

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL
DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG
TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016**



OLEH:

MARNI AMINGGA BAIT
132111129

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

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL
DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG
TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH:

MARNI AMINGGA BAIT
132111129

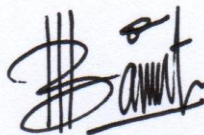
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADAMANDIRI
KUPANG
2016**

SURAT PERNYATAAN

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

Kupang, Desember 2016

Yang Menyatakan



Marni Amingga Bait

13211129

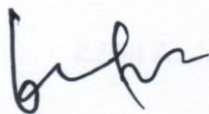
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG PADA TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016”**, Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Atas Nama: Marni Amingga Bait Nim: 132 111 129 Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Kupang, Desember 2016

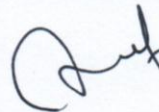
Menyetujui,

Pembimbing I



Merry A. Giri, S.Keb, Bd

Pembimbing II



Mili A. Jumetan, STR. Keb

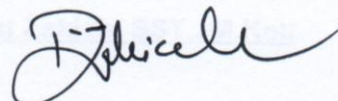
Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi DIII Kebidanan



Ummu Zakiah, SST.,M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG PADA TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016”**, Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Atas Nama: Marni Amingga Bait Nim: 132 111 129 Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim pengujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, Desember 2016.

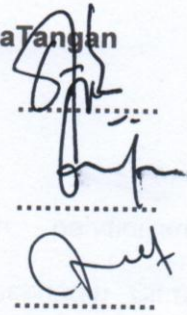
Tim Penguji

Ketua : Frida S. Pay, SST.,M.Kes

Anggota : 1.Merry A. Giri, S.Keb, Bd

2.Mili A. Jumetan, Str. Keb

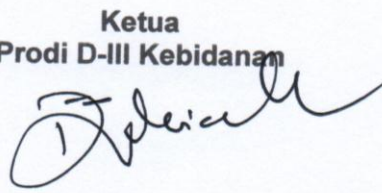
Tanda Tangan



Mengetahui,


Ketua
STIKes CHM-Kupang

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi D-III Kebidanan

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : Marni Amingga Bait

TempatTanggalLahir : Camplong, 12-Maret-1995

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Camplong,

Desa Tolnaku

Kecamatan Fatuleu

Kabupaten Kupang

RiwayatPendidikan

1. Tahun 2007 : SD Negeri Nekon
2. Tahun 2010 : SMP Negeri Nekon
3. Tahun 2013 : SMA Negeri 3 Fatuleu
4. Tahun 2013 – 2016 : Sedang menyelesaikan pendidikan
Diploma III Kebidanan di SekolahTinggi
Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri
Kupang.

MOTTO

Jika hari ini kamu mengalami kegagalan, jangan ragu menyongsong hari esok dengan sejuta kesuksesan

PERSEMBAHAN

“Laporan Studi Kasus ini Saya persembahkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, kedua orang tua saya bapak Yonathan Bait, dan mama Agustina Bait Takel, kedua adik kembar saya adik Jeckrianto A. Bait & Yani W.A. Bait, semuakeluarga, teman- teman seperjuangan angkatan VI program studi DIII kebidanan serta almamaterku tercinta Stikes CHM-K”



ABSTRAK

SekolahTinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Tugas Akhir, Juli 2016

MARNI AMINGGA BAIT

NIM: 132111129

ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL DIRUANG BERSALIN PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG PADA TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016

Latar Belakang: Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari rahim ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya penanganan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Persalinan normal mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya (Prawirohardjo, 2008).

Tujuan: Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney Di Ruang Bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang.

Metode penelitian : Penulis menggunakan metode penelitian kualitatif, metode penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau hasil dari orang – orang dan perilaku yang dapat diamati, penulis melakukan penelitian ini di puskesmas alak kota kupang.

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 hingga pemantauan kala IV dan cara yang digunakan dalam asuhan ini menggunakan 7 langkah Varney.

Kata Kunci: *Asuhan, kebidanan, persalinan, normal*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL DIRUANG BERSALIN PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG TANGGAL 04 JULI S/D 08 JULI 2016** diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan tugas akhir ini disusun dengan maksud untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Merry A. Giri, S.Keb,Bd. selaku pembimbing I yang telah bersedia membimbing Penulis hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, Mili A. Jumentan, STr. Keb selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing Penulis hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, perkenankan pula Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang, yang telah memperkenalkan Penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

3. Ummu Zakiah, SST. M. Keb selaku ketua program studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menyelesaikan laporan tugas akhir ini
4. Frida S Pay, SST. M. Kes selaku ketua penguji dan wali kelas Penulis yang telah bersedia memotivasi dan menguji Laporan Tugas Akhir ini dan memberikan saran serta kritikan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.
5. Para dosen Prodi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang sudah membekali Penulis dengan berbagai ilmu dan pengetahuan yang dimiliki.
6. Ny. Livia Mau dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden pada Laporan Tugas Akhir ini.
7. Kedua orang tua saya, Bapak Yonathan Bait dan mama Agustina Bait Takel, kedua adik kembar saya Jeckri Bait & Yani Bait, serta semua keluarga besar yang telah memberikan dukungan Doa, Nasihat, dan Semangat sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan saya Nety, Ifond, Yuni, Meko, Meilya, Delfy, Lola, yang setia memberikan motivasi dan semangat pada Penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

9. Teman-teman asrama khususnya kamar 32 (Irma, Esty, Itin, Leni, Maya) yang setia memberikan motivasi dan semangat pada Penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Bagi semua pihak yang membantu Penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan bagi Penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Kupang, Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Halaman Surat Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan	iv
HalamanPengesahanPenguji	v
Moto dan Persembahan.....	vi
Biodata Penulis.....	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
Daftar Lampiran	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.5. Sistematika Penulisan	5

BAB II TINJAUAN TEORI	6
2.1. Konsep Dasar Persalinan	6
2.2. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	58
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	82
3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian	82
3.2. Kerangka Kerja.....	83
3.3. Populasi, Sample, dan Sampling	84
3.4. Pengumpulan Data dan Analisa Data	85
3.5. Etika Penelitian.....	92
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	94
4.1. Hasil Penelitian.....	94
4.2. Pembahasan	105
BAB V PENUTUP	115
5.1. Kesimpulan	115
5.2. Saran	118
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
Tabel 2.1.	Tabel Kunjungan Masa Nifas	57
Table 2.2.	Riwayat Kehamilan, Persalinan yang Lalu	64

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
Gambar 2.1.	Posisi Miring atau Lateral	38
Gambar2.2.	Posisi Jongkok	39
Gambar2.3.	Posisi Merangkak.....	40
Gambar2.4.	Posisi Semi Duduk	40
Gambar2.5.	Posisi Duduk	41
Gambar2.6.	Posisi Berdiri	42
Gambar 3.1.	Kerangka Kerja Penelitian Kasus	83

DAFTAR SINGKATAN

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

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

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permintaan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Askeb Intrapartal

Lampiran 4 Partograf

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 6 Lembar Konsultasi Pembimbing II

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk, 2010:2). Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir (Sarwono, 2009).

Persalinan normal dibagi menjadi 4 kala yaitu: kala I dimulai sejak adanya kontraksi atau his yang teratur dan meningkat yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, pada primipara berlangsung 2 jam dan pada multipara biasanya berlangsung sekitar 1 jam. Dalam kondisi normal pada kala II biasanya kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa mencedan. Kala III dimulai setelah bayi lahir dan berakhir lahirnya plasenta serta selaput ketubung yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimulai dari

setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (AiNurasiah dkk,2012)

Menurut Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-provinsi NTT tahun 2014 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 kelahiran hidup selama periode empat tahun (2011-2014) mengalami penurunan. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2011 sebesar 93,63% per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 menurun menjadi 96% per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2013 menurun menjadi 94,82% per 100.000 kelahiran hidup, selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 93,46% per 100.000 kelahiran hidup (Laporan Bidang Kesmas Dinkes Provinsi NTT Tahun 2014).

