AKB* merupakan dua indikator pengukur derajat kesehatan suatu negara. Masih tingginya *AKI* di indonesia memperlihatkan bahwa upaya penurunan *AKI* belum maksimal.

Upaya pemerintah dalam pembangunan kesehatan pada tahun 2016 yang akan dicapai sampai tahun 2030 adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui *Sustainable Development Goals (SDG's)*. *Target SDG's* ini disusun dalam 17 indikator. Salah satu indikator dalam *SDG's* adalah penurunan angka kematian ibu (AKI) dan penurunan angka kematian bayi (AKB).

Berdasarkan laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT tahun 2010 menunjukkan bahwa konversi *AKI* per 100.000 Kelahiran Hidup mengalami fluktuasi dari tahun 2006–2010. Jumlah kasus kematian pada tahun 2007 sebanyak 251 kematian atau 247 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2008 meningkat menjadi 312 kematian atau 332 per 100.000 kelahiran hidup selanjutnya menurun menjadi 286 kematian pada tahun 2009 atau 303 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2010 mengalami penurunan lagi sebanyak 252 atau 272 per 100.000 kelahiran hidup.

Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT tahun 2010, berdasarkan hasil konversi, jumlah kasus kematian balita mengalami penurunan secara bermakna dari tahun 2007-2010. Pada tahun 2007 kasus kematian balita sebanyak 490 atau 4,8 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2008 sebanyak 409 kematian atau 4,3 per 1.000 kelahiran hidup dan selanjutnya pada tahun 2009 menjadi 362 kematian atau 3,8 per 1000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2010 mengalami kenaikan menjadi 535 kematian atau 5,78 per

1.000 kelahiran hidup. Salah satu upaya untuk percepatan penurunan percepatan angka *AKI* dan *AKB* tersebut adalah dengan menyediakan tenaga bidan yang ditempatkan desa-desa.

Data Riskades tahun 2013 menunjukkan bahwa persalinan yang dilakukan di rumah masih cukup tinggi, yaitu sebesar 29,6%. Jika kita hubungkan tempat bersalin dengan penyebab lain-lain atau tidak langsung kematian ibu, maka dapat menjadi penyebab kematian ibu. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan semakin meningkat dari tahun ke tahun, dari angka 81% pada tahun 2008 menjadi 90,88% pada tahun 2013. Begitu juga dengan cakupan kunjungan nifas yang terus mengalami kenaikan dari 17,9% pada tahun 2008 menjadi 86,64% pada tahun 2013 belum setinggi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang mencapai 90,88%. Apabila jumlah cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak sama dengan cakupan nifas, kemungkinan terjadi komplikasi persalinan di masa nifas, atau masa nifas tidak terkontrol oleh penolong persalinan. Semakin jauh jarak persalinan dengan kunjungan nifas, maka resiko terjadinya kematian ibu semakin besar (Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Provinsi Nusa Tenggara timur (NTT) masih sangat tinggi bila dibandingkan dengan Nasional yaitu *AKI* di provinsi NTT (Surkesnas tahun 2004) yaitu : 554/100.000, Nasional 307/100.000 kelahiran, Survey Demografi

Kesehatan Indonesia tahun 2007 menunjukkan penurunan *AKI* yang signifikan yaitu 554/100.000 KH menjadi 306/100.000 KH.

Puskesmas Bakunase adalah Puskesmas PONED (Penanganan Obsterti dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Buku register Rawat Inap Puskesmas Bakunase menunjukkan bahwa pada tahun 2015 sebanyak 544 persalinan antara lain 365 persalinan normal, 44 persalinan patologi dan 132 rumah sakit umum. Pada tahun 2015 tercatat sebanyak 453 persalinan antara lain : 306 persalinan normal, 25 persalinan patologi, dan 122 rujuk ke rumah sakit umum. Dan dari bulan Januari sampai Juli 2016 jumlah persalinan sebanyak 199 persalinan (Register Rawat Inap Puskesmas Bakunase).

Indonesia pun melakukan upaya peningkatan Kualitas kesehatan di Indonesia dan upaya pencapaian komitmen *Global Millenium Development Goals (MDGS)* tahun 2015. Di NTT sendiri terdapat program Revolusi KIA dan juga sebanyak 14 kabupaten/Kota telah di dukung *Australia Indonesia Patnership for maternal and Neonatal Health (AIPMNH)* untuk sebisa mungkin mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Selain itu pertolongan persalinan yang aman dilakukan dengan 58 Asuhan Persalinan Normal (APN). Berdasarkan data di atas penulis melakukan studi kasus tentang Gambaran Asuhan Kebidanan intrapartal pada primgravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka yang menjadi rumusan masalah adalah : Asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal Primigravida apa sajakah yang dilakukan di ruang bersalin Puskesmas Bakunase.

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan Intrapartal Primigravida di ruang bersalin Puskesmas Bakunase secara komprehensif sesuai standar kebidanan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melaksanakan pengkajian data pada asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase
2. Menganalisis dan menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa/masalah aktual pada asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase
3. Menganalisis masalah potensial pada asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase
4. Melaksanakan tindakan segera dan kolaborasi pada asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase

5. Merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruang bersalin Puskesmas Bakunase
8. Menganalisis kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal Primigravida dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan tugas akhir berikutnya.

1.4.2 Manfaat praktis

a. Bagi Penulis

Sebagai pengalaman dalam menyusun, melaksanakan serta mengapresiasi proses manajemen asuhan kebidanan intrapartal primigravida di ruang bersalin puskesmas Bakunase.

b. Bagi pelayanan kesehatan

Sebagai salah satu upaya dalam meningkatkan kualitas para perumus kebijakan khususnya asuhan kebidanan intrapartal primigravida di ruang bersalin puskesmas Bakunase serta dapat di jadikan acuan untuk pengembangan studi kasus berikut.

c. Bagi Institusi

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

d. Bagi masyarakat

Memberikan informasi pada masyarakat serta mempermudah proses pelayanan kesehatan khususnya pada asuhan kebidanan intrapartal primigravida primigravida di ruang bersalin puskesmas Bakunase.

1.5 Metode Penulisan

Metode penulisan yang di gunakan pada asuhan kebidanan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif kualitatif, dengan melakukan tinjauan kasus melalui :

a. Wawancara/ Anemnesa

Komunikasi langsung yang bertujuan untuk menggali informasi guna melengkapi data pasien maupun keluarga pasien untuk memperoleh data yang akurat.

b. Observasi

Mengamati perilaku dan keadaan pasien guna memperoleh data tentang kesehatan pasien.

c. Studi Dokumentasi

Mempelajari dan melengkapi data dengan jalan melihat catatan atau status pasien.

d. Studi Pustaka

Dari buku-buku penunjang.

1.6 Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN berisi tentang : Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat penelitian, Metode Penulisan, Sistematika Penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI meliputi : Tinjauan teori meliputi konsep dasar dan manajemen asuhan kebidanan intrapartal primigravida di ruang bersalin puskesmas bakunase.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN meliputi : Metode penelitian, populasi, sampel, ruang dan waktu penelitian, instrumen penelitian, teknik pengumpulan data, analisis data, evaluasi.

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

2.1 Konsep Dasar Teori Persalinan Normal

2.1.1 Pengertian.

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008: 321).

Persalinan adalah suatu proses mengeluarkan hasil konsepsi (janin dan uri), dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar,2008). Definisi persalinan menurut (sulistyawati 2007) adalah proses mengeluarkan hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan.

Menurut media Aesculapeus (2001) persalinan adalah proses mengeluarkan hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke luar dunia. persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu

dan bayi yang pada umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. (Asrinah, 2010). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (APN 2007).

2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan.

Menurut Sumarah (2008) Tujuan asuhan Kebidanan adalah: menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
4. Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya.

2.1.3 Jenis-jenis persalinan

Ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan (Nurasiah, 2012):

- 1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan
 - a) Persalinan spontan adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
 - b) Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar
 - c) Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.
- 2) Jenis persalinan menurut usia kehamilan
 - a) Abortus
Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.
 - b) Partus immature
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.
 - c) Partus premature
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d) Partus matur dan partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e) Partus serotinus atau partus post matur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu.

2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.

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

1. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

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

c) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap servik.

d) Tenaga mengejan.

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

(2) Kepala didasar panggul merangsang mengejan.

(3) Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (panggul)

1) Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

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

b) Os cossygis

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

2) Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian: Pintu atas panggul/PAP, *Cavum pelvis*, Pintu bawah panggul.

3) 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.

b) Bidang terbesar pada cavum pelvis

c) Bidang terkecil pada cavum pelvis

d) Pintu Bawah Panggul.

3. Passager (*fetus*).

a. Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.

b. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali

c. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.

- d. DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- e. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- f. Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- g. Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage.
- h. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:
 - i) Presentasi kepala (*vertex*, muka dan dahi)
 - ii) Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
 - iii) Presentasi bahu (letak lintang)
- i. Sikap janin.
Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.
- j. Posisi janin
Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :
 - i) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
 - ii) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula

- iii) Bagian panggul ibu : depan, belakang
- k. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

2.1.5 Penyebab Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui pasti; tetapi ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan, teori-teori tersebut adalah (Sumarah, 2008):

1. Teori penurunan hormonal.

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun .

2. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim. Sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenter.

3. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

4. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

5. Induksi partus (induction of labour) partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan:

- a. Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*.
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban
- c. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

2.1.6 Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

Menurut Manuaba (2007), tanda permulaan persalinan meliputi:

1) *Lightening*

Pada minggu ke 36 pada *primigravida* terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang di sebabkan oleh:

- a) Kontraksi *Braxton hick*
- b) Ketegangan otot
- c) Ketegangan ligamentum
- d) Gaya berat janin kepala kearah bawah

2) Persalinan Palsu

Selama 4 sampai 8 minggu terakhir masa kehamilan, rahim menjalani kontraksi tak teratur yang biasanya tidak nyeri. Makin tua usia persalinan, pengeluaran *progesteron* dan *estrogen* semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering di sebut his palsu.

Sifat his palsu:

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan serviks
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah jika beraktivitas

3) Pembukaan serviks

Serviks sering dirasakan menunak sebagai akibat peningkatan kandungan air dan lisis kolagen.

2.1.7 Tanda-tanda Inpartu

Menurut Nurasiah (2012) adapu tanda-tanda inpartu meliputi:

1. 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* (keluarnya lendir bercampur darah dari vagina).

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

3. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan.

4. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap atau pada akhir kala 1 persalinan tapi kadang pecah pada pembukaan kecil. Apabila terjadi sebelum awal persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

2.1.8 Tahapan Persalinan (KALA I, II, III, IV)

1) Kala 1 (pembukaan)

Inpartu di tandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Pada primigravida, proses pembukaan terjadi sebagai berikut (Nurasiah, 2012) :

1. Sebelum persalinan, serviks sering menipis 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm
2. Biasanya dengan dimulainya persalinan, ibu primigravida mengalami penipisan serviks 50-100%, kemudian baru dimulai pembukaan

Pada multigravida, proses pembukaan terjadi sebagai berikut (Nurasiah, 2012):

1. Sebelum persalinan, seringkali serviks tidak menipis tetapi hanya membuka 1-2 cm
2. Biasanya dengan dimulainya persalinan, serviks ibu multipara membuka dan kemudian menipis.

Persalinan kala 1 di bagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Nurasiah, 2012).

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Pada fase ini kontraksi uterus meningkat. Frekuensi, durasi, dan intensitasnya setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam. Pada fase ini kontraksi uterus menjadi lebih efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di akhir fase aktif, kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali selama 60 detik, dengan kekuatan lebih dari 40 mmHg. Fase Aktif di bagi dalam 3 subfase :
 - (1) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 3-4 cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm. Normalnya pembukaan serviks

pada fase ini konstan yaitu 3 cm/jam untuk multipara dan 1,2 cm untuk primipara.

- (3) Periode deselerasi : berlangsung lambat dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Dewi Asri dan Cristine Clervo, 2012)

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin).

Persalinan pada kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (Nurasiah, 2012). Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. Tanda kala II di tentukan melalui pemeriksaan yang hasilnya adalah:

- a) Pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm)
- b) Terlihat bagian dikepala bayi melalui introitus vagina

Tanda dan Gejala fisik kala II:

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
- c. Perineuma menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Rohani, 2010)

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta).

Kala III persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5 dan 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala tiga sampai 30 menit (Varney, 2008).

Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut (Nurasiah, 2012):

1. Metode Schultze

Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vaginam melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

2. Metode Matthews Duncan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu, bagian plasenta tidak berada dalam kantong. Pada metode ini, kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas selengkap metode schultze.