Data profil kesehatan provinsi Nusa Tenggara Timur presentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2013 ialah sebesar 74,08%. Capaian provinsi tersebut tidak memenuhi target renstra tahun 2013 yang sebesar 89%. Meski ditingkat provinsi capaian tersebut tidak dapat memenuhi target renstra, namun terdapat 1 kota dari 24 (4,17%) kabupaten/kota yang ada di provinsi Nusa Tenggara Timur dapat mencapai renstra pada tahun 2013.

Data register persalinan di Puskesmas Alak Tahun 2015 persalinan normal oleh nakes tahun 2015 dari Januari sampai Desember sebanyak 122 orang. Dengan jumlah rujukan ke RSUD. Prof. W.Z Yohanes sebanyak 28 dan sebanyak 59 persalinan patologi ditangani.

Jumlah persalinan normal Tahun 2016, dari bulan Januari sampai Juni sebanyak 159 persalinan normal (Register KIA puskesmas Alak, 2015).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu upayanya yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal. Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir, serta upaya pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Dengan adanya program ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih meningkatkan keterampilannya sehingga dapat meningkatkan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Rohani, 2011).

Berdasarkan data tersebut diatas, Penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang intrapartal Normal di klinik bersalin Puskesmas Alak.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah asuhan kebidanan pada persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Alak.

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bentuk asuhan kebidanan pada persalinan normal di Puskesmas Alak.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui bentuk pengkajian pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
2. Untuk mengetahui bentuk interpretasi data dasar pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
3. Untuk mengetahui bentuk identifikasi diagnosa masalah potensial pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
4. Untuk mengetahui bentuk tindakan segera pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
5. Untuk mengetahui bentuk perencanaan pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
6. Untuk mengetahui bentuk pelaksanaan pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
7. Untuk mengetahui bentuk evaluasi pada persalinan normal di Puskesmas Alak.
8. Untuk mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktek di Puskesmas Alak

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Penulis

Meningkatkan pengetahuan dan wawasan dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan normal sesuai dengan teori yang ada.

1.4.2. Bagi Institusi

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

1.5. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam penulisan laporan studi kasus ini yang dibagi menjadi enam BAB:

BAB 1 Pendahuluan berisi tentang: (1) Latar Belakang; (2) Rumusan Masalah; (3) Tujuan Penelitian; (4) Manfaat Penelitian; (5) Sistematika Penulisan

BAB 2 Tinjauan Teori berisi tentang: (1) Konsep dasar persalinan; (2) Konsep dasar manajemen kebidanan

BAB 3 Metodologi Penelitian

BAB 4 Hasil Penelitian dan Pembahasan berisi uraian tentang: (1) Pengkajian; (2) Interpretasi Data Dasar; (3) Antisipasi Masalah Potensial; (4) Tindakan Segera; (5) Perencanaan; (6) Pelaksanaan; (7) Evaluasi

BAB 5 Penutup berisi uraian tentang (1) Kesimpulan; (2) Saran

DAFTAR PUSTAKA

2.1. KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1. Pengertian

1. Persalinan adalah proses pembukaan dan penipisan servik dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni dkk, 2013).
2. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik dan janin turun kedalam jalan lahir (Hidayat, 2010).
3. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2007).
4. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010)

2.1.2. Klasifikasi Persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu :

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. Menurut Usia Kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan berusia 20 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara 20 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

c. Partus prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d. Partus matur dan aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih.

e. Partus postmatur atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu(Nurasiah, 2012)

2.1.3. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1. Teori Kerenggangan

Otot rahim mempunyai kemampuan untuk meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Manuaba, 2010).

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Manuaba, 2010).

3. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat

mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks (Manuaba, 2010).

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuaba, 2010).

5. Teori Hipotalamus-Hipofisis Dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.

Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuaba, 2010).

2.1.4. Tahapan Persalinan

Tahapan-tahapan persalinan adalah sebagai berikut (Rohani, 2010):

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala satu persalinan adalah sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan servik yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan servik.

Kala satu persalinan dibagi ke dalam dua urutan fase: laten dan aktif dan fase transisi dari pembukaan 8 sampai 10 sentimeter. Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan, sedangkan perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai wanita tanpa melakukan pemeriksaan dalam dan untuk mengarahkan bidan dalam memberi dukungan dan mengambil tindakan yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan.

a. Fase Laten

Fase laten merupakan periode waktu awal dari persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif dan berlangsung 7-8 jam. Selama fase laten bagian

presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

b. Fase Aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (atau pada akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (atau akhir kala satu persalinan).

Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terendah janin. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai dengan dilatasi serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi, Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi.

Tanda dan Gejala 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.

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, 2008:825).

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu:

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan
- c. Kontraksi uterus

- d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

2.1.5. Perubahan Fisilogis Dan Psikologis Selama Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

1. Perubahan fisiologi kala I :

a. 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.

b. Metabolisme

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.

c. Suhu badan

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

d. Denyut jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

e. Pernafasan

Terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang di anggap normal.

f. Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, di sebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan.

g. Perubahan gastrointestinal

Hematologi meningkat 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.

h. Perubahan hematologi

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

2. Perubahan psikologi kala I :

a. 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 di tanggunginya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

b. 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.

c. Persiapan menghadapi persalinan(fisik, mental,materi)

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 di kandungnya.

d. 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.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

1. Perubahan fisiologi pada kala II

a. 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 mengedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

b. Metabolisme

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

c. Denyut nadi

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

d. Suhu

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

e. Perubahan Sistem Pernapasan

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

f. 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 (Varney, 2008).

g. 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).

h. 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 (Myles, 2009).

i. 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 (Varney, 2008).

2. Perubahan Psikologis pada Kala II

- a. Ketidaknyamanan saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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 mengedanyaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

1. Perubahan fisik pada kala III

a. Perubahan Uterus

Involusi 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).

b. Perubahan Serviks

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.

c. Perubahan Kardiovaskuler

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

d. Perubahan Tekanan Darah

Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan

adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhagi uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

e. Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007)

f. Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,5^{\circ}$. 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, 2007).

g. Perubahan Pernafasan

Pernafasan kembali normal. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

h. Perubahan Metabolisme

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.

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta ditindak lanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

i. Perubahan Ginjal

Poliuri 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. Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, untuk mencegah (1) obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin. Dan (2) trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal.

j. 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).

k. 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.

2. Perubahan Psikologis pada Kala III

- a. Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b. Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d. Menaruh perhatian terhadap plasenta

Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

1. Perubahan fisik pada kala III

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).

a. 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.

b. 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.

c. Pemantauan dan evaluasi lanjut

1) Tanda Vital

Pemantauan tanda-tanda vital pada persalinan kala IV antara lain:

- a) Kontraksi uterus harus baik
- b) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- c) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- d) Kandung kencing harus kosong.
- e) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- f) Bayi dalam keadaan baik.
- g) Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain: nadi cepat, lemah (110 kali/menit atau lebih), tekanan rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau

dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin sedikit sehingga produksi urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

2) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinandan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1-2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke-10 kelahiran.

3) Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50 gr pada saat 30 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku

seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran sekret rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa) dan di hari ke-10 lochea tampak putih atau putih kekuningan (lochea alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu di endometriosis.

4) Kandung Kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan, dan ingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya.

5) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasarkan luas robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan

cepat. Sebaliknya kepala janin akan lahir jangan ditekan terlalu kuat dan lama.

2.1.6. 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.

2.1.7. Faktor-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.
- e. Kontraksi otot-otot dinding perut.
- f. Kepala didasar panggul merangsang mengejan.
- g. Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (panggul)

- a. Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

- 1) Dua *os coxae*: *Os ischium*, *Os pubis*, *Os sacrum*, *Os illium*.
- 2) *Os cossygis*

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

- b. Bagian-bagian pelvis minor

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

c. Bidang panggul.

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

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

3. Passager (*fetus*).

1. Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
2. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
3. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
4. DJJ mulai terdengar minggu 18/10
5. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
6. Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
7. Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage.
8. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- 1) Presentasi kepala (*vertex*, muka dan dahi)
 - 2) Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
 - 3) Presentasi bahu (letak lintang)
9. Sikap janin.
- Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.
10. Posisi janin
- Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :
- 1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
 - 2) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
 - 3) Bagian panggul ibu : depan, belakang
11. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Rohani, 2011).

2.1.8. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Hidayat. A, dkk (2010:3-6), tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

1. Lightening

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah

lightening. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor.

2. 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 serviksakan 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.

3. His palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau

secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati.

4. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. Bloody show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show.

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang

diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.9. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Diameter-diameter yang besar dari janin harus menyesuaikan dengan diameter yang paling besar dari panggul ibu agar janin bisa masuk melalui panggul untuk dilahirkan.

1. Diameter Janin

- a. Diameter biparietal, yang merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam defenisi penguncian (engagement).
- b. Diameter suboksipitobregmantika adalah jarak antara batas leher dengan oksiput ke anterior fontanel; ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi kepala.
- c. Diameter oksipitomental, yang merupakan diameter terbesar dari kepala janin; ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi dahi.

2. Mekanisme Persalinan

Gerakan-gerakan utama anak dalam kelahiran ialah:

a. Turunnya kepala dibagi dalam:

1) Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Penyebab majunya kepala antara lain :

- a) Tekanan cairan intrauterine
- b) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- c) Kekuatan mengejan
- d) Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala

yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboksipito bregmatika (9 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

c. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai Hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai didasar panggul.

Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah:

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m. levator ani kiri dan kanan
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameteranteroposterior

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symphysis akan maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

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.

1) Paksi luar (putaran paksi luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah 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.

2) 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.

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: 82).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan:

- a. Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b. Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- c. Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawati, dkk, 2010:105).

2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007: 82).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

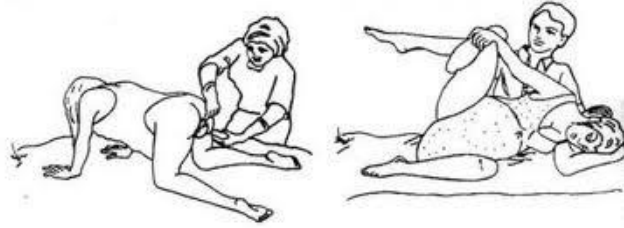
Keuntungan :

- a. Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b. Persalinan lebih mudah.
- c. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d. Mengurangi trauma pada perineum. (Rohani, dkk, 2011 : 50)

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: 82).



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: 105).

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: 52).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

- a. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b. Membuat ibu nyaman.
- c. 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 atau setengah duduk.

Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

- a. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.

- b. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011: 53).

6. Posisi berdiri

Menurut Rohani (2011:53) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

- a. Memanfaatkan gaya gravitasi.
- b. Memudahkan melahirkan kepala (Rohani, dkk, 2011: 145).

2.1.11. 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 periksa dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
 - d. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
 - e. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
 - f. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
 - g. Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
 - h. Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
 - i. 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.

SAFF I	SAFF II	SAFF III
<p>Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah.</p> <p>Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1 buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat plasenta 2. Tensi meter 3. Stethoscope 4. Wadah berisi larutan clorin 0,5 % 5. Sarung tangan steril dan keteter steril 6. Thermometer. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. perlengkapan ibu 2. perlengkapan bayi 3. Infuse set 4. Plastik pakaian kotor 5. peralatan APD

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) Mengijinkan 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) Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan menganjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
- 8) Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi dan menganjurkan anggota keluarga untuk sesering mungkin menawarkan makanan ringan dan minuman selama proses persalinan.
- 9) Menganjurkan 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 okstosin 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 ke arah 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 ke arah atas dan belakang (dorsokrانياl).
- 43) Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan dengan arah sejajar lantai (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 terpinil menjadi satu.
- 45) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
- 46) Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :
 - a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.

- b) 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.
- 47) 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.
- 48) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
- a) Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang)
 - b) Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
 - c) Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata).
 - d) Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.
- 49) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Kala IV

- 50) 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.

- 51) 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.
- 52) 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.
- 53) 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.

- 54) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 55) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
- 56) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih.
- 57) 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.
- 58) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- 59) Dokumentasi: melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi membuat keputusan klinik. Tujuan utamadari penggunaan partograf adalah untuk:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a) Mencatat kemajuan persalinan
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- c) Mencatat asuhan yang di berikan selama persalinan dan kelahiran
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk indentifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

2.1.12. Tabel Kunjungan Masa Nifas

Program dan kebijakan teknik masa nifas

Tabel 2.1. Tabel Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (enam hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alami atau bayinya b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.2. KONSEP DASAR MANAJEMEN KEBIDANAN

2.2.1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis. Oleh karena itu manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arahan atau kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Estiwidani dkk,2008).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, dan keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Jannah,2011).

2.2.2. Prinsip Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife (ABNM)* terdiri dari:

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 bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab 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 (Estiwidani dkk,2008).

2.2.3. Asuhan Manajemen Kebidanan

Menurut Asri, Dwi 2012. Asuhan persalinan normal

Langkah I: Tahap Pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa,

pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang

1. Data Subjektif

Informasi yang di catat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (allo anamnesis). Dalam hasil anamnesa terhadap klien tentang masalah kesehatan yang dialami meliputi hal-hal berikut:

a. Identitas mencakup:

1) Nama

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

2) Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak. Usia produktif 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.

3) Pendidikan

Pendidikan seorang ibu hamil dapat mempengaruhi pengetahuan ibu tentang kehamilan (Nurasiah, 2012).

4) Pekerjaan

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

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

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

2) Riwayat penyakit yang lalu

Ditanyakan apakah klien pernah menderita penyakit seperti kardiovaskuler atau jantung, malaria, hepatitis, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan.

d. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Terdiri dari menarche, siklus haid, berapa lama haid, berapa banyak, bagaimana warnanya, konsistensinya, baunya, apakah merasakan nyeri apa tidak saat haid, bila ya kapan sebelum/selama/sesudah haid, keputihan atau tidak kalau ya kapan sebelum, selama, sesudah haid atau diluar haid. HPHT merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan apakah cukup bulan atau premature, kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan.

e. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Untuk mengetahui kehamilan dan persalinan yang lalu ditolong oleh siapa, adakah penyulit atau tidak, jenis persalinannya apa semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak.

Tabel 2.2 Riwayat Kehamilan, Persalinan yang Lalu

No	Tgl/thn persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolong	tempat	Penyulit	Keadaan bayi	Ket.
----	--------------------	------------------	----	----------	--------	----------	--------------	------

f. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

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

g. Riwayat perkawinan

Ditanyakan kepada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. Ini menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu. Misalnya pada ibu yang lama sekali kawin dan baru mempunyai anak, kemungkinan ada kelainan pada alat kelamin dalam.

h. Riwayat psikososial

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 capek.

i. Perilaku kesehatan

1) Perilaku merokok atau terus-menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan terjadinya gangguan pertumbuhan janin, peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan perinatal. Merokok juga meningkatkan frekuensi persalinan prematur, ketuban pecah dini, plasenta previa dan kematian janin. Efek lain tidak diketahui karena itu ibu hamil dianjurkan untuk membatasi pemakaian kafein. Setiap zat (Marijuana, heroin dan kokain), yang mengubah kejiwaan dan merusak janin tidak boleh digunakan.