Menurut Nurasiah (2012) Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut:

1. Kustner : dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/ di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum terlepas.
2. Klein: sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas
3. Strassman: tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, sebaliknya bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

Menurut Nurasiah (2012) tanda-tanda plasenta adalah sebagai berikut: Bentuk uterus berubah menjadi

globular dan terjadinya perubahan tinggi fundus, tali pusat memanjang, dan semburan darah tiba-tiba.

4) Kala IV

Kala IV di mulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Observasi yang harus di lakukan pada kala IV:

- a) Tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadi perdarahan. Perdarahan di anggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Varney, 2008).

2.1.9 Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Dalam Persalinan

Menurut Nurasiah (2012) adapun perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan adalah:

1) Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

a) Perubahan fisiologi kala I :

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada

level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

(2) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun metabolisme *anaerobic* akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

(3) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0.5 – 1°C.

(4) Denyut jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

(5) Pernafasan

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal.

Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis.

(6) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.

(7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

(8) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

b) Perubahan psikologi kala I :

(1) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang akan ditanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

(2) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang-orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu-ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

(3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi)

Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari

segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang dikandungnya.

(4) Support system

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

2) Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

a. Perubahan fisiologi pada kala II

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 samapai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di

antara kontraksi ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

(2) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mendedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

(3) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

(4) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

(5) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

(6) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008).

(7) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

(8) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak

merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Fraser, 2009). Kontraksi menjadi ekspulsif pada saat janin turun lebih jauh ke dalam vagina. Tekanan dan bagian janin yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf di dasar pelvik (hal ini disebut refleksi ferguson) dan ibu mengalami dorongan untuk mengejan. Refleksi ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan diafragma (Fraser, 2009).

(9) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih terdorong ke atas ke dalam abdomen tempat risiko cedera terhadap kandung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil. Dari posterior rektum menjadi rata dengan kurva sakrum, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi fekal residual. Otot levator anus berdilatasi, menipis, dan bergeser ke arah

lateral, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi, dan mundur diantara kontraksi sampai terjadinya *crowning* (Fraser, 2009).

(10) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008).

b. Perubahan Psikologis pada Kala II

- (1) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- (2) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak,

akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.

- (3) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.
- (4) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan “terasa lega”. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedan, yaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Ibu merasa dirinya stress dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

3) Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

a) Perubahan fisiologis pada kala III

(1) Perubahan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Ambarwati, 2010). Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

(2) Perubahan Serviks

Setelah selesainya kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi

demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonus nya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

(3) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

(4) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan sistolik dan distolik mulai kembali ketinggian sebelum persalinan. Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhage uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

(5) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, nadi secara bertahap kembali ketinggian sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau

dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas 100 x/mnt selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007)

(6) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari 37,5°. Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008).

(7) Perubahan Pernafasan

Pernafasan kembali normal, pada peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukan syok atau ansietas. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009). Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan. Kenaikan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk itu

diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernafasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing.

(8) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

(9) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

(10) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan

defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

(11) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

b) Perubahan Psikologis pada Kala III

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

4) Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

a) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan

dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

b) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

c) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya

perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu.

Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II. Memijat fundus seperti memeras untuk mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan kemungkinan masuknya sel janin ke dalam sirkulasi ibu. Setelah kelahiran plasenta perhatian harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang dapat berasal dari tempat implantasi plasenta. Kontraksi uterus yang mengurangi perdarahan ini dapat dilakukan dengan pijat uterus dan penggunaan oksitosin. Dua puluh unit oksitosin rutin ditambahkan pada infus intravena setelah bayi dilahirkan. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya. Kalau pasien menghadapi perdarahan masa nifas (misalnya karena anemia, pemanjangan masa augmentasi, oksitosin pada persalinan, kehamilan kembar

atau hidramnion) dapat diperlukan pembuangan plasenta secara manual, eksplorasi uterus secara manual atau kedua-duanya.

- d) Pemantauan dan evaluasi lanjut
 - (1) Pemantauan tanda-tanda vital
 - (2) Kontraksi uterus harus baik
 - (3) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
 - (4) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
 - (5) Kandung kencing harus kosong
 - (6) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
 - (7) Keadaan bayi
 - (8) Keadaan ibu

2.1.10 Posisi-Posisi Pada Saat Meneran.

1. Posisi Miring atau Lateral.

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- 1 Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- 2 Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- 3 Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawati, dkk, 2010).

2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

Keuntungan :

- 1 Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- 2 Persalinan lebih mudah.

3 Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.

4 Mengurangi trauma pada perineum (Rohani, dkk, 2011)

3. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawati, dkk, 2010).

4. Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk, 2011).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

1. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
2. Membuat ibu nyaman.
3. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

5. Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

1. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
2. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
3. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011).

6. Posisi berdiri

Posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya (Rohani, dkk, 2011).



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

1. Memanfaatkan gaya grafitasi.
2. Memudahkan melahirkan kepala.

3. Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani , dkk , 2011)

2.1.11 Mekanisme Persalinan

Menurut Asri Hidayat, 2010, gerakan utama kepala janin pada proses persalinan yaitu:

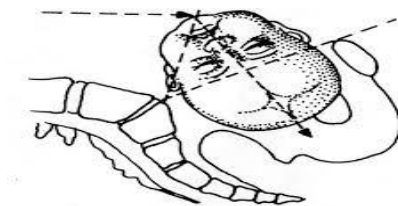
1. Engagement

Pada primigravida masuknya kepala pada PAP biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala pada PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati PAP dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promotorium. Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis atau agak kebelakang mendekati promotorium, maka kepala dikatakan dalam keadaan asinklitismus. Asinklitismus ada 2 yaitu:

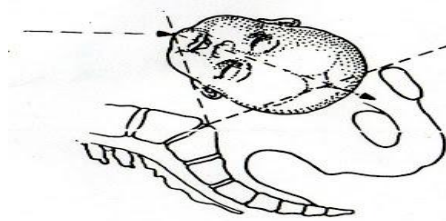
- a. *Asinklitismus posterior* : bila sutura sagitalis mendekati simfisis dari *os parietal* belakang dan *os parietal* belakang lebih rendah dari *os parietal* depan.

- b. *Asinklitismus anterior* : bila sutura sagitalis mendekati promotorium sehingga *os parietal* depan lebih rendah dari *os parietal* belakang.

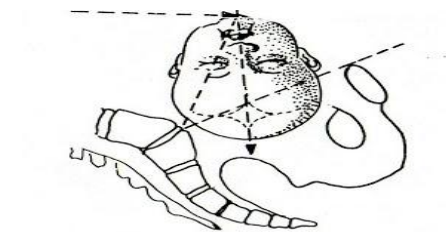
Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan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



Gambar 2.7 Sinklistismus. Sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.



Gambar 2.8 Asinklistismus anterior. Sutura sagitalis mendekati simfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.



Gambar 2.9 Asinklistismus posterior. Sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

2. Fleksi

Pada awal persalinan kepala janin berada pada posisi fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan

lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboksipito frontalis (11 cm). sampai didasar panggul, biasanya kepala janin biasanya berada dalam keadaan fleksi maksimal.

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

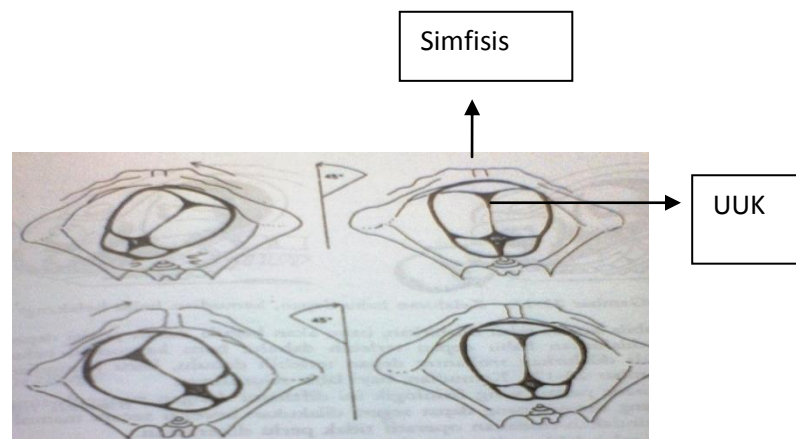


Gambar 2.10 Fleksi. Dagu dibawa lebih dekat kearah dada janin.

3. Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan kebawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk

jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

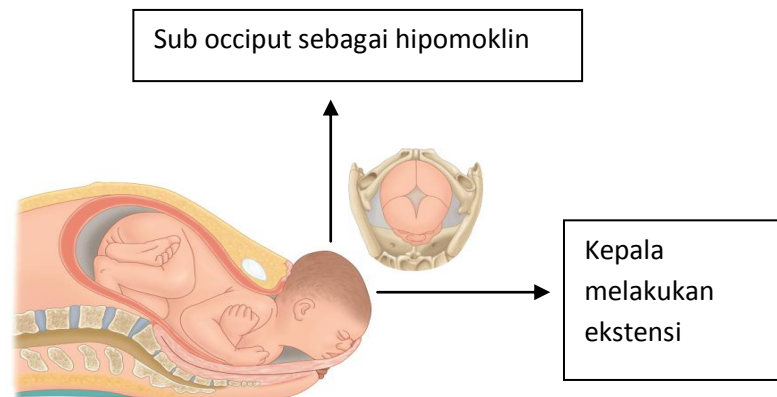


Gambar 2.11 Putaran Paksi dalam. UUK berputar kearah depan sehingga dasar panggul UUK akan berada dibawah simfisis.

4. Ekstensi

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

Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (hipomoklion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

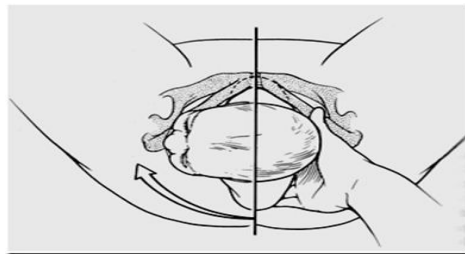


Gambar 2.12 Gerakan Kepala Janin pada defleksi.

5. Paksi luar (putaran paksi luar)

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

itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuberiskiadikum sepihak



Gambar 2.13 Gerakan Kepala janin Putar Paksi luar

6. Expulsion

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



Gambar 2.14 Ekspulsi. Seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

2.1.12 Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

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

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

- g) Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
 - h) Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
 - i) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
 - j) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- a) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
 - b) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
 - c) Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.
3. Persiapan rujukan.
- Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil

penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

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

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

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

5. Persiapan Alat/Bahan.

SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½, ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) Spuit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs

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

SAF 2

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

SAF 3

- a) Cairan RL : 3
- b) Abbocath No. 16-18

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

6. Pemantauan Persalinan Menurut Asuhan Persalinan Normal (APN), (JNPK, 2008)

KALA I

1. Menanyakan riwayat kehamilan ibu secara lengkap.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap (dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah, denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi dan apakah ketuban pecah).

3. Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai kebutuhan. Dalam keadaan normal periksa dalam cukup setiap 4 jam sekali dan harus selalu secara aseptik.
4. Memantau dan mencatat denyut jantung janin sedikitnya setiap 30 menit selama proses persalinan, jika ada tanda-tanda gawat janin (DJJ kurang dari 100 kali/menit atau lebih dari 180 kali/menit) harus dilakukan setiap 15 menit, DJJ harus didengarkan selama dan segera setelah kontraksi uterus. Jika ada tanda-tanda gawat janin bidan harus mempersiapkan rujukan kefasilitas yang memadai.
5. Catat semua temuan dan pemeriksaan fase laten persalinan pada kartu ibu dan catatan kemajuan persalinan. Ibu harus dievaluasi sedikitnya setiap 4 jam, lebih sering jika ada indikasi. Catatan harus selalu memasukkan DJJ, periksa dalam, pecahnya ketuban, perdarahan/cairan vagina, kontraksi uterus, TTV, urine, minuman, obat-obat yang diberikan, dan informasi yang berkaitan serta semua perawatan yang diberikan.
6. Mengizinkan ibu untuk memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan menganjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.

7. Mengajarkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan mengajarkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
8. Mengajarkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi dan mengajarkan anggota keluarga untuk sesering mungkin menawarkan makanan ringan dan minuman selama proses persalinan.
9. Mengajarkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama proses persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh.

KALA II

10. Mengamati tanda dan gejala kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
11. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10

unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.

12. Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk yang bersih.
13. Memakai alat pelindung diri secara lengkap (topi, kacamata, masker, celemek, sarung tangan dan sepatu bot).
14. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT) dan meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminasi tabung suntik.
15. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
16. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam.

17. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
18. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
19. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
20. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada kontraksi, bantu ibu berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
21. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. jika ibu berbaring miring, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada.

22. Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran dan tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.
23. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak-puncak kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
24. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi dan letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
25. Membuka partus set dan memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
26. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.
27. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah

terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.

28. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.

29. Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu depan melewati simpisis, setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dilahirkan.

30. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian

anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.

31. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan yang lainnya.

32. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia segera lakukan resusitasi.

33. Segera keringkan dan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

KALA III

34. Memastikan bahwa tidak ada bayi lain didalam uterus.

35. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin

36. Segera (dalam satu menit setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.

37. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).

38. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
39. Mengeringkan bayi secara seksama, memberikan bayi kepada ibunya dan dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
40. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
41. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu (beralaskan kain) tepat diatas shimpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Memegang tali pusat dengan klem dengan tangan yang lain.
42. Menunggu uterus berkontraksi dan setelah terjadi kontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan dengan lembut. Dan tangan yang lain melakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsokraniel).
43. Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.

Tetap tegangkan tali pusat dengan dengan arah sejajar rantai (mengikuti poros jalan lahir).

44. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan kedalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

45. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

46. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :

1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
2. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan secara rileks.
3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

47. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.

1. Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang)

2. Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.

3. Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata).

4. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.

48. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

KALA IV

49. Sangat penting untuk menilai keadaan ibu beberapa kali selama dua jam pertama setelah persalinan. Berada bersama ibu dan melakukan setiap pemeriksaan, jangan pernah meninggalkan ibu sendirian sampai paling sedikit 2 jam setelah persalinan dan kondisi ibu stabil.

50. Melakukan penilaian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah

persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus tidak teraba keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar dapat berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan perdarahan dari tempat perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.

51. Periksa tekanan darah dan nadi ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan.

52. Lakukan palpasi kandung kemih ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan dan kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Bila kandung kemih ibu penuh dan meregang, mintalah ibu untuk BAK, jangan memasang kateter kecuali ibu tidak bisa melakukannya sendiri. Mintalah ibu untuk BAK dalam 2 jam pertama sesudah melahirkan.

53. menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih.
56. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% , membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Dokumentasi : melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.1.13 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 perlinaan 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.

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, lacerasi, 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.

2.3 Konsep Manajemen Kebidanan

2.3.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Buku 50 tahun IBI, 2007).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 2008).

2.3.2 Tujuan Manajemen Kebidanan

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

- i) Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.
- ii) Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.
- iii) Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan

- iv) Untuk memecahkan suatu masalah
- v) Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan
- vi) Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

2.3.3 Prinsip dan Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

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

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

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

2.3.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal

Menurut Asri, Dwi 2012. Asuhan Persalinan Normal

1. Langkah I : Pengkajian.

a) Data Subjektif.

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

1. Identitas mencakup:

a. Nama

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

b. Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak. Usia reproduktif seorang wanita adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun. Jika usia ibu untuk hamil atau melahirkan < 20 tahun dan > 35 tahun, maka itu dikategorikan sebagai resiko tinggi.

c. Pendidikan

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

d. Pekerjaan

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

2. Keluhan utama.

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas pelayanan kesehatan dan digunakan agar dapat menegaskan diagnose berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien. Keluhan utama yang dialami ibu bersalin normal adalah: rasa sakit karena adanya his

yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Nurasiah, 2012)

3. Riwayat penyakit sekarang seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin /HIV/AIDS, diabetes, hipertensi, karena dapat menyebabkan komplikasi pada saat proses persalinan.

4. Riwayat Menstruasi

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

5. Riwayat kehamilan sekarang.

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

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

c. Keberadaan masalah atau komplikasi seperti perdarahan.

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

- e. Jumlah kunjungan kehamilan selama ibu hamil mulai trimester I kehamilan sampai dengan trimester III sebanyak 4 kali.
 - f. Imunisasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi dan ibu yang dimulai pada awal kehamilan sampai dengan 25 tahun.
6. Riwayat persalinan yang lalu.
- Jumlah kehamilan, aborsi (spontan atau dengan obat-obat), jumlah anak yang lahir hidup, keadaan bayi saat lahir, berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram dan komplikasi. Membantu pemberian asuhan agar waspada terhadap kemungkinan terjadinya masalah potensial.
7. Riwayat keluarga berencana.
- Untuk mengetahui jenis Kontrasepsi yang pernah di pakai seperti suntik, Pil, IUD, Implat, dan untuk dapat menjarangkan kehamilan.
8. Riwayat kesehatan.
- Apakah ibu menderita penyakit: Hipertensi, HIV/AIDS, Hepatitis, Diabetes Melitus, Jantung, anemia, yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan menjadi komplikasi pada saat melahirkan.

9. Keadaan psikologi.

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

10. Perilaku kesehatan.

- a. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.
- b. Konsumsi alkohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alkohol.

11. Riwayat latar belakang budaya.

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

12. Riwayat seksual.

Perubahan dalam hasrat seksual adalah hal wajar, dan hasrat dapat berubah-ubah menurut trimester. Pada

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

13. Riwayat diet/makanan.

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

14. Riwayat kebersihan diri.

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

b) Data Objektif.

1. Pemeriksaan Umum.

a. Keadaan umum: untuk mengetahui keadaan umum ibu yaitu baik, sedang, buruk.

b. Kesadaran: untuk mengetahui tingkat kesadaran pada ibu yaitu composmentis, somnolen.

c. TTV: frekuensi nadi dapat sedikit meningkat (80 x/mnt – 100 x/mnt). Tekanan darah biasanya sedikit menurun, menjelang masa pertengahan kehamilan dan berangsur-angsur kembali normal. Mengobservasi tekanan darah ibu agar tidak terjadi hipertensi pada ibu hamil, tekanan darah normal (110/60mmHg-130/60 mmHg). Suhu 36,5 ° C – 37,5 ° C, jika > 36 °C menandakan dehidrasi dan <37,5 ° C menandakan infeksi. Pernapasan normal 12-20 x/mnt.

d. Tinggi Badan.

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

e. Berat Badan.

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

f. Lila

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

2. Pemeriksaan fisik.

- 1) Kepala: pada kepala bersih atau tidak, oedema, bekas luka.
- 2) Wajah: cloasma gravidarum, oedema.
- 3) Mata: konjungtiva: merah mudah, sclera: putih, tidak ada oedema.
- 4) Gigi: bersih, tidak ada caries.
- 5) Leher: mengkaji tiroid, kemungkinan agak membesar selama kehamilan, tandai bila ada pembesaran, nodul, dan seterusnya, yang dapat

mengindikasikan hipertiroidisme atau goiter dan dikaji lebih jauh adanya gangguan.

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

- v) MC donal dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:
Kepala sudah masuk PAP (Divergen) $TFU - 11 \times 155$, dan kepala belum masuk PAP (convergen) $TFU - 12 \times 155$.
- 8) Ekstremitas: apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal dan memeriksa reflex patella. Hiperrefleksia dapat mengindikasikan hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.
- 9) Vulva vagina dan anus: hemoroid. Oedema.
- 10) Vulva: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan.
- 11) Anus: dapat dicatat bila ada ruam, benjolan, dan hemoroid, ibu yang menderita hemoroid sebaiknya dikaji untuk masalah konstipasi dan hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3. Pemeriksaan Dalam

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

Tujuan: Dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan.

Vagina Toucher:

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

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

4. pemeriksaan Laboratorium.
 - a. Urine: Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat, mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus.
 - b. Darah: dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan

2. Langkah II : Analisa Masalah Dan Diagnose

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

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

a. Diagnosa Kebidanan

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

1. Data Subyektif

- a). Ibu mengatakan namanya Ny. X
- b). Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak
- c). Ibu mengatakan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak....

2. Data Obyektif

- a). Ku : baik, sedang, buruk
- b). TTV: Tensi (Batas normal 90/60 mmHg-130/90 mmHg), nadi (80 x/mnt-100 x/mnt), pernapasan: 12 x/mnt -20 x/mnt), suhu (36,5 ° C-37,5 °C)
- c). DJJ normal 120 x/mnt-160 x/mnt
- d). Pemeriksaan Leopold
- e). Pemeriksaan Dalam

b. Masalah

1. Ibu merasa nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang

2. Ibu merasa cemas menghadapi persalinannya
- c. Kebutuhan :Informasi tentang kemajuan persalinan, penerimaan sikap dan tingkah laku, relaksasi saat ada his, dukungan moril, nutrisi yang adekuat.

3. Langkah III : Antisipasi masalah potensial

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

4. Langkah IV : Tindakan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera jika terjadi infeksi, perdarahan, persalinan macet, dll. Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan yang paling tepat.

5. Langkah V : perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau

data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang diberikan yaitu:

- a. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan baik proses persalinan nantinnya dan kemajuan persalinan.
- b. Observasi DJJ, his, dan nadi ibu setiap 30 menit, suhu setiap 2 jam, tekanan darah, pembukaan dan penurunan kepala setiap 4 jam atau segera bila ada indikasi melalui partograf.
- c. Berikan dukungan moril
- d. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
- e. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi
- f. Siapkan alat dan bahan sesuai saff yakni partus set, heating set, obat dan alat-alat lain yang akan dipergunakan selama persalinan
- g. Bimbing ibu meneran saat pembukaan lengkap dan ada kontraksi
- h. Lakukan asuhan persalinan yang aman normal sesuai 58 langkah.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan

kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat. Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat.

7. Langkah VII : Evaluasi

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

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

DATA PERKEMBANGAN

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

S (Subyektif)

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

O (Obyektif)

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

A (Assement)

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

1. Diagnosa atau masalah
2. Ntisipasi diagnosa lain atau masalah potensial
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultasi atau kolaborasi.

P (Planning)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assement.

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sugiyono, 2011). Penelitian kualitatif dalam studi kasus ini menggambarkan asuhan kebidanan intrapartal yang diberikan pada ibu primigravida di ruangan Bersalin Puskesmas Bakunase.

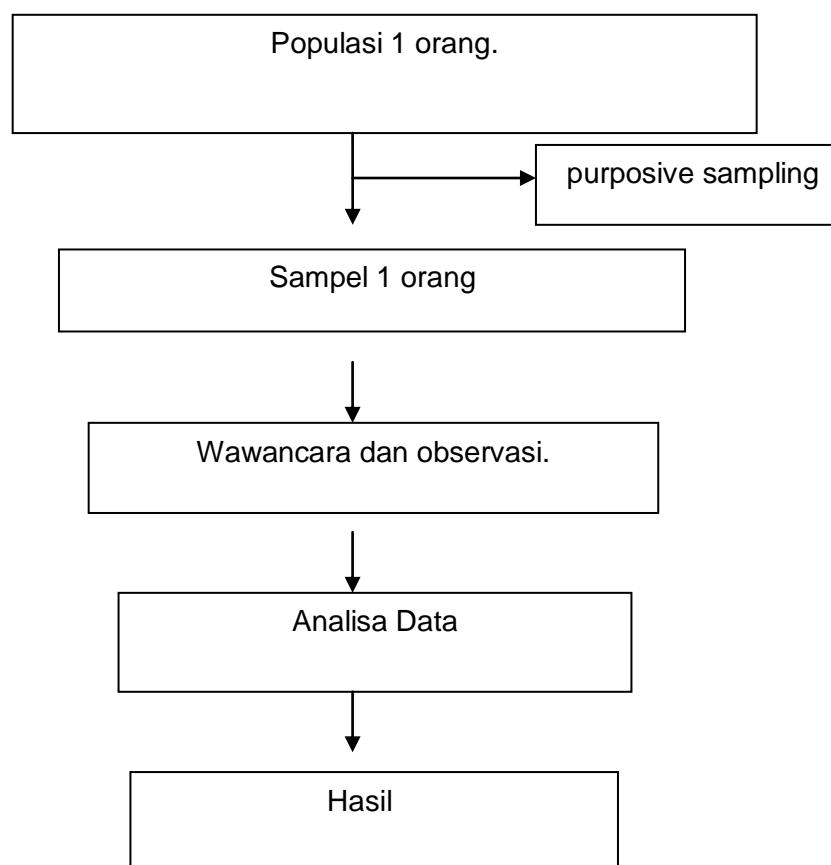
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam satu penelitian (Sugiyono, 2011: 111). Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis bagi dari segi yang berhubungan

dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Sugiyono, 2011: 115). Dalam studi kasus ini variabel penelitian yaitu asuhan persalinan normal. (Prawirohardjo, 2008).

3.2 KERANGKA KERJA (*FRAME WORK*)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Sugiyono, 2011: 119).



Gambar 3.1 Kerangka kerja penelitian pada kasus

3.3 POPULASI, SAMPEL DAN SAMPLING

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2008: 234). Populasi pada penelitian ini adalah Ny.R.A.B umur 30 tahun, primigravida di ruangan bersalin Puskesmas Bakunase.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005: 236). Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Sugiyono, 2011). Kriteria inklusinya adalah pasien yang bersedia menjadi responden yaitu pasien primigravida yang Inpartu.