2) Konsumsi alkohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol. Ketergantungan alkohol pada ibu hamil dikaitkan dengan tingginya angka abortus spontan. Resiko abortus spontan berbanding lurus dengan dosis pemakaian alkohol.

j. Pola kebiasaan sehari-hari

Berisi tentang bagaimana pola kebiasaan sehari-hari yang dilakukan oleh klien, yaitu:

1) Pola nutrisi

Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan

wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktik khusus, alergi makanan dan perilaku makan serta faktor-faktor yang berkaitan dengan status nutrisi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300 kalori perhari dengan komposisi seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, air). Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun.

2) Pola eliminasi

Berapa kali ibu BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu di kaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Adanya perasaan sering atau susah kencing selama kehamilan dan proses persalinan. Pada akhir trimester III dapat terjadi konstipasi.

3) Pola istirahat

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

4) Pola aktivitas

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

5) Pola personal hygiene

Ibu mandi, gosok gigi berapa kali dalam sehari, keramas berapa kali dalam seminggu, ganti baju dan celana dalam berapa kali dalam sehari selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak (Marmi,2012).

2. Data Obyektif

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

a. Pemeriksaan Umum

Bagaimana keadaan umumnya, kesadarannya, tanda-tanda vital (Tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan), tinggi badan dan berat badan. Peningkatan atau penurunan tekanan darah masing-masing merupakan indikasi gangguan hipertensi pada kehamilan atau syok. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, dehidrasi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau asietas. Berat badan

ditimbang untuk memperoleh kenaikan berat badan total selama kehamilan.

b. Pemeriksaan Khusus

Inspeksi:

1) Kepala

Normal atau tidak, ada luka atau benjolan, rambut keriting, lurus atau bergelombang, kulit kepala bersih atau tidak ketombe ada atau tidak, rontok atau tidak.

2) Wajah

Pucat atau tidak, oedema atau tidak, sianosis atau tidak

3) Mata

Simetris atau tidak, conjungtiva merah muda atau anemia, sclera putih atau ikterik

4) Hidung

Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada secret atau tidak.

5) Gigi dan mulut

Mukosa bibir lembab atau kering, bersih atau tidak, ada caries atau tidak, ada luka atau tidak.

6) Telinga

Simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada serumen/tidak.

7) Leher

Ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe atau tidak.

8) Dada

Payudara Simetris atau tidak, bersih atau tidak, putting susu menonjol atau tidak, ada hiperpigmentasi areola mammae atau tidak, ada luka atau tidak, colostrum atau tidak. Ada atau tidak tarikan pada dinding dada.

9) Abdomen

Ada luka bekas operasi atau tidak, ada pembesaran abdomen atau tidak, ada linea nigra atau tidak, ada striae albicans atau tidak.

10) Ekstremitas

Ekstremitas atas bawah: simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak.

11) Genitaliadan Anus

Warna vulva dan vagina, haemoroid ada atautidak
Vulva/Vagina bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices. Apakah ada kondiloma atau tidak, lukaparut diperinium, menilai cairan divagina, apakah ada luka parut divagina.

Palpasi:

1) Leher

Ada pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe atau tidak.

2) Dada

Mamae simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, areola hiperpigmentasi dan ada colostrum atau tidak, ada massa pada payudara atau tidak.

3) Abdomen

a) Leopold I

Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (Bokong)

b) Leopold II

Normalnya teraba bagian panjang keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil

c) Leopold III

Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (symphisis) apakah sudah masuk PAP

d) Leopold IV

Dilakukan jika pada Leopold III teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan menepatkan jari penolong dan symphysis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi. MC Donald adalah ukuran TFU menggunakan pita senti 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) $TFU-12 \times 155$.

4) Ekstremitas

Apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada kaki atau tidak

5) Vagina/Anus

Ada luka atau tidak, ada varises dan odema atau tidak

a) Pemeriksaan dalam:

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

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

lebar-lebar, kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk salah satu tangan membuka labia lebar-lebar untuk menyingkap muara vagina dengan mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam labia. Menilai bentuk normal atau tidak, labia mayora menutupi labia minora atau tidak, ada/tidak Infeksi menular seksual, dan ada/tidak kelainan pada vagina atau varices, ada/tidak varice. Varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan. Apakah ada atau tidak massa termasuk kondilomatalata, luka, menilai cairan di vagina, apakah ada luka parut di vagina

- (2) Konsistensi portio: portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm)
- (3) Pembukaan serviks: dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disapukan dari tepi satu serviks di satu sisi kesisi yang berlawanan pembukaan (fase laten 0-3cm, fase aktif 4-10 cm)
- (4) Air ketuban (utuh/pecah): ibu hamil sebaiknya di instruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukan speculum dengan hati-

hati, dan cairan dicari di fornix posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium

- (5) Presentasi dan posisi janin
- (6) Penurunan bagian terbawah janin: Menentukan bagian terbawah janin dengan metode “zero station”.
- (7) Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika, keadaan ini disebut station nol.

b) Pemeriksaan penunjang:

Laboratorium:

HB: Berapa kadar Hb (gr%).

Auskultasi:

Terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan) Normalnya 120-160 x/m

Perkusi:

Reflek patella: +/+ atau -/-

Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atau data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar yang telah di kumpulkan di interpretasikan

sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Estiwidani dkk, 2008)

Diagnosa kebidanan pada ibu bersalin inpartu kala I fase aktif adalah: Ny...G...P...A...AH...UK.....Janintunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/bahu, inpartu, kala...dengan

Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa masalah yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera (Sudarti, 2010)

Langkah IV: Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

Untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

Langkah V: Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data yang kurang lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan Persalinan Kala I:

1. Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya:
 - a. Mengukur tekanan darah, suhu, pernafasan setiap 2-4 jam apabila masih utuh setiap 1-2 jam apabila ketuban sudah pecah.
 - b. Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam
 - c. Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton
 - d. Mengevaluasi hidrasi dan turgor kulit
 - e. Mengevaluasi kondisi umum.

2. Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya
 - a. Letak janin, presentasi, gerak dan posisi
 - b. Mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat dievaluasi setiap 30 menit pada fase laten.
3. Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi persalinan, pembukaan, turunya bagian terendah, pola kontraksi, perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transmisi dan mulainya persalinan kala II, serta posisi dari puctum maximum.
4. Melakukan perawatan fisik ibu: menjaga kebersihan dan kenyamanan
5. Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga:
6. Bantulah ibu dalam persalinan jika ia nampak gelisah, ketakutan dan kesakitan:
 - a. Berilah dukungan dan yakinkan dirinya
 - b. Berilah informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan
 - c. Dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya
 - d. Jika ibu tampak kesakitan, dukungan atau asuhan yang dapat diberikan:
 - 1) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan kemauan ibu.
 - 2) Sarankan ibu untuk berjalan

- 3) Ajaklah orang yang menemaninya untuk memijat atau menggosok punggung atau membasuh muka diantara kontraksi
- 4) Ajarkanlah sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu kontraksi
- 5) Melakukan skrening untuk mengantisipasi komplikasi ibu dan janin
- 6) Menentukan apakah ibu memerlukan 13 manajemen dasar, yaitu:
 - a) Apakah ibu perlu dicukur, kalau ia variasi cukurannya bagaimana?
 - b) Apakah ibu perlu di pasang jalur intravena?
 - c) Apakah ibu perlu diberi posisi tertentu atau pembatasan gerak, apabila ya sampai dimana batasannya.
 - d) Apakah ibu perlu diberi makan, atau minum melalui oral, apabila ya, makanan atau minuman apa saja yang diperbolehkan
 - e) Apakah ibu perlu diberi obat, apabila ya: obat apa dan berapa banyak, dan kapan pemberiannya?
 - f) Frekuensi dan pemeriksaan tanda-tanda vital
 - g) Frekuensi dari pemeriksaan DJJ dan dengan alat apa pemeriksaan dilakukan
 - h) Frekuensi dari pemeriksaan dalam

- i) Identifikasi siapa yang akan mendampingi ibu dan perannya apa bagi ibu.
- j) Apakah ketuban perlu dipecahkan, kapan?
- k) Menentukan kapan perlu untuk konsultasi pada dokter spesialis
- l) Kapan persalinan perlu dipersiapkan