3.3.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel yang akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Sugiyono, 2011). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subjektif dan

praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sugiyono, 2011: 322).

3.4 PENGUMPULAN DATA

3.4.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2011:343). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan kebidanan pada ginekologi.

3.4.2 Proses pengumpulan data

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Puskesmas Bakunase dan kepala ruangan Bersalin Puskesmas Bakunase. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan informed consent. Setelah mendapatkan persetujuan dari responden peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Data yang didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3 Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan tahap penting dalam proses penelitian. Data yang tepat maka proses penelitian akan berlangsung sampai peneliti menemukan jawaban dari rumusan masalah. Berdasarkan cara memperolehnya, data dibagi menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder (Sugiyono, 2011: 333).

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari subyek atau obyek penelitian, melalui wawancara dan observasi pada perorangan maupun organisasi (Sugiyono, 2011: 354). Data primer didapatkan dari proses pengkajian data yang terdiri dari pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat tidak secara langsung dari objek penelitian (Sugiyono, 2011: 357).

Data sekunder dapat diperoleh dari :

1) Dokumentasi

Dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen resmi maupun tidak resmi, dokumen resmi dibawah tanggung jawab instansi resmi, misalnya laporan,

catatan-catatan di dalam kartu klinik, sedangkan tidak resmi adalah bentuk dokumen di bawah tanggung jawab instansi tidak resmi, seperti biografi, catatan harian (Sugiyono, 2011: 359).

2) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah memperoleh berbagai informasi baik berupa teori-teori, generalisasi, maupun konsep yang dikembangkan oleh berbagai ahli dari buku-buku sumber yang ada.

3.4.4 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian yang terdiri dari data subjektif dan objektif. Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara langsung dari responden (Sugiyono, 2011:410). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

3.4.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus di laksanakan (Sugiyono, 2011:412). Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Bakunase, dan tanggal 19-21 Juli 2016 dan dilanjutkan dengan kunjungan rumah 3 hari.

3.5 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. Mengidentifikasi 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 hygiene, 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.

3.6 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

a. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut

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 (Sugiyono, 2011).

b. Tanpa nama (anonim)

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 (Sugiyono, 2011).

c. Kerahasiaan (confidentially)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan 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 penelitian (Sugiyono, 2011).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

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

1. Sebelah Timur berbatasan dengan wilayah kerja puskesmas Oebobo

2. Sebelah Barat berbatasan dengan wilayah kerja puskesmas Kupang Kota
3. Sebelah Utara berbatasan dengan wilayah kerja puskesmas Sikumana
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan wilayah kerja puskesmas Naioni

Rawat Inap Puskesmas Bakunase memberikan pelayanan obsterti dan neonatal. Klinik Bersalin Puskesmas Bakunase terdiri dari 9 ruangan yang terbagi atas 1 ruangan bersalin yang terdiri dari 2 tempat tidur, 1 lampu pemanas bayi, 2 troli alat, 1 lemari alat, 1 set alat resusitasi, 1 lampu sorot, 1 tabung O2 besar, 2 tabung O2 kecil, 1 ruang alat, 2 kamar mandi, terdapat 3 ruangan nifas dengan 2 tempat tidur per ruangan. Rawat Inap Puskesmas Bakunase terdiri dari 11 orang Bidan PNS, 1 orang Bidan PTT, 6 orang Bidan magang, 4 dokter umum dan 2 CS. Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 2 shif jaga, yaitu : shif pagi pukul 07.00-17.00 WITA dan shif sore pukul 17.00-07.00 WITA untuk setiap harinya.

4.1.2. Hasil Penelitian

4.1.2.1. Pengkajian

Hasil pengkajian data subyektif yang didapat Ny. R.A.B umur 30 tahun, Pasien baru masuk diantar suami dan keluarga di Puskesmas Bakunase pada pukul 13.05 WITA, tanggal 19 Juli 2016 mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama \pm 9 bulan. HPHT: 20-10-2015. Ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 11.00 WITA dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 12.00 WITA tanggal 19-07-2016 dan rasa ingin BAB. Riwayat menstruasi: menarche umur 14 tahun, siklus 30 hari, banyaknya 2-3 kali ganti pembalut, lamanya darah 5-6 hari, sifat darah encer, nyeri haid tidak ada, HPHT 20-10-2015, TP 27-07-2016. Riwayat pernikahan belum syah, umur pada saat nikah 30 tahun dan belum mempunyai anak hidup. Riwayat kehamilan lalu tidak ada, pergerakan anak dirasakan sejak umur kehamilan 16 minggu dan dalam 24 jam terakhir dirasakan sering 9-10 kali, melakukan ANC 3 kali pada UK: 26 minggu di puskesmas pembantu Bakunase. Sudah melakukan imunisasi 2 kali yaitu : TTI pada tanggal: 24-04-2016, TT2 : 28-05-2016. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Ibu mengatakan ia tidak pernah

menderita penyakit jantung, HIV/AIDS, hepatitis, jiwa, campak, varicela, malaria, tidak pernah di operasi, dan tidak pernah mengalami alergi obat dan dari pihak jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, varicela, malaria, dan lain-lain. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini adalah ibu dan keluarga sangat senang dengan kelahiran calon anggota baru dalam keluarga mereka. Adapun beban kerja dan kegiatan sehari-hari yang dilakukan ibu yakni memasak, mencuci, menyapu dan mengepel. Dalam perilaku kesehatan ibu tidak pernah merokok dan mengkonsumsi obat terlarang tetapi sesekali ibu minum kopi. Pantangan makanan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan tidak ada, dan kepercayaan yang berhubungan dengan nifas tidak ada. Kebiasaan pola makan ibu sehari-hari yaitu dengan jenis makanan nasi, sayur sawi, ikan, tempe, tahu, porsi 1 piring penuh, dengan frekuensi makan 3-4 kali sehari. Ibu minum air putih 8-9 gelas/hari dan susu 1-2 gelas/hari. Sebelum datang ke Puskesmas Bakunase ibu mengatakan sudah makan sekitar 1 jam yang lalu dengan porsi 1 piring sedang dengan jenis makanan seperti biasanya. Pola eliminasi yakni BAK 4-5x/hari dengan bau khas urine dan warna kuning jernih, BAB 1x/hari dengan bau khas feces konsistensi lembek dan warna kuning kecoklatan. Ibu mengatakan sebelum datang ke

Puskesmas Bakunase ibu sudah BAB 1 kali, ibu mengatakan BAK terakhir sekitar 1 jam yang lalu dan Pola istirahat tidur siang 1/2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam.

Data objektif yang di temukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 120/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Suhu : 36,9 °C, RR : 20 x/menit. TB : 150 cm, BB : sebelum hamil :-, sesudah hamil : 50 kg, LILA : 24 cm. Pemeriksaan fisik: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/-, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans. Palpasi: Leopold I: TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus (28 cm), teraba lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas). Leopold III : pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan melenting, kepala sudah masuk pintu atas panggul (kepala tidak dapat di goyangkan). Leopold IV: Divergen penurunan kepala 0/5. Mc.Donald: 28 cm, TBBA: 2635 gram. Auskultasi : Denyut

Jantung Janin terdengar jelas, kuat, dan teratur dengan Frekuensi: 141 x/menit, periksa dalam jam 13.10 wita Inspeksi: tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah warna jernih, bagian terendah kepala, posisi UUK-Kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.

4.1.2.2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Diagnosa : G1P0A0AH0, umur kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik.

Pengkajian data subyektif ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, belum pernah melahirkan, pergerakan janin di rasakan dalam 24 jam terakhir sebanyak 9-10 kali. Dan ibu mengatakan merasa nyeri di pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 11.00 wita, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 12.00 dan rasa ingin BAB. HPHT:20-10-2015.

Data objektif yang di temukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 120/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Suhu : 36,9 °C, RR : 20 x/menit. TB : 150 cm, BB : sebelum hamil :-, sesudah hamil : 50 kg, LILA : 24 cm. Pemeriksaan fisik: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak

oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda , sclera putih, oedema tidak ada; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/+, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae. Palpasi : Leopold I : TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus (28 cm), teraba lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas). Leopold III: pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan melenting kepala sudah masuk pintu atas panggul (kepala tidak dapat di goyangkan). Leopold IV: Divergen penurunan kepala 3/5. Mc.Donald: 28 cm, TBBA: 2635 gram, Auskultasi : Denyut Jantung janin terdengar jelas, kuat, teratur, dengan Frekuensi: 141x/menit. Pemeriksaan dalam jam 13.10 wita. Inspeksi: tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah warna jernih, bagian terendah kepala, posisi UUK-Kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.

Masalah : gangguan rasa nyaman. DS: ibu mengatakan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.

DO: Ibu merintih kesakitan saat ada his 4x dalam 10 menit durasi 45 detik.

4.1.2.3. Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakkan tidak didapatkan masalah potensial.

4.1.2.4. Tindakan Segera

Berdasarkan hasil diagnosa dan masalah yang telah ditegakkan tidak terdapat masalah potensial maka tidak ada tindakan segera.

4.1.2.5. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa Ny. R.A.B G1P0A0AH0, umur kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik. Tanggal 19-07-2016 jam 13.06 maka ditetapkan perencanaan sesuai kebutuhan dan kondisi ibu, yaitu: Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, informasi tentang pemeriksaan ibu agar ibu dan keluarga mengetahui keadaan ibu. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, lingkungan aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik dan benar, Teknik mengedan yang baik dan benar membantu memperlancar proses persalinan, sehingga dapat meminimalisir robekan jalan lahir. Libatkan suami atau

keluarga dalam proses persalinan untuk membantu dan mendampingi ibu, pendampingan dilakukan untuk memberikan dukungan kepada ibu. Siapkan kelengkapan persalinan, Perlengkapan ibu dan bayi tersedia dapat membantu mempercepat proses persalinan. Lakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN, agar tercapainya persalinan yang bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi.

Masalah : nyeri perut bagian bawah. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan, penjelasan yang diberikan dapat membantu ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan lewat mulut sebagai relaksaksi, saat menarik nafas terjadi relaksasi dari otot dan masase pada punggung untuk merangsang nyeri supaya tidak menjalar kesyaraf. Anjurkan pada keluarga untuk melakukan masase pada daerah punggung, masase pada punggung ibu dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

4.1.2.6. Pelaksanaan

Berdasarkan perencanaan diatas maka dilakukan pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi ibu. Asuhan yang diberikan pada Ny.R.A.B G1P0A0AH0, umur kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin,

presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik. Pada tanggal 19-07-2016 jam 13.15 wita adalah menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu dan janin baik, TTV dalam batas normal yakni TD 120/90 mmHg, S : 36, 9⁰ C, Pernapasan : 20 x / menit, Nadi : 84 x / menit, Auskultasi : DJJ (+) 141 x/ menit, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan menutup sampiran dan pintu, mengajari ibu teknik relaksasi yaitu dengan menarik nafas melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut secara perlahan. Mengajarkan ibu cara mengedan yang baik dan benar yaitu dagu menempel pada dada, membuka mata, tangan dikepal dan dimasukkan ke dalam lipatan paha, meneran pada saat pembukaan sudah lengkap dan bila ada dorongan untuk meneran. Melibatkan keluarga dalam proses persalinan, dengan cara suami atau keluarga berada disamping ibu. Menyiapkan kelengkapan persalinan yakni kelengkapan resusitasi yakni meja yang keras dan datar yang dilapisi kain, lampu 60 watt, pengganjal bahu, penghisap lender delee, kain kasa steril, sungkup, ambubag, tabung O2, dan kelengkapan troli partus; SAFF I yakni partus Set (½ koher 1 buah, sarung tangan steril 2 pasang, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, pengikat tali pusat, klem 2

buah, kassa secukupnya), kapas sublimat, air DTT, cuci tangan alternative, obat-obat esensial dalam wadah, thermometer, chlorin spray, spuit 1 cc dan 3 cc, dan funduscope. SAFF II yakni Heating Set (sarung tangan steril, gunting benang, jarum otot dan gunting kulit, pinset sirurgis, pinset anatomis, kassa secukupnya), clorin sarung tangan, tempat plasenta, tensi meter, stetoscop. SAFF 3 yakni APD (celemek, kaca mata, masker, topi, sepatu boot), infus set, transfuse set, cairan infus, pakaian ibu dan bayi. Menyiapkan kelengkapan pencegahan infeksi seperti : tempat pakaian kotor, ember berisi air DTT ibu, air DTT bayi, Clorin alat, air bersih, tempat sampah medis, tempat sampah non medis dan safety box. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN yaitu:

1. Mengamati adanya tanda gejala kala II persalinan, yaitu ada dorongan untuk meneran dari ibu, ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
2. Memastikan kelengkapan pertolongan persalinan, mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alt suntik sekali pakai 3 cc dalam wadah partus set
3. Memakai APD (topi, kaca mata, masker, celemek, sepatu boot)

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai lalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan di gunakan untuk memeriksa dalam
6. Mengisap oxytocin dengan disposable 3 cc dengan teknik one hand dan meletakkan kembali kedalam wadah partus set
7. Menggunakan handscoon pada tangan kiri dan membersihkan daerah vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang dibasahi air DTT.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mmencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan cuci tangan alternatif

10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11. Memberitahukan ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran
12. Meminta keluarga membantu ibu menyiapkan ibu posisi meneran
13. Timbul his, ibu di pimpin meneran dan berikan pujian kepada ibu, bila his berhenti beri ibu makan dan minum, istirahat, dan mulai DJJ
14. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman, dan ibu memilih posisi setengah duduk
15. Saat kepala membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan kain bersih atau handuk di atas perut ibu
16. Membuka dan meletakkan kain yang dilipat 1/3 di bagian bokong ibu
17. Membuka partus set dan memeriksa kembali kelengkapan obat dan bahan
18. Memakai handscoon steril pada kedua tangan
19. Setelah kepala bayi tampak 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 bernapas cepat dan dangkal.