Rencana Asuhan Persalinan Kala II:

Manajemen pada persalinan kala II termasuk tanggung jawab terhadap:

1. Persiapan persalinan
2. Manajemen persalinan
3. Membuat keputusan untuk persalinan kala II

Menentukan manajemen keputusan untuk persalinan kala II termasuk hal-hal berikut:

1. Frekuensi untuk memeriksakan tanda-tanda vital
2. Frekuensi dari memeriksakan denyut jantung janin
3. Kapan ibu dipimpin meneran
4. Kapan melakukan persiapan persalinan
5. Posisi ibu bersalin
6. Kapan ibu perlu keteter
7. Kapan menyokong perineum
8. Apakah perlu dilakukan episiotomi, tipe episiotomi

9. Kapan melahirkan kepala bayi, saat kontraksi atau diantara kontraksi

10. Kapan mengklem dan memotong tali pusat

11. Apakah perlu konsultasikan atau kolaborasi dengan dokter ahli

Melanjutkan Evaluasi Janin

1. Evaluasi presentasi, dan gerakan bayi

2. Adaptasi bayi terhadap panggul (sinkliyismus atau asinklistismus, moulase, dan adanya kaput susedaneum)

3. DJJ dan polanya

Melanjutkan Evaluasi Ibu

Melanjutkan screening anda dan gejala komplikasi obstetrik dan fetal distress

Rencana Asuhan Persalinan Kala III:

1. Lanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda yang ditentukan

2. Melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan

3. Melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, dan aktivitas gastrointestinal

4. Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.

Rencana Asuhan Persalinan Kala IV:

1. Melakukan evaluasi terhadap uterus

2. Inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum

3. Inspeksi dan evaluasi terhadap plasenta, selaput ketuban dan tali pusat.

4. Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomi atau laserasi (Marmi,2012).

Langkah VI: Pelaksanaan berlangsung asuhan dengan efisien dan Aman

Melaksanakan asuhan yang menyeluruh yang telah direncanakan secara efektif dan aman. Bila perlu kolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi (Sudati,2010).

Langkah VII: Mengevaluasi

Pada langkah ini di evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, apakah setelah memenuhi kebutuhan asuhan yang teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Manajemen kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam pengambilan keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan atau diterapkan dalam setiap situasi (Sudati,2010).

Pendokumentasian Data Perkembangan

Pada proses asuhan selanjutnya proses dokumentasi dengan menggunakan metode pendokumentasian SOAP ataupun langkah varney. Proses dokumentasi SOAP tersebut adalah sebagai berikut:

S : Data Subyektif

Dalam proses ini dikumpulkan data subyektif, yaitu data yang diperoleh dari hasil anamnesa meliputi keluhan yang dirasakan pasien.

O : Data Obyektif

Dalam proses ini dikumpulkan data obyektif, yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan umum, fisik dan pemeriksaan penunjang.

A : Assesment

Merupakan dokumentasian hasil analysis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif.

P : Planning

Dalam proses ini ditentukan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan kebidanan yang dilakukan oleh pemberi asuhan pada ibu (Sudati,2010).

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

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

3.1.2. Rancangan Penelitian

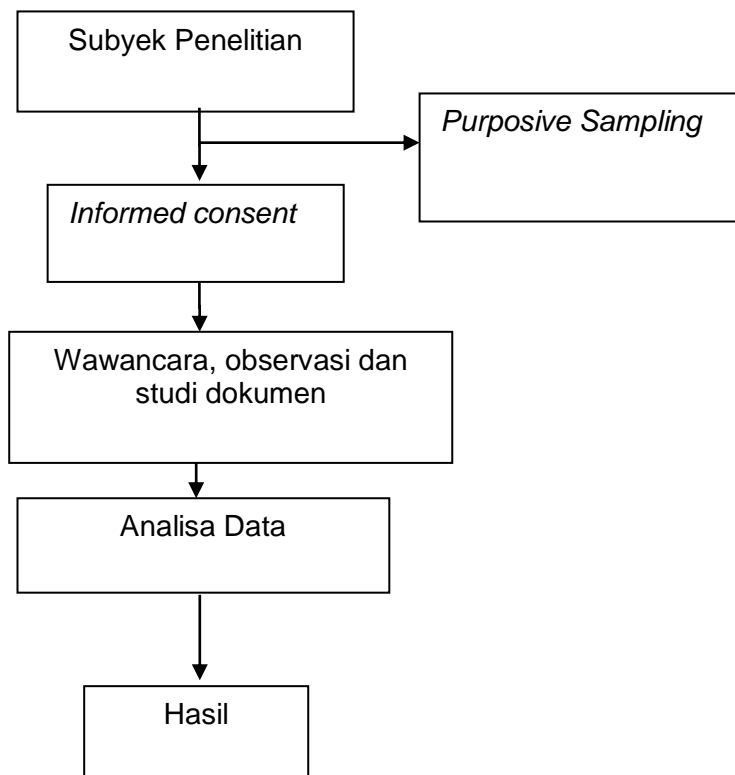
Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu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

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

3.2. Kerangka Kerja (*Frame Work*)

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

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangkakerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal

3.3. Populasi, Sampel Dan Sampling

3.3.1. Populasi

Populasi adalah seluruh data yang menjadi perhatian dalam suatu ruang lingkup dan waktu yang ditentukan (Margono, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah ibu bersalin dengan intrapartal normal yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Alak.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagai bagian dari populasi, sebagai contoh (monster) yang diambil menggunakan cara-cara tertentu (Margono, 2010).

Sampel yang digunakan menggunakan criteria sampel Inklusi (criteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan criteria inklusi (Setiadi, 2013).

Kriteria Inklusinya adalah: bersedia menjadi responden, ibu bersalin. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu bersalin dengan intrapartal normal sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Alak.

3.3.3. Sampling

Teknik sampling adalah cara untuk menentukan sampel yang jumlahnya sesuai dengan ukuran sampel yang akan dijadikan sumber data sebenarnya, dengan memperhatikan sifat-sifat dan penyebaran

populasi agar diperoleh sampel yang representatif (Margono, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Margono, 2010).

3.4. Pengumpulan Data Dan Analisis Data

3.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

3.4.2. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Puskesmas Alak. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*), (Notoatmodjo, 2005). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.4.4. Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 04 s/d 06 Juli 2016.

3.4.5. Analisa Data

1. Pengkajian

Data subjektif yang di dapatkan yaitu ibu menyatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, saat ini ibu mengeluh sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian

bawah serta keluar lendir bercampur darah sejak tanggal 04-juli-2016 jam 11.00 wita

Data objektif yang di temukan adalah:

a. Pemeriksaan umum

Keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 81 x/mnt, Pernafasan: 19x/mnt, Suhu: 36,8⁰C,

b. 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: ada, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidakada

c. Pemeriksaan Abdomen

Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans: Palpasi: Leopold I: TFU 3 jari dibawah px , teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kiri), dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin, Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala), Leopold IV: divergen, penurunan kepala 4/5, mc.Donald: 30 cm, TBBA: 2.790 gram, His: 4/10 menit, lamanya 40-45 detik, Auskultasi, Frekuensi: 128x/menit, Denyut jantung terdengar

jelas, kuat, teratur, dengan maksimum disebelah kiri bawah pusat ibu;

d. Pemeriksaan dalam

Vulva/vagina, Inspeksi: tidak ada oedema dan varices, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba,, pembukaan 10 cm, kantong ketuban utuh, UUK kiri depan, kepala turun hodge III +

e. Pemeriksaan laboratorium

Urine reduksi dan albumin tidak dilakukan, HB:10,5 gram%, golongan darah tidak dilakukan.

Dengan demikian apa yang di jelaskan pada teori yang terjadi pada kasus tidak terjadi kesenjangan.

2. Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Oleh karena itu, diangnosa pada kasus yaitu ibu G1P0 A0 AH0 UK 39-40 minggu, letak kepala, janin tunggal hidup intrauterin, inpartu kala satu fase aktif, keadaan ibu

dan janin baik, dan diberikan asuhan dan tindakan untuk memenuhi kebutuhan ibu.

3. Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Dari diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi, tidak ditemukan adanya diagnosa atau masalah potensial yang terjadi.

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

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

5. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, memantau terus menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau terus-menerus tanda vital ibu, memantau terus-menerus keadaan bayi, memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal. Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN.

6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

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

7. Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai kebutuhan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Pada kasus Ny. L.M ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas dua hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah dua hari. Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

3.5. Etika Penelitian

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

1. Persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antarlain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada

lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*consistent*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Dalam bab ini Penulis akan membahas tentang hasil penelitian dan konsep dasar teori dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut tujuh langkah Varney pada kasus Ny.L.M dengan G1P0A0, UK 39-40 Minggu, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II, keadaan umum ibu dan janin baik Di Ruang Bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang, mulai dari pengkajian yang dilakukan, asuhan/penatalaksanaan dan evaluasi yang diberikan pada persalinan normal tidak jauh berbeda antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Pembahasan ini akan disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney.

4.1.1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan yaitu ibu masuk puskesmas pada tanggal 04 Juli 2016 jam 16.00 wita. Nama Ibu Ny.L.M, umur 23 tahun, agama Kristen, asal Rote, pendidikan SMP, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Manutapen. Nama suami Tn.S.H, umur 24 tahun, agama Kristen, asal Timor, pekerjaan Sopir, alamat Manutapen. Keluhan utama Ibu mengatakan perutnya kencang-kencang dan mules serta mengeluh sakit pada pinggang menjalar ke

perut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dari tanggal 04 Juli 2016 jam 11.00 wita.

Riwayat menstruasi, menarche 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya haid 3-4 hari, sifat darah encer, nyeri haid tidak ada, banyaknya 3 kali ganti pembalut, warna merah, HPHT 03-10-2015. Suami mengatakan bahwa mereka sudah menikah syah, umur saat menikah 24 tahun. Suami mengatakan bahwa istrinya tidak pernah menggunakan KB.

Ibu mengatakan ini kehamilannya yang pertama, mengatakan selama hamil ibu tidak pernah ada keluhan yang sangat mengganggu seperti nyeri epigastrium, sesak napas, nyeri perut, demam, dan tidak ada muntah. Ibu mengatakan selama hamil periksa kehamilan di Puskesmas Manutapen, dan merasakan pergerakan janin pada usia kehamilan 4 bulan. Suami mengatakan dalam keluarganya tidak pernah menderita penyakit diabetes, malaria, penyakit kelamin, ginjal, dan lain-lain, dan keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan seperti penyakit kronis dan penyakit menular, dan tidak mempunyai keturunan kembar. Ibu mengatakan suami dan keluarga senang dengan kehamilan ibu saat ini, keluarga selalu menemani ibu, ibu berencana ingin melahirkan di Puskesmas Alak dan ditolong oleh bidan. Ibu mengatakan setiap harinya ibu bekerja di rumah saja mengurus suami dan anak-anaknya, mencuci, masak, menyapu. Suami juga mengatakan anaknya perempuan atau laki-laki sama saja. Ibu mengatakan pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

Ibu mengatakan bahwa ibu tidak pernah merokok, minum minuman keras, konsumsi obat terlarang dan minum kopi. Suami mengatakan bahwa istrinya melahirkan sebelumnya di tolong oleh bidan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan, dan tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan masa nifas.

Pada pemeriksaan umum, keadaan umum ibu Baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah tidak ceria, tekanan darah ibu yaitu 120/80 mmHg, nadi ibu normal yaitu 80 x/menit, berat badan ibu yaitu 50 kg, tinggi badan 154 cm, LILA 24 cm.

Pada pemeriksaan fisik kepala ibu tidak ada benjolan, rambut bersih dan tidak rontok, wajah ibu tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema pada wajah, mata konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir kering, tidak ada caries, telinga simetris, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, payudara membesar, hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, pada abdomen ada linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, ekstremitas kedua tungkai tidak ada oedema, tidak ada varises, genitalia tidak ada oedema dan tidak ada varises, anus tidak ada haemoroid.

Pada pemeriksaan palpasi leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada

pembesaran kelenjar thyroid, dada tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak ada nyeri tekan, leopold I TFU 3 jari di bawah px, pada fundus teraba bagian janin yang lunak, kurang bundar, dan kurang melenting (bokong), leopold II pada perut sebelah kiri ibu teraba bagian janin yang keras, datar, memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas), leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian janin yang keras, bundar, dan tidak dapat digoyangkan (kepala), leopold IV divergen, kepala sudah masuk PAP, penurunan kepala 1/5, Mc Donald TFU 30 cm, TBBJ 2790 gram, ekstremitas kedua tungkai tidak ada oedema dan tidak ada varises. Pada auskultasi DJJ positif, terdengar jelas dibawah pusat pada perut sebelah kiri ibu, kuat, teratur, frekuensi 128 x/menit, pada pemeriksaan perkusi refleks patella kiri/kanan positif. His :4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik. VT: vulva/vagina tidak ada kelainan, pembukaan 10 cm, kantung ketuban (+), UUK kanan depan, tidak ada molase, penurunan kepala hodge III+, dan tidak ada penyusupan. Pada ibu tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

4.1.2. Intrepretasi Data Dasar

Berdasarkan hasil pengkajian Data subyektif yang diperoleh ibu hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, belum pernah keguguran, hari pertama haid terakhir 03-10-2015 dan ibu mengeluh perutnya kencang-kencang dan mules serta mengeluh sakit pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah dan sudah keluar lendir

bercampur darah dari jalan lahir dari tanggal 10-07-2016 jam 11.00 wita.

Data objektif yang mendukung diagnosa yaitu usia kehamilan 39-40 minggu. Pada hasil palpasi di dapat bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 1/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba lagi, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kanan depan, Turun Hodge III+. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 130 x/menit.

4.1.3. Antisipasi Masalah Potensial

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka dapat ditegaskan tidak ada antisipasi masalah potensial yang akan terjadi pada Ny.L.M dengan G1P0A0, UK 39-40 Minggu, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterine, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II.

4.1.4. Tindakan Segera

Tidak ada tindakan segera yang dilakukan pada Ny.L.M dengan G1P0A0, UK 39-40 Minggu, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II.

4.1.5. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa pada Ny.L.M maka dibuat perencanaan persalinan yaitu:

Lakukan pendekatan kepada ibu, rasionalnya pendekatan yang baik akan menciptakan rasa saling percaya antara ibu dan bidan.

Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasionalnya informasi yang disampaikan tentang hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga merupakan hak yang harus di ketahui sehingga ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

Ajarkan ibu untuk menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dimana teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

Siapkan alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff, rasionalnya alat dan bahan yang diatur rapi sesuai saff memperlancar penolong dalam proses persalinan, penanganan BBL serta melakukan penanganan secara dini setiap komplikasi yang mungkin terjadi.

4.1.6. Pelaksanaan

Pelaksanaan pada Ny.L.M dengan G1P0A0, UK 39-40 Minggu Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II

Melakukan pendekatan kepada ibu sehingga tercipta rasa saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin baik, TTV: S: 36,8^oc, RR: 20kali/menit, N: 80kali/menit, TD:120/80 mmHg, ibu telah mengetahui keadaan dirinya dan janinnya.