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi lalu dengan lebut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah ibu untuk menyangga 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 ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dan pegang

masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). Bayi lahir hidup, spontan, langsung menangis, kulit kemerahan, jenis kelamin : perempuan.

25. Melakukan penilaian bayi baru lahir bernapas spontan, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, bergerak aktif.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan kain kering lalu membiarkan bayi berada diatas perut ibu.
27. Mengecek kembali fundus uteri untuk memastikan tidak ada lagi janin di dalam uterus (hamil tunggal)
28. Memberitahukan ibu bahwa ia akan disuntikan oksitosin di paha kanan agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU/IM di 1/3 paha bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan melakukan pemgguntingan tali pusat diantara kedua klem tersebut. Kemudian mengikat tali pusat dengan benang tali pusat pada satu sisi lalu lingkari kembali benang kearah yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua dengan menggunakan simpul atau kunci sambil melepaskan klem dan simpan pada tempatnya.
32. Meletakkan bayi secara tengkurap di dada ibu agar terjadi kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada dan perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegakan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke

arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri).

37. Melakukan peregangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga placenta terlepas, minta ibu meneran sedikit sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari depan vulva.
38. Saat placenta muncul di introitus, vagina lahirkan placenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar placenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan placenta pada wadah yang tersedia
39. Segera setelah placenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan diatas fundus dan lakukan masese dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
40. Memeriksa kedua sisi placenta baik bagian maternal maupun fetal selaput placenta lengkap dan utuh, kemudian masukan placenta ke dalam wadah yang telah tersedia.

41. Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit dengan ibu
44. Selama 1 jam Setelah 1 jam IMD, lakukan penimbangan, pengukuran panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, dan memberi salep mata (oxytetracyclin) 1% antibiotika dan suntik vitamin K (phytomenadione) 0,1 ml di paha kiri secara intramuscular di 1/3 anterolateral
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Imunisasi Hbo 0,5 ml secara intramuscular di 1/3 anterolateral paha kanan
46. Melakukan pemantauan kontraksi dan pencegaha perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan kandung kemih ibu tiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan

50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5^oc)
 51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
 52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
 53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering serta memakai pembalut ibu.
 54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
 55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
 56. Merendam sarung tangan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5%, secara terbalik selama 10 menit.
 57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
 58. Melengkapi partograf
- Masalah : Gangguan rasa nyaman akibat nyeri.
- Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang di rasakan yaitu

kontraksi yang semakin sering, kuat untuk mendorong anak keluar, ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan. Menganjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembus lewat mulut, ibu dapat melakukan sesuai anjuran. Melakukan masase/pijatan pada punggung ibu atau mengusap perut ibu dengan lembut, keluarga telah melakukan masase pada punggung.

4.1.2.7. Evaluasi

Tanggal 19-07-2016 Jam 13.35 melakukan pemantauan kala IV selama 2 jam pertama post partum pada ibu dan juga bayi yakni tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit jam kedua untuk mendeteksi adanya komplikasi baik pada ibu dan bayi baru lahir. Adapun hasil pemantauan 2 jam postpartum adalah Jam 13.35 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/mnt, S: 36,8°C, RR: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 50 cc, kandung kemih: kosong; pada bayi Rr: 48 x/mnt, S:36,5°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat masih basah dan tidak berdarah, Jam 13.50 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 25 cc, kandung kemih: kosong; pada bayi Rr: 48 x/mnt, S:36,5°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak

berdarah, tidak kejang, belum BAB dan BAK. Jam 14.05 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 15 cc, kandung kemih: kosong; pada bayi Rr: 48 x/mnt, S:36,5°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, tidak kejang, belum BAB dan BAK, tidak kejang, belum BAB dan BAK. Jam 14.20 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 15 cc, belum BAK/BAB pada bayi Rr: 48 x/mnt, S:36,5°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, tidak kejang, belum BAB dan BAK. Jam 14.50 wita pada ibu TD: 120/70 mmHg, N: 84 x/mnt, S: 36,5 °C, Rr: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 10 cc, kandung kemih: kosong; pada bayi Rr: 48 x/mnt, S:36,5°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, tidak kejang, belum BAB dan BAK. Jam 15.20 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, N: 84 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan \pm 10 cc, kandung kemih: kosong; pada bayi Rr: 47 x/mnt, S:36,7 °C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, tidak kejang, belum BAB dan BAK. Selama pemantauan 2 jam Post partum tidak ditemukan

adanya komplikasi baik pada ibu dan bayi baru lahir. Ibu dan bayi kemudian dipindahkan ke ruang Nifas jam 15. 35 Wita.

Masalah : **S**ubjektif: Ibu mengatakan tidak ada lagi rasa nyeri perut bagian bawah. **O**byektif: Ibu tampak senang, **A**ssesment: Masalah teratasi, **P**lanning: inervetensi di pertahankan.

CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA

Tanggal 20-07-2016 jam 06.00 Wita. **S**: Ibu mengatakan nyeri di tempat jahitan, BAK 1 x / BAB belum, sudah ganti softek 2 kali. **O**: Ku : baik, kesadaran : composmentis, TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/ menit, S : 37, 1 °c, RR : 19 x/menit. Mata: konjungtifa merah muda, payudara: colostrum ka+/ki+, tidak ada bendungan ASI, tidak ada massa, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, pengeluaran pervaginam lochea rubra, kandung kemih kosong. **A**: P1 A0 AH1 post partum 17 jam normal, **P**: Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. Menganjurkan pasien untuk mandi dan ganti pembalut, ibu mengatakan mau mengikuti anjuran yang di berikan. Melakukan perawatan luka perineum, luka baik, tidak terbuka, tidak oedema, tidak ada tanda-tanda infeksi. Memberikan obat pagi amoxicilline 3x1 (500 mg), Paracetamol 3x1 (500 mg), Vitamin C 1x1 (50 mg),

ibu mengatakan akan minum setelah makan nasi. Menyiapkan ibu dan bayi untuk visite dokter, ibu dan bayi telah disiapkan. Mengikuti visite dokter, anjuran dokter adalah menganjurkan ibu untuk minum susu, menetek bayinya, merawat luka perineum, minum obat. Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe) dan makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui serta minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang baik dan benar, ibu sudah menyusui dengan posisi yang diajarkan. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam, ibu bersedia istirahat yang cukup dan teratur. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan terutama daerah genitalia dengan membersihkan genitalia setelah selesai BAK/BAB dengan air bersih dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KEDUA

Tanggal 21-07-2016 jam 06.00 Wita. **S:** Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah seperti datang haid, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2 kali / BAB 1 kali, sudah ganti softex 2 kali. **O:** Ku : baik, kesadaran :

composmentis, TTV : TD : 110/60 mmHg, S : 36,7⁰ C, N : 80 x/ menit, RR : 20 x/ menit, Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda, ASI ka(+)/ ki(+), TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) loche rubra. **A:** P1 A0 AH1 post partum 2 hari. **P:** Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, hasil TTV dalam batas normal. Menganjurkan pasien untuk mandi dan ganti pembalut, Ibu mengatakan mau mengikuti anjuran yang di berikan. Melakukan perawatan luka perineum, luka baik, tidak terbuka, tidak oedema, tidak ada tanda-tanda infeksi. Memberikan obat pagi, Amoxicilline 3x1 (500 mg), Paracetamol 3x1 (500 mg), Vitamin C 1x1 (50 mg). Menyiapkan ibu dan bayi untuk visite dokter, ibu dan bayi telah disiapkan. Mengikuti visitte dokter, Advice dokter adalah menganjurkan ibu untuk minum susu, meneteki bayinya, merawat luka perineum, minum obat. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang baik dan benar, ibu sudah menyusui dengan posisi yang diajarkan. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin yaitu tiap 2 jam dan bila bayi mau menyusui, ibu mau mengikuti anjuran yang di berikan. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup dan teratur tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam, ibu bersedia istirahat yang cukup dan teratur Observasi keadaan umum ibu

dan bayi dalam kondisi stabil sehingga sudah boleh pulang dan dianjurkan untuk kontrol ulang tanggal 24-07-2016 di Puskesmas Bakunase. Memberikan KIE, KIE mengenai tanda-tanda bahaya pada ibu nifas dan bayi baru lahir seperti: pusing atau nyeri kepala hebat, demam tinggi, rasa panas, kemerahan dan bengkak pada payudara, perdarahan pervaginam berbau busuk dan pada bayi yaitu kejang, demam tinggi, tali pusat bernanah, tidak mau menyusu, bayi tidak sadarkan diri dan sianosis, ASI eksklusif, pemberian ASI selama 6 bulan tanpa MPASI, menyusui bayi sesering mungkin, tetap menjaga personal hygiene, mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, istirahat cukup, anjurkan ibu ber-KB jangka panjang, perawatan luka perineum, dan KB postpartum.

KUNJANGAN RUMAH HARI PERTAMA

Tanggal 22-07-2016 jam 17.00 Wita, **S:** Ibu mengatakan masih ada rasa nyeri pada luka jahitan, dan masih keluar darah sedikit sudah BAK 4 kali dan BAB 1 kali. **O:** KU: baik, Kesadaran: composmentis. TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 8 °C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras

pada fundus, PPV (+) lochea rubra, ganti pembalut 2 kali. **A:** P1 A0 AH1 post partum 3 hari. **P:** Observasi TTV , sudah dilakukan pemeriksaan. Melihat posisi ibu saat menyusui bayi, colostrum ada, tidak ada bendungan ASI, Melihat ibu cara melakukan perawatan tali pusat. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI terus menerus kepada bayinya dan menilai adanya bendungan ASI, ibu bersedia menetekki bayinya. Menganjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene.

KUNJANGAN RUMAH HARI KEDUA

Tanggal 23-07-2016 jam 15.00 Wita. **S:** Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 3 kali dan BAB 1 kali. **O:** Keadaan umum: baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD:110/60mmHg, N : 80 x/menit, RR: 20 x/ menit, S: 36,6 °c. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, PPV (+) lochea sanguinolenta, ganti pembalut 2 kali. **A:** P1 A0 AH1 post partum 4 hari. **P:** Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemerisaan. Melihat posisi ibu saat menyusui bayi, colostrum ada, tidak ada bendungan ASI. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang

lebih karena ibu harus menyusui, ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran. menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, ibu mengerti dan maumengukiti. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu mengerti dan mau melakukannya. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 24-07-2016 di Puskesmas Bakunase.

KUNJNGAN RUMAH HARI KETIGA

Tanggal 24-07-2016 jam 17.00 Wita. **S:** Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir, sudah BAK 3 kali dan BAB 1 kali. **O:** Keadaan umum: baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 110/60 mmHg, N : 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 6 °C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: perengahan symphisis pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) lochea sanguinolenta, ganti pembalut 2 kali. **A:** P1 A0 AH1 post partum 5 hari. **P:** Menginformasikan hasil pemeriksaan. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, Ibu mau mengikuti anjuran yang di berikan.

Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Pengkajian

Menurut Asri, Dwi 2012 Data Subjektif pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien. Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan umum pada pasien, baik pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang (Sudarti, 2010: 122).

Pada Ny.R.A.B Pengkajian data subyektif ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, ibu belum pernah melahirkan, pergerakan janin di rasakan dalam 24 jam terakhir sebanyak 9-10 kali. Ibu mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 11.00 wita, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 12.00 dan rasa ingin BAB. HPHT:20-10-2015. Data objektif yang di temukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 120/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Suhu : 36,9 °C, RR : 20 x/menit. TB : 150 cm, BB : sebelum hamil :-, sesudah hamil : 50 kg, LILA : 24 cm. Pemeriksaan fisik: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak

oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/+, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae. Palpasi : Leopold I : TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus (28 cm), teraba lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas). Leopold III : pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan melenting kepala sudah masuk pintu atas panggul (kepala tidak dapat di goyangkan). Leopold IV: Divergen penurunan kepala 0/5. Mc. Donald: 28 cm, TBBA: 2635 gram, Auskultasi : Denyut jantung janin terdengar jelas, kuat, dan teratur dengan Frekuensi: 141x/menit. Pemeriksaan dalam jam 13.10 wita Inspeksi: vulva/vagina, tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah warna jernih, bagian terendah kepala, posisi UUK-Kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV. Pemeriksaan yang tidak dilakukan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan Hb

alasanya karena ibu sudah melakukan pemeriksaan Hb waktu kunjungan pada tanggal 24 April 2016 yaitu Hb 11,4 gr% sehingga tidak dilakukan pemeriksaan Hb ulang pada ibu inpartu. Pemeriksaan Hb hanya dilakukan apabila pasien datang dengan tanda-tanda anemia seperti wajah pucat dan konjungtiva pucat, dan ada riwayat anemia atau riwayat Hb sebelumnya rendah dan masuk dalam kategori anemia. Dapat di simpulkan bahwa pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.2. Analisa Masalah dan diagnosa

Menurut Soepardan 2007, pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut dapat diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun masalah keduanya harus ditangani.

Pada Ny.R. A. B. dengan diagnosa G1P0A0AH0, umur kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik. Data objektif Ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 11.00 WITA dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 12.00 WITA tanggal 19-07-2016 dan rasa ingin BAB. Data obyektif yang di temukan

adalah: keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 120/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Suhu : 36,9 °C, RR : 20 x/menit. Leopold I: TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus (28 cm), teraba lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas). Leopold III : pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan melenting kepala sudah masuk pintu atas panggul (kepala tidak dapat di goyangkan). Leopold IV: Divergen penurunan kepala 0/5. Mc.Donald: 28 cm, TBBA: 2635 gram, Auskultasi : Denyut jantung janin terdengar jelas, kuat, teratur, dengan Frekuensi: 141x/menit. Pemeriksaan dalam jam 13.10 wita Inspeksi: tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah warna jernih, bagian terendah kepala, posisi UUK-Kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV. Dapat disimpulkan bahwa pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Masalah : gangguan rasa nyaman. DS: ibu mengatakan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah. DO: Ibu merintih kesakitan saat ada his 4 x dalam 10 menit durasi 45 detik.

4.2.3. Antisipasi Masalah Potensial

Menurut Soepardan, 2007 pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial. Antisipasi masalah potensial yang bisa terjadi pada ibu inpartu adalah sebagai berikut : inersia uteri hipotonik, inersia uteri hipertonic, perdarahan, atonia uteri, retensio plasenta.

Pada Ny.R.A.B berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan tidak didapatkan masalah potensial. Dapat disimpulkan pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.4. Tindakan Segera

Menurut Ambarwati 2010, teori tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Pada langkah ini mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi sehingga masalah potensial tidak terjadi.

Pada Ny.R.A.B berdasarkan hasil diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan tidak terdapat masalah potensial maka

tidak ada tindakan segera. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.5. Perencanaan

Menurut Wildan dan Hidayat (2008: 321), langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

Pada kasus Ny.R.A.B perencanaan yang dibuat adalah informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, lingkungan aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik dan benar. Libatkan suami atau keluarga dalam proses persalinan untuk membantu dan mendampingi ibu. Siapkan kelengkapan persalinan. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal. Dapat disimpulkan bahwa pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Masalah : nyeri perut bagian bawah. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan, penjelasan yang diberikan dapat membantu ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan

menghembuskan lewat mulut sebagai relaksaksi, saat menarik nafas terjadi relaksasi dari otot dan masase pada punggung untuk merangsang nyeri supaya tidak menjalar kesyaraf. Anjurkan pada keluarga untuk melakukan masase pada daerah punggung, masase pada punggung ibu dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

4.2.6. Pelaksanaan

Menurut Asri, Dwi 2012, Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat. Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat. Pelaksanaan dalam pertolongan persalinan adalah dengan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah asuhan persalinan normal.

Pada kasus pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. R.A.B adalah melakukan Asuhan sesuai dengan perencanaan yaitu melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal. Dalam 58 langkah APN bidan diwajibkan untuk memakai APD yaitu celemek, masker, topi, kaca mata, dan sepatu boot (APN 2008) akan tetapi pada kasus ini tenaga kesehatan tidak memakai APD secara lengkap yaitu tidak memakai topi dan kaca mata karena tidak lengkap.

Dapat disimpulkan bahwa pada kasus terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Masalah : Gangguan rasa nyaman akibat nyeri. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang di rasakan yaitu kontraksi yang semakin sering, kuat untuk mendorong anak keluar, ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan. Menganjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembus lewat mulut, ibu dapat melakukan sesuai anjuran. Melakukan masase/pijatan pada punggung ibu atau mengusap perut ibu dengan lembut, keluarga telah melakukan masase pada punggung.

4.2.7. Evaluasi

Menurut Tresnawati 2012, Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan. Evaluasi apabila observasi dilakukan dengan baik dan ditatalaksana dengan baik minimal 2x24 jam pasien bisa pulang, apabila ada komplikasi pasien dirawat selama 3 hari.

Pada kasus Ny. R.A.B diagnosa P1 A0 AH1 partus normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik. Ibu dan bayi dirawat di Puskesmas Bakunase selama 2x24 jam dan dilanjutkan dengan kunjungan rumah selama 3 hari, evaluasi masalah sudah teratasi. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek..

Masalah : **S**ubjektif: Ibu mengatakan tidak ada lagi rasa nyeri perut bagian bawah. **O**byektif: Ibu tampak senang, **A**ssesment: Masalah teratasi, **P**lanning: intervensi di pertahankan.

5.1. Kesimpulan

Setelah peneliti melakukan Asuhan Kebidanan dengan menggunakan 7 langkah Varney pada Intrapartal Multigravida dengan Persalinan Normal, maka penulis dapat membuat kesimpulan:

- a. Dari hasil pengkajian baik dari data subyektif yaitu mulai dari biodata, keluhan yang dirasakan, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kesehatan, riwayat KB, keadaan kehamilan sekarang, data biologis, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, dan data psikologi, maupun data obyektif yang terdiri dari pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus secara inspeksi, palpasi, asukultasi dan perkusi pada pemeriksaan haed to toe, yang di dapatkan pada Ny.R.A.B G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik.
- b. Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada kasus Ny. R.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum

ibu dan janin baik. Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori di temukan pada kasus Ny. R.A.B dalam persalinan normal yaitu keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks, adanya kontraksi uterus atau his persalinan yang mengakibatkan perubahan uterus dengan sifatnya yang teratur, intervalnya makin pendek, dan kekuatannya makin bertambah, dan pengeluaran cairan akibat pecahnya selaput ketuban.

- c. Pada langkah antisipasi masalah potensial pada kasus Ny.R.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.
- d. Pada kasus Ny.R.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik, pada kasus ini tidak ada tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.
- e. Perencanaan yang dilakukan pada NyR.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada kasus Ny. R.A.B tidak ada hambatan.

- f. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada Ny.R.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik. Di buat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda- tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaanya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.
- g. Pada tahap evaluasi tindakan yang telah di rencanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. R.A.B di buat berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerjasama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan. Dari semua tindakan yang dilakukan pada Ny.R.A.B, G1 P0 A0 AH0, Uk 39 minggu, janin tunggal, hidup intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik ini telah di dokumentasikan semuanya pada buku register dan status pasien secara menyeluruh menggunakan tujuh langkah varney dan data perkembangan SOAP. Pada kasus Ny. R.A.B, ibu datang

dengan inpartu kala II, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas dua hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2. Saran

1. 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 intrapartal pada ibu primigravida di klinik bersalin Puskesmas Bakunase.

2. Bagi Profesi

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di klinik bersalin Puskesmas Bakunase.

3. Bagi Puskesmas Bakunase

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan intrapartal pada ibu primigravida di ruang bersalin puskesmas Bakunase.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan bahan referensi perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dalam mata kuliah asuhan kebidanan pada persalinan normal.

DAFTAR PUSTAKA

Asri, dkk. 2012. ***Asuhan Persalinan Normal***. Yogyakarta: Nuha Medika

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung.

Chapman, Vicky. 2006. ***Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran***. Jakarta: EGC

Data Profil Kesehatan Indonesia. (2013, September 14). *Angka Kematian Ibu di Indonesia masih jauh dari target MDGs 2015*. Dipetik Agustus 27, 2015, dari Kompasiana: <http://m.kompasiana.com/sina/revolusi-kia>.

Dinkes Kota Kupang. (2013). ***Profil Kesehatan Kota Kupang 2013***. Kupang: Dinkes Kota Kupang.

JNPK-KR. ***Pelatihan Klinik (APN)***. 2008. Depkes RI

Marmi. (2011). ***Asuhan Kebidanan Pada Persalinan***. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Saifudin, Abdul.2002. ***Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo: Jakarta

Saifudin, Abdul.2006. ***Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo: Jakarta

Sudarti,dkk.2010.***Buku Ajar Dokumentai Kebidanan***. Yogyakarta:Nuha Medika.

Varney, dkk. 2002. ***Buku Saku Kebidanan***.Jakarta: EGC

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS BAKUNASE
TANGGAL 19-24 JULI 2016**

I. PENGKAJIAN

Tanggal MRS : 19-07-2016

Tanggal Pengkajian : 19 - 07- 2016 Jam masuk : 13.05 wita

Oleh Mahasiswa : Maria Goreti Beto Koten

Tempat : Ruangan bersalin Puskesmas Sikumana

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama : Ny. R.A.B

Nama Suami : Tn. A.N

Umur : 30 tahun

Umur : 36 tahun

Agama : K. P

Agama : K. P

Suku/Bangsa : Timor/Indo

Suku/Bangsa : Medan/Indo

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Airnona

Alamat : Airnona

2. Keluhan Utama : Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak jam 11.00 Wita dan sudah keluar lendir darah dari jalan lahir sejak jam 12.00 wita, dan rasa ingin BAB. Ketuban sudah pecah warna jernih jam : 13.00 Wita.

3. Riwayat Menstruasi : Ibu menarche pada umur 14 tahun, siklus 30 hari, lamanya haid 5-6 hari, sifat darah encer dan ada nyeri haid. Ibu mengalami hari pertama haid terakhir sejak tanggal 20-10-2015.
4. Riwayat Perkawinan : umur saat menikah 30 tahun, status pernikahan belum syah, lamanya menikah \pm 1 tahun dan 1 kali menikah.
5. Riwayat Kehamilan Sekarang
Pergerakan anak dirasakan pada : umur kehamilan 4 bulan, ANC 3 kali, di Puskesmas Bakunase, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sering, imunisasi TT 1 : 24-04-2016 pada UK 26 minggu, imunisasi TT 2 : 28-05-2016 pada UK 31 minggu
6. Riwayat Persalinan lalu

No	Tgl/bln /thn	UK	Penolong	penyulit	Keadaan bayi	JK	BB/PB	Ke t
1.	Ini	G1	P0	A0				

7. Riwayat KB : Ibu belum ber-KB karena baru hamil anak pertama
8. Riwayat kesehatan yang pernah diderita ibu : ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, dan malaria. Ibu juga tidak pernah dioperasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan.

9. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan : keluarga tidak ada yang menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, dan malaria dan HIV/AIDS. Keluarga juga tidak pernah dioperasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan, dalam keluarga, baik dari pihak ibu maupun suami tidak ada keturunan kembar.
10. Keadaan Psikososial : keluarga merasa senang dengan kehamilan ini ditandai dengan keluarga mengantar ibu ke puskesmas untuk melahirkan. Jenis persalinan yang diharapkan adalah normal dengan jenis kelamin yang diharapkan adalah perempuan. Beban kerja sehari hari adalah memasak, menyapu, mencuci. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.
11. Perilaku Kesehatan : Ibu tidak merokok, tidak miras, tidak menggunakan obat-obatan terlarang, dan tidak minum kopi.
12. Riwayat latar belakang budaya : Ibu tidak ada makanan pantangan, dan tidak ada pantangan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.
13. Riwayat seksual : Tidak ditanyakan
14. Riwayat kehidupan sehari-hari
 - a. Pola Makan dan minum
 - Jenis Makanan : nasi, sayuran, ikan, tempe/tahu
 - Porsi : piring
 - Frekuensi : 3-4 x/hari

- Minum susu dan air : susu 2x/hari, air putih 8-9 putih gelas/hari
 - Keluhan : tak ada keluhan
- b. Pola eliminasi
- BAK
 - Frekuensi : 4-5 x/hari
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas urine
 - Keluhan : tidak ada
 - BAB
 - Frekuensi : 1-2 x/hari
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas Feaces
 - Keluhan : tidak ada
- c. Riwayat pola istirahat
- Tidur Siang : 1-2 Jam, jam 13.00 wita – 14.00 wita
 - Tidur Malam : 7-8 Jam, jam 20.00 wita – 04.00 wita
 - Keluhan : Tidak ada
- d. Riwayat kebersihan diri : ibu biasa mandi 2 x sehari, sikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, ganti pakaian dalam setiap kali basah, ganti pakaian luar 2x sehari. Ibu belum melakukan perawatan payudara.

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Sadar penuh, respon terhadap rangsangan
- c. Bentuk Tubuh : Lordosis
- d. Tanda Vital
 - TD : 120 / 90 mmHg Nadi : 84 x/menit
 - Suhu : 36,9 °C RR : 20 x/menit
- e. TB : 150 cm
- f. BB : sebelum hamil : -
sesudah hamil : 50 kg
- g. LILA : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

➤ Inspeksi

- Kepala : Tidak ada benjolan
- Wajah : Bentuk oval, tidak pucat dan tidak ada cloasma gravidarum
- Mata : Konjungtiva merah muda, Sklera putih, pada kelopak mata tidak ada oedema
- Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis
- Gigi : Karies gigi tidak ada
- Leher : Tidak ada Pembesaran kelenjar lymfe, tidak ada

Pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada
Bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, pada areola mammae kiri dan kanan ada
hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidk ada
benjolan dan colostrum : ada tetapi masih sedikit

Perut : Membesar, ada linea nigra, tidak ada striae
albicans, tidak ada bekas luka operasi

Genetalia :Vulva/vagina : tidak ada varises, tidak ada oedema,
fluor albus, pengeluaran pervagina berupa lendir
darah, anus tidak ada haemoroid

Ekstremitas : Tidak ada varises dan tidak ada oedema

➤ Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari bawah px (28 cm), pada fundus teraba bulat,
lunak, kurang melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, dan
memanjang seperti papan (punggng), dan pada perut
ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin
(ekstermitas).

Leopold III : Pada segmen bawah rahim ibu teraba bulat, keras, dan
melenting kepala sudah masuk PAP (kepala tidak dapat
digoyangkan)

Leopod IV : Divergen, penurunan kepala 0/5 TH IV

Mc donald : TFU : 28 cm

TBBA : 2.600 gram

Auskultasi : DJJ : terdengar jelas, keras, kuat dan teratur dengan frekuensi 141 x/menit

3. Pemeriksaan dalam Jam : 13.10 wita

Vulva : tidak ada oedema

Vagina : tidak ada keputihan dan tidak ada varises

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Kantong Ketuban : Sudah pecah warna jernih

Bagian terendah : Kepala

Posisi : Ubun-ubun kecil kanan depan

Molase : Tidak ada

Turun hodge : IV

4. Pemeriksaan Laboratorium : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus : Tidak dilakukan pemeriksaan khusus

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data dasar
Diagnosa : G1P0AH0, UK 39 minggu, janin tunggal, hidup intrauterine, presentase kepala, Inpartu kala II , keadaan umum ibu	Data Dasar : ➤ Subyektif : Ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, pergerakan janin dirasakan

dan janin baik.	<p>dalam 24 jam sering, ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak pukul 11.00 wita dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 12.00 Wita, dan rasa ingin BAB</p> <p>HPHT : 20-10-2015</p> <p>➤ Obyektif :</p> <p>TP : 27-07-2016</p> <p>a. Pemeriksaan umum</p> <p>Ku : Baik</p> <p>Kesadaran : Sadar penuh dan respon terhadap rangsangan</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 120/90 mmHg</p> <p>Nadi : 84x/menit</p> <p>Suhu : 36,9 °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>b. Pemeriksaan fisik</p> <p>Inspeksi dan palpasi</p> <p>Wajah : bentuk oval, tidak ada pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema</p>
-----------------	---

	<p>Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, kelopak mata tidak ada oedema</p> <p>Dada : Bentuk simetris, hiperpigmentasi pada areola mamae, dan puting susu menonjol</p> <p>Perut : Membesar, ada linea nigra, tidak ada striae albicans, tidak ada luka bekas operasi</p> <p>Palpasi</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xyphoideus (28 cm), pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba, keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas).</p>
--	---

	<p>Leopold III : Pada segmen bawah rahim ibu teraba bulat, keras,dan melenting, kepala sudah masuk PAP (kepala tidak dapat digoyangkan).</p> <p>Leopod IV : Divergen, penurunan kepala 0/5 TH IV</p> <p>Mc. Donald : TFU : 28 cm TBBA : 2.635 gram</p> <p>Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur dengan dengan frekuensi 141 x/menit</p> <p>Perkusi : Refleks patella ka(+)/ki(+)</p> <p>His : 4x dalam 10 menit durasi 45-50 detik</p> <p>Pemeriksaan dalam : Jam : 13.10 wita</p> <p>VT : vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah warna jernih, bagian terendah kepala, posisi UUK-Kanan</p>
--	---

<p>Masalah : gangguan rasa nyaman</p>	<p>depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.</p> <p>Pemeriksaan penunjang :</p> <p>HGB : -</p> <p>Gol. Darah : -</p> <p>DS: ibu mengatakan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah</p> <p>DO: ibu merintih kesakitan saat ada his</p>
---------------------------------------	---

III. ANTISIPASI MASALAH KESEHATAN

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 19-07-2016

Jam : 13.06 Wita

Diagnosa : G1P1A0,UK 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik.

1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/Informasi tentang pemeriksaan ibu agar ibu dan keluarga mengetahui keadaan ibu

2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/Lingkungan aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi.

3. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik dan benar

R/Teknik mengedan yang baik dan benar membantu memperlancar proses persalinan, sehingga dapat meminimalisir robekan jalan lahir

4. Libatkan suami atau keluarga dalam proses persalinan

R/Pendampingan dilakukan untuk memberikan dukungan kepada ibu

5. Siapkan kelengkapan persalinan

R/Perlengkapan ibu dan bayi tersedia dapat membantu mempercepat proses persalinan

6. Lakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN

R/Agar tercapainya persalinan yang bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi

Masalah : nyeri perut bagian bawah

1. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan

R/ Penjelasan yang diberikan dapat membantu ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

2. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan lewat mulut sebagai relaksasi

R/Saat menarik nafas terjadi relaksasi dari otot dan masase pada punggung untuk merangsang nyeri supaya tidak menjalar kesyaraf

3. Anjurkan pada keluarga untuk melakukan masase pada daerah punggung

R/Masase pada punggung ibu dapat mengurangi nyeri yang dirasakan

VI. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 19-07-2016

Diagnosa : G1P1A0, UK 39 minggu, janin tunggal, hidup inutauterine, presentase kepala, Inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik.

1. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

M/ KU : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 82 x/ menit

S : 36,4 OC

RR : 19 x/ menit

2. Menciptakan lingkungan aman dan nyaman dengan membersihkan ruangan dan menutup pintu untuk menjaga privasi pasien

M/ Lingkungan telah dibersihkan dan pintu ruangan di tutup dan sampiran sudah ditutup dan ibu merasa nyaman

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan teknik mengedan yang baik dan benar, yaitu dagu menempel pada dada, membuka mata, tangan dimasukkan ke dalam lipatan paha dan menarik napas dari perut, kemudian mengedan seperti BAB. Serta tidak mengedan saat tidak ada HIS (tidak merasa sakit yang hebat)

M/ Ibu mampu mempraktekan teknik mengedan yang baik dan benar

4. Menganjurkan ibu makan dan minum sebelum persalinan, minum teh hangat

M/ Ibu sudah makan dan minum jam 13.00 wita

5. Meminta suami atau keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan

M/ Suami sudah mendampingi ibu selama proses persalinan

6. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff

Saff I :

- Baki steril berisi partus set (handscoen 2 pasang, stengah koher, klem, gunting tali pusat, guntuing episiotomi, pengukat tali pusat)
- Funduscope 1
- Betadine

- Air DTT
- Tempat Kapas DTT
- Clorin spray 0,5 %
- Hand sanitizer
- Tempat berisi dispo 1 cc, 3 cc, 5 cc
- Obat-obatan esensial
- Jam

Saff II

- Wadah plastik berisi air clorin 0,5 % untuk clorin sarung tangan bekas pakai
- Tempat plasenta
- Pengisap lendir
- Tensi meter
- Stetoscope
- Tempat ampul bekas

Saff III :

- Pakaian ibu
- Pakaian bayi
- Keranjang berisi : Infus set (abocat, cairan infus, kapas alkohol), Resusitasi set
- Tempat sampah medis dan non medis
- Ember berisi air clorin 0,5 %
- Air DTT

- Air sabun

- Air bersih

M/ Semua alat dan bahan sudah disiapkan

7. Menolong persalinan dengan 58 langkah APN.

S: Ibu mengatakan rasa ingin untuk meneran seperti BAB.

O: Kontraksi uterus 3 x dalam 10 lamanya 45 detik, DJJ (+)

141x/menit, vulva membuka, perineum menonjol, anus membuka, ada keluar air-air, pengeluaran lendir bertambah banyak dari jalan lahir.

Pemeriksaan dalam : jam : 13.10 wita

VT : vulva normal, tidak ada oedema, vagina tidak ada varises, tidak ada keputihan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), tidak ada molase, penurunan kepala TH IV.

A: kala II

P:

59. Mengamati adanya tanda gejala kala II persalinan, yaitu ada dorongan untuk meneran dari ibu, ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.

60. Memastikan kelengkapan pertolongan persalinan, mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alt suntik sekali pakai 3 cc dalam wadah partus set
61. Memakai APD (topi, kaca mata, masker, celemek, sepatu boot)
62. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai lalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
63. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan di gunakan untuk memeriksa dalam
64. Mengisap oxytocin dengan disposable 3 cc dengan teknik one hand dan meletakkan kembali kedalam wadah partus set
65. Menggunakan handscoon pada tangan kiri dan membersihkan daerah vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang dibasahi air DTT.
66. Melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
67. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mmencelupkan tangan yang masih menggunakan

sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan cuci tangan alternatif

68. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
69. Memberitahukan ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran
70. Meminta keluarga membantu ibu menyiapkan ibu posisi meneran
71. Timbul his, ibu di pimpin meneran dan berikan pujian kepada ibu, bila his berhenti beri ibu makan dan minum, istirahat, dan mulai DJJ
72. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman, dan ibu memilih posisi setengah duduk
73. Saat kepala membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan kain bersih atau handuk di atas perut ibu
74. Membuka dan meletakkan kain yang dilipat 1/3 di bagian bokong ibu

75. Membuka partus set dan memeriksa kembali kelengkapan obat dan bahan
76. Memakai handscoon steril pada kedua tangan
77. Setelah kepala bayi tampak 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 bernapas cepat dan dangkal.
78. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
79. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
80. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi lalu dengan lebut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

81. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
82. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). Bayi lahir hidup, spontan, langsung menangis, kulit kemerahan, jenis kelamin : perempuan.
83. Melakukan penilaian bayi baru lahir bernapas spontan,tonus otot baik, warna kulit kemerahan, bergerak aktif.
84. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan kain kering lalu membiarkan bayi berada diatas perut ibu.
85. Mengecek kembali fundus uteri untuk memastikan tidak ada lagi janin di dalam uterus (hamil tunggal)

86. Memberitahukan ibu bahwa ia akan disuntikan oksitosin di paha kanan agar uterus berkontraksi dengan baik.
87. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU/IM di 1/3 paha bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
88. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
89. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan melakukan pemgguntingan tali pusat diantara kedua klem tersebut. Kemudian mengikat tali pusat dengan benang tali pusat pada satu sisi lalu lingkari kembali benang kearah yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua dengan menggunakan simpul atau kunci sambil melepaskan klem dan simpan pada tempatnya.
90. Meletakkan bayi secara tengkurap di dada ibu agar terjadi kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada dan perut ibu. Usahakan kepala bayi berada

diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu ibu.

91. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

E: Partus spontan pervaginam, letak kepala bayi lahir langsung menangis kuat, tanggal : 19-07-2016 jam : 13.20 Wita

S : Ibu mengatakan perut mules

O: Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TFU setinggi pusat, bundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah yang banyak.