Menyiapkan alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff yaitu: Saff I berisi bak partus steril berisi sarung tangan 2 pasang, gunting, klem koher 2 buah, gunting tali pusat, kasa steril secukupnya, pengikat tali pusat, ½ koher, gunting episiotomy, Dispo 3 cc dan 5 cc, kom air DTT betadin, bengkok, baki berisi (kasa DTT, kateter DTT), tempat obat-obatan (oxitosin), vitamin K, metergin, salep mata, korentang, larutan klorin spray untuk cuci tangan alternative, kom kapas kering. Saff II berisi bak steril berisi set heacting yaitu: sarung tangan satu pasang, pinset anatomis dan sirurgis 1 buah, jarum heacting, kassa secukupnya. Tempat klorin untuk sarung tangan/tempat dispo bekas, tempat ampul bekas, tempat plasenta, pengisap lendir, tensimeter, stetoskop, thermometer. Saff III berisi pakaian ibu (kain panjang bersih, baju, pembalut, celana dalam). Pakaian bayi (topi, popok, baju, kain bayi, sarung tangan, sarung kaki). Perlengkapan APD (celemek, topi, masker, kaca mata).

Jam 16.15 wita evaluasi DJJ 128 x/, his 4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, N:85 x/menit. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu TTV dalam batas normal, kondisi ibu dan janin baik, DJJ normal

Jam 16.30 wita bayi lahir spontan, lahir langsung menangis, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki, kulit merah muda, gerakan aktif, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar, kandung kemih kosong, tidak ada rupture, perdarahan ±

100 ml. Jam 16.35 wita lakukan Manajemen Aktif Kala III, Memastikan bahwa tidak ada bayi lain di dalam uterus, Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin 10 unit IM (intra muskuler) $\frac{1}{3}$ bagian paha atas bagian medio lateral. Jam 16.36 wita lakukan peregangan tali pusat. Jam 16.40 wita plasenta lahir spontan, selaput korion dan amnion utuh, kotiledon lengkap, insersi tali pusat lateralis, panjang tali pusat 50 cm dan kontraksi uterus baik. Merapikan ibu dan biarkan bayi IMD.

Jam 18.30 wita evaluasi 2 jam post partum. TTV: TD: 110/90 mmHg, N: 88 x/m RR: 20 x/menit. TFU 2 jari bawah pusat. Kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam sedikit. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Menjelaskan tanda bahaya nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, bengkak di muka, tangan atau kaki, disertai sakit kepala atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai, dan payudara bengkak, warna kemerahandan sakit, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menganjurkan ibu untuk segera memberitahu petugas kesehatan bila mengalami tanda bahaya. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi, ibu sudah bisa miring kanan, kiri dan duduk. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, ibu sudah makan 1 porsi dan minum 1 gelas teh hangat. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya, ibu bersedia memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya. Menganjurkan ibu untuk minum obat yang

diberikan yaitu paracetamol, Amoxicilin, SF, Vitamin C dan Vitamin A. Ibu sudah minum obat yang diberikan.

Tanggal 05-07-2016 Jam 07.00 wita evaluasi 1 hari post partum. TTV: TD: 110/80 mmHg, S: 37,1⁰C, N: 88 x/menit, RR: 19 x/menit. TFU 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam sedikit. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Mengajarkan pada ibu untuk makan dan minum, mengajarkan pada ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya, ibu bersedia memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya. Mengajarkan ibu untuk minum obat yang diberikan yaitu paracetamol, Amoxicilin, SF, Vitamin C dan Vitamin A, ibu sudah minum obat yang diberikan.

Tanggal 06-07-2016 Jam 06.00 wita evaluasi 2 hari post partum. TTV: TD: 110/90 mmHg, S: 37⁰C, N: 86 x/menit, RR: 20 x/menit. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang-kejang, lemah, sesak napas, merintih, atau menangis terus-menerus, tali pusat kemerahan, berbau dan bernanah, kulit dan mata bayi kuning, dan diare lebih dari 3 kali sehari. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat bayi dengan cara selalu mencuci tangan dengan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi, jangan memberikan apapun pada tali pusat bayi, dan jika tali pusat kotor atau basah, cuci

dengan air bersih dan sabun mandi kemudian keringkan dengan kain bersih. Mengajarkan pada ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin yaitu setiap 2 jam dan minimal ASI diberikan 10-12 kali dalam sehari. Mengajarkan ibu makan dan istirahat yang teratur, Mengajarkan ibu untuk minum obat sesuai dosis.

4.1.7. Evaluasi

Tanggal 06-07-2016 jam 15.00 wita, Ny.L.M dengan P1A0 AH1, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 120/90 mmHg, Nadi: 83 x/menit, RR: 19 x/menit, Suhu: 36,6°C. Pengeluaran pervaginam lochea rubra warna merah, bau khas lochea. Involusi uterus normal, kontraksi uterus baik. Menginformasikan pada ibu mengenai jadwal kunjungan ulang tanggal 09-07-2016. Pasien di perbolehkan pulang.

4.2. Pembahasan

Dalam bagian ini penulis akan membahas tentang hasil penelitian dan konsep dasar teori dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut tujuh langkah Varney pada kasus Ny.L.M dengan G1P0A0, UK 39-40 Minggu, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II Di Ruang Bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang, mulai dari pengkajian yang dilakukan, asuhan/penatalaksanaan dan evaluasi yang diberikan pada Persalinan Normal tidak jauh berbeda antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Pembahasan ini akan disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney.

4.2.1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang diperoleh dari Ny.L.M yaitu ibu masuk puskesmas pada tanggal 04 Juli 2016 Jam 16.00 wita dengan keluhan utama yaitu ibu mengatakan perutnya kencang-kencang dan mules serta ibu mengatakan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tanggal 04-07-2016 jam 11.00 wita.

Pada hasil palpasi didapatkan kepala sudah masuk PAP dan penurunan kepala 1/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, UUK kiri depan, kantung ketuban (+), presentasi kepala, tidak ada molase, kepala turun hodge III+.

Menurut Marmi (2012), Data Subyektif meliputi:

Nama pasien ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain.

Umur untuk mengetahui ibu tergolong primitua atau primimuda. Agama, hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama atau untuk mengetahui kemungkinan pengaruh terhadap kebiasaan kesehatan pasien atau klien. Dengan

diketahui agama klien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

Pendidikan dinyatakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berpikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah.

Pekerjaan untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasehat yang diberikan sesuai, dan untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilan atau tidak.

Alamat ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, memudahkan menghubungi keluarga, dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah.

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui perihal yang mendorong klien datang ke bidan di tentukan dalam wawancara.

Riwayat kesehatan untuk mengetahui apakah klien pernah menderita dan ada menderita penyakit pada saat ini.

Riwayat kebidanan terdiri dari menarche, siklus haid, berapa lama haid, berapa banyak, bagaimana warnanya, konsistensinya, baunya, apakah merasakan nyeri apa tidak saat haid, HPHT merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan apakah cukup bulan atau premature, kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu untuk

memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak. Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang, masalah selama kehamilan, mulai kontraksi, gerakan janin.

Riwayat perkawinan ini menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu.

Perilaku kesehatan yaitu untuk mengetahui apakah ibu merokok atau minum alkohol atau tidak yang dapat mengganggu kehamilannya.

Pola kebiasaan sehari-hari yaitu pola nutrisi, aspek ini adalah untuk mengetahui status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik.

Pola eliminasi dalam hal ini perlu di kaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Data Obyektif meliputi: Pemeriksaan umum yaitu pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan ibu.

Periksaan dalam bertujuan untuk memantau pembukaan serviks, menilai penurunan bagian terendah janin, memantau keadaan

ketuban sudah pecah atau belum, dan untuk menilai kemajuan persalinan.

Pemeriksaan penunjang berguna untuk memeriksa dan memastikan kondisi ibu dan janin serta komplikasi yang terjadi pada ibu maupun janin.

Menurut Marmi (2012) ada sejumlah tanda dan gejala peringatan yang akan meningkatkan kesiagapan bahwa seorang wanita sedang mendekati waktu bersalin yaitu: Linghtening, perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, Bloody show (lendir darah), dilatasi dan effacement.