A: Kala III

P: Lakukan MAK III

I:

92. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

93. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegakan tali pusat

94. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong

uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri).

95. Melakukan peregangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga placenta terlepas, minta ibu meneran sedikit sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari depan vulva.
96. Saat placenta muncul di introitus, vagina lahirkan placenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar placenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan placenta pada wadah yang tersedia
97. Segera setelah placenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan diatas fundus dan lakukan masese dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
98. Memeriksa kedua sisi placenta baik bagian maternal maupun fetal selaput placenta lengkap

dan utuh, kemudian masukan placenta ke dalam wadah yang telah tersedia.

99. Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum
 100. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 101. Membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit dengan ibu
 102. Selama 1 jam Setelah 1 jam IMD, lakukan penimbangan, pengukuran panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, dan memberi salep mata (oxytetracyclin) 1% antibiotika dan suntik vitamin K (phytomenadione) 0,1 ml di paha kiri secara intramuscular di 1/3 anterolateral
 103. Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Imunisasi Hbo 0,5 ml secara intramuscular di 1/3 anterolateral paha kanan
- E:** Plasenta lahir spontan, selaput dan kotiledon lengkap, insersi lateralis, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari bawah pusat, panjang talu pusat \pm 50 cm, tanggal: 19-02016, jam: 13.25 Wita

S: Ibu merasa lega karena melahirkan anak dengan selamat, dan ibu merasa perutnya mules

O: Wajah ibu tampak berseri-seri setelah melahirkan, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan ± 100 cc

A: Kala IV

P: Penatalaksanaan kala IV

I:

104. Melakukan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam

105. Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

106. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah

107. Memeriksa nadi ibu dan kandung kemih ibu tiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan

108. Pemeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5°C)

109. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

110. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
 111. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakian bersih dan kering serta memakai pembalut ibu.
 112. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
 113. mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
 114. Merendam sarung tangan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5%, secara terbalik selama 10 menit.
 115. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
 116. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV
- E** : Keadaan Umum: baik, Kesadaran: composmentis, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan \pm 100 cc. Pemeriksaan antropometri bayi : BB:2600 gram, PB:47 cm, LK:31 cm, LD:30 cm, LP: 29cm
- Masalah: gangguan rasa nyaman akibat nyeri

1. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang di rasakan yaitu kontraksi yang semakin sering, kuat untuk mendorong anak keluar
M/Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan
2. Menganjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembus lewat mulut
M/Ibu dapat melakukan sesuai anjuran
3. Melakukan masase/pijatan pada punggung ibu atau mengusap perut ibu dengan lembut
M/Keluarga telah melakukan masase pada punggung

VII. Evaluasi

- ✓ Observasi keadaan umum ibu 1 jam pertama tiap 15 menit

Waktu	TD	N	S	Fundus Uteri	Kontraksi	Perdarahan	Kandung kemih
13.35 wita	120/80 mmHg	82 x/mnt	36,8° c	2 jr bwh pst	Baik	50 cc	Kosong
13.50 wita	120/80 mmHg	82 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	25 cc	Kosong
14.05 wita	120/80 mmHg	82 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	15 cc	Kosong

14.20 wita	120/80 mmHg	82 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	15 cc	Kosong
---------------	----------------	-------------	--	-----------------	------	-------	--------

✓ Observasi keadaan umum Bayi I jam pertama tiap 15 menit

Waktu	RR	S	Warna kulit	Gerakan	Isapan ASI	Tali pusat	Kejang	BAB / BAK	
13.35 wita	48 x/mnt	36,5 °C	Kemera h	Aktif	Baik	Basa h	Tdk	-	-
13.50 wita	48 x/mnt	36,5 °C	Kemera h	Aktif	Baik	Basa h	Tdk	-	-
14.05 wita	48 x/mnt	36,5 °C	Kemera h	Aktif	Baik	Basa h	Tdk	-	-
14.15 wita	48 x/mnt	36,5 °C	Kemera h	Aktif	Baik	Basa h	Tdk	-	-

❖ Jam 14.20 wita timbang dan ukur bayi :

BB : 2.600 gram, PB : 47 cm, LK : 31 cm, LD : 30 cm, LP :

29 cm

Jam 14.25 wita : memberikan salaf mata oxytetracyclin 0,1

gr dan vitamin K (phytomenadione) 0,1 ml/IM

✓ Observasi keadaan umum Ibu tiap 30 menit jam kedua :

Waktu	TD	N	S	Fundus Uteri	Kontraksi	Perdarahan	Kandung kemih
14.50 wita	120/70 mmHg	84 x/mnt	36,5 °C	2 jr bwh pst	Baik	10 cc	Kosong

15.20	120/70	84		2 jr bwh	Baik	10 cc	Kosong
wita	mmHg	x/mnt		pst			

Bayi :

Waktu	RR	S	Warna kulit	Gerakan	Isapan ASI	Tali pusat	Kejang	BAB / BAK	
14.50	48x/m	36,5	Kemer	Aktif	Baik	Basah	Tidak	-	-
wita	nt	°C	ah						
15.20	47	36,7	Kemer	Aktif	Baik	Basah	Tidak	-	1
wita	x/mnt	°C	ah						x

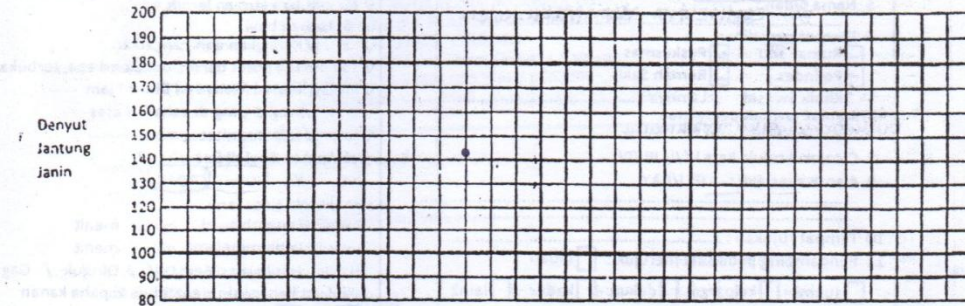
Masalah : **S**ubjektif: Ibu mengatakan tidak ada lagi rasa

nyeri perut bagian bawah. **O**byektif: Ibu tampak senang,

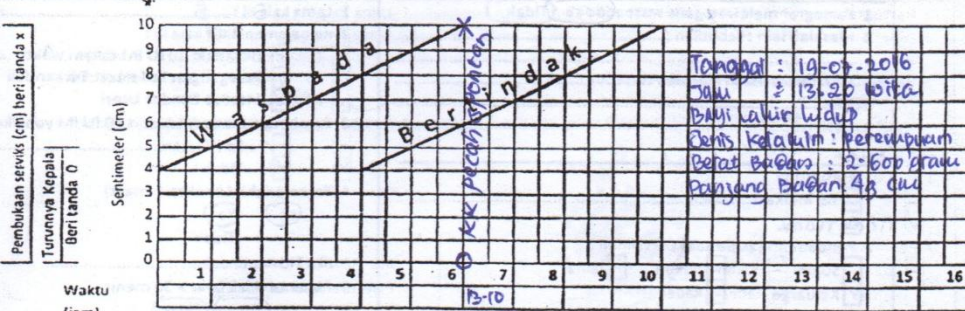
Assesment: Masalah teratasi, **P**lanning: inervetensi di pertahankan.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu NY. R.A.B Umur 30 Tahun G1 P0 A0
 No. Puskesmas Tanggal 19-07-2016 Jam 13:05 wita
 Ketuban Pecah sejak jam : _____ Mules Sejak Jam : 11:00 wita



Air Ketuban Penyusupan

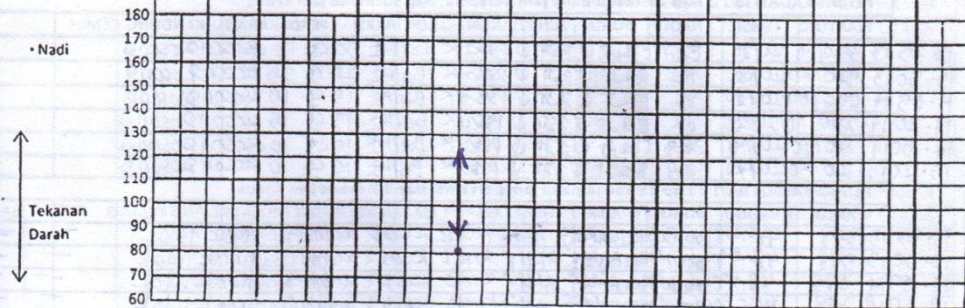


Tanggal : 19-07-2016
 Jam : 13:20 wita
 Bayi Lahir Wajar
 Jenis kelamin : Perempuan
 Berat Badan : 2.600 gram
 Panjang Badan : 48 cm



Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urine { Protein
 Aseton
 Volume

CATATAN PERSALINAN	CATATAN KELAHIRAN BAYI
1 Tanggal : 18-02-2016	1 Jenis Kelamin : LK PR
2 Usia kehamilan : 39 minggu Prematur Aterm Posmatur	2 Saat Lahir : Jam 13.20 Hari selasa Tanggal 18
3 Letak : Kepala	3 Bayi : Lahir hidup Lahir mati :
4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio	4 Penilaian : (Tandul V ya x tidak) ✓ Bayi napas spontan teratur ✓ Gerakan aktif/tonus kuat ✓ Air ketuban Jernih
5 Nama bidan : Bid. ELHA dan MARIA KOTEN	5 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
6 Tempat persalinan <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input checked="" type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit Klinik Swasta Lainnya :	6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA TIDAK Jika YA tindakan : Langkah awal menit ventilasi selama menit Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal
7 Alamat tempat persalinan Puskesmas Sukmana	7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA TIDAK
8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV	8 Kapan bayi mandi : 6 jam setelah lahir
9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI	9 Berat Badan Bayi : 2.800 Gram
10 Tempat rujukan :	
11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada : Ya **Tidak**

2 Masalah lain : sebutkan :

3 Penatalaksanaan masalah tersebut :

4 Hasilnya :

KALA II

1 Episiotomi
 Ya, indikasi
 Tidak

2 Pendamping pada saat persalinan :
 Suami dukun lain2
 Keluarga kader

3 Gawat Janin :
 Ya, tindakan :

4 Distosia bahu
 Ya, tindakan :

5 Masalah lain sebutkan

6 Penatalaksanaan masalah tersebut

7 Hasilnya

KALA III

1 Lama kala III : **5**

2 manajemen Aktif kala III :
 Oksitoxin 10 IU IM dalam waktu **1**

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

4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
Ya
Tidak

Jika TIDAK, tindakan

5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
YA, **Tidak**

6 Laserasi
YA, Tidak
Jika YA, dimana **kulit perineum, mukosa vagina**
Tindakan **lakukan heating jellyur**

7 Atonia Uteri
YA **Tidak**
Jika YA tindakan

8 Jumlah perdarahan : **± 100**

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
13.30	120/80	82	36,8 °C	2 Jr ↓ Pst	Baik	± 50 cc	KOSONG
13.50	120/80	82		2 Jr ↓ Pst	Baik	± 20 cc	KOSONG
14.05	120/80	82		2 Jr ↓ Pst	Baik	± 15 cc	KOSONG
14.20	120/80	82		2 Jr ↓ Pst	Baik	± 15 cc	KOSONG
14.50	120/70	84	36,5 °C	2 Jr ↓ Pst	Baik	± 10 cc	KOSONG
15.20	120/70	84		2 Jr ↓ Pst	Baik	± 10 cc	KOSONG

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

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAS
13.35	48	36,5 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	
13.50	48	36,5 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	
14.05	48	36,5 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	
14.20	48	36,5 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	
14.50	48	36,5 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	
15.20	47	36,7 °C	kemerahan	AKTIF	KUAT	tdk berdarah	Tidak	

Tanda Bahaya : Ibu..... Bayi.....

Tindakan (jelaskan dicatatn kasus)
 Dirujuk Tidak dirujuk

DOKUMENTASI






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 : Maria G. B. Koten
Nim : 132111123
Pembimbing I : Frida S. Pay, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	16-12-2016	Abstrak	Pathway	
2	10-01-2017			
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 : Maria Goreti B. Koten

Nim : 132111123

Pembimbing II : Merry M. V. Seu, SST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1.	16-01-2017	BAB 1 - BAB V	Abstrak	
2.	18-01-2017	Ace		



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 : Maria G. B. Koten
Nim : 132111123
Penguji : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Febri. 10-12-2016	bab 3-V	Abstrak (pendahuluan) Aspek keperawatan dan asuhan keperawatan	
2	filam. 13-12-2016		acc	
3				
4				
5				