Hal ini dimana Linghtening terjadi karena kontraksi Braxton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum Rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala kearah bawah, sehingga ibu merasakan ringan di bagian atas dan rasa sesak di bagian bawah, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing. His Palsu terjadi karena pengeluaran hormon estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian menimbulkan his yang lebih sering. Bloody show (lendir darah) terjadi dimana lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

Berdasarkan pengkajian kasus ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah sejak tanggal 04-07-2016 jam 11.00 wita dan secara

teori ada sejumlah tanda dan gejala menjelang persalinan yaitu salah satunya bloody show (lendir darah). Jadi dapat dikatakan bahwa pada kasus Ny. L.M mengalami tanda-tanda persalinan.

4.2.2. Intrepretasi Data Dasar

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh ibu hamil anak kedua, sudah pernah melahirkan satu kali, belum pernah keguguran, HPHT: 03-10-2015, ibu mengatakan perutnya mules dan nyeri pinggang, menjalar ke perut bagian bawah serta keluar lendir dan darah dari jalan lahir sejak tanggal 07-07-2016 jam 11.00 wita. Pada hasil palpasi di dapat bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 1/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan: 10 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge III+. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 128 x/menit.

Menurut Estiwidani (2008), interpretasi yang dilakukan dengan menentukan diagnosa kebidanan, diagnosa masalah dan diagnosa kebutuhan dari pasien. Perumusan diagnosa dilakukan sesuai dengan nomenklatur diagnose kebidanan yaitu: Ny...G..P...A...AH...UK. ..Janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/bahu, inpartu, kala...dengan

Penegakan diagnosa tersebut dilaksanakan dengan melihat hasil pengumpulan data dan pemeriksaan yang telah dilakukan, maka penulis mengidentifikasi diagnosa berdasarkan nomenklatur

kebidanan pada Ny.L.M G1P0A0, UK 39-40Minggu, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala II.

4.2.3. Antisipasi Masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa masalah yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi (Sudarti,2010).

Berdasarkan kasus diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi data yang dikumpulkan pada tahap pengkajian, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada masalah potensial yang dapat terjadi pada Ny.L.M

4.2.4. Tindakan Segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan (Sudarti,2010).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa tindakan segera dilakukan bila dalam pengkajian ditemukan adanya masalah potensial atau diagnosa potensial yang dapat terjadi pada ibu dan janin yang dikandung. Berdasarkan teori di atas, maka tidak ada tindakan segera yang diberikan pada Ny.L.M dengan alasan bahwa dalam pengkajian yang dilakukan, tidak ditemukan adanya masalah potensial yang mungkin terjadi.

4.2.5. Perencanaan

Menurut marmi (2012) asuhan pada masing-masing kala berbeda, dimana kala I disebut fase pembukaan karena berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm), kala II disebut dengan kala pengeluaran karena kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Kala III di mulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta, dan kala IV melakukan observasi 2 jam post partum karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam post pertama.

Berdasarkan analisa data diagnosa pada Ny.L.M perencanaan persalinan mulai dari kala I sampai kala IV meliputi:

1. Asuhan persalinan pada kala II termasuk bertanggung jawab terhadap persiapan untuk persalinan, manajemen persalinan, membuat manajemen keputusan untuk persalinan kala II, mengevaluasi janin dan melanjutkan evaluasi ibu.
2. Asuhan persalinan pada kala III meliputi, melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda yang ditemukan, melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan, melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan dan aktivitas gastrointestinal, memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.
3. Asuhan persalinan Kala IV meliputi, melakukan evaluasi terhadap uterus, inspeksi dan evaluasi servik, vagina dan perineum. Inspeksi

dan evaluasi terhadap plasenta, selaput plasenta dan tali pusat.

Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomy atau laserasi.

4.2.6. Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah direncanakan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efektif dan aman (Sudarti,2010).

Informasi yang jelas merupakan hak ibu agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Observasi persalinan melalui partograf setiap 15 menitcatat hasil pemeriksaan pada lembar observasi, ibu telah tidur miring ke kiri, ibu telah menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut, ibu bersedia BAK bila ada rasa ingin berkemih, anjurkan ibu telah makan dan minum selama proses persalinan, ibu merasa senang dengan dukungan yang di berikan, alat, bahan dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan sesuai saff memudahkan dalam proses persalinan. Tolong sesuai 58 langkah APN (Asuhan Persalinan Normal), merupakan prosedur tetap dalam tindakan pertolongan persalinan. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan tindakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat atas asuhan yang dilakukan.

Berdasarkan dilaksanakan pada Ny.L.M dan sesuai dengan teori bahwa pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya, maka pelaksanaan yang dilakukan sesuai rencana yang di buat dalam

asuhan persalinan normal yang telah dilaksanakan oleh bidan dan klien secara efisien, efektif dan aman.

4.2.7. Evaluasi

Pada langkah ini di evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, apakah setelah memenuhi kebutuhan asuhan yang teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Manajemen kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam pengambilan keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan atau diterapkan dalam setiap situasi (Sudati,2010).

Tanggal 06-07-2016 jam 15.00 wita, evaluasi 2 hari post partum, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 120/90 mmHg, Nadi: 83 x/menit, RR: 19 x/menit, Suhu: 36,6⁰C. Pengeluaran pervaginam lochea rubra, 2 kali ganti pembalut, warna merah, bau khas lochea. Involusi uterus normal, kontraksi uterus baik. Menginformasikan hasil pemeriksaan ibu dan bayi, anjurkan ibu untuk makan teratur seperti nasi, sayur-sayuran hijau dan lauk pauk. Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin memberikan ASI pada bayinya. Mengingatkan kembali tanda-tanda bahaya nifas dan bayi baru lahir. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur Amoxicilin 500 mg/oral, SF mg/oral, paracetamol 500 mg/oral, Vit. C 50 mg. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang tanggal 09-07-2016 ke puskesmas atau fasilitas kesehatan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny.L.M dan teori bahwa persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir pada lahirnya bayi. Maka dilakukan asuhan persalinan normal sesuai dengan langkah-langkah (APN). Pada saat dilakukan asuhan persalinan normal pada Ny.L.M tidak ada masalah atau penyulit selama proses persalinan berlangsung. Setelah di evaluasi pada ibu dan janin baik tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan pertolongan persalinan sampai 2 hari post partum. Oleh karena itu tidak terdapat banyak kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

BAB 5

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. L.M usia 23 tahun G1P0A0 AH0, UK 39-40Minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II di Puskesmas Alak Kota Kupang tanggal 04-07-2016, telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kesimpulan ini akan disusun berdasarkan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney.

1. Pengkajian

Pada hasil pengkajian inpartu di dapatkan:

a. Data Subyektif :

Ibu mengatakan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir tanggal 04-07-2016 jam 11.00 wita

b. Data obyektif:

TP : 10-07-2016, Keadaan umum Baik, Kesadaran composmentis, TTV: Suhu: 36,8⁰C, Pernapasan: 19 x/menit, Nadi: 81 x/menit, Tekanan Darah: 110/60 mmHg. Leopold I : TFU

3 jari bawah PX, pada fundus teraba bulat, lunak dan kurang melenting (bokong), Leopold II : Pada bagian kiri perut ibu teraba datar, keras, dan memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyang (kepala), Leopold IV : Kepala sudah masuk pintu atas panggul (divergen) Penurunan kepala: 1/5. MC Donald: 30 cm, TBBA: 2790 gram, DJJ (+) terdengar jelas, kuat, dan teratur, frekuensi: 128 x/menit, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, UUK kanan depan, kantung ketuban (+), presentasi kepala, tidak ada molase, kepala turun hodge III+.

2. Interpretasi Data Dasar

Pada hasil interpretasi dapat di diagnosa Ibu G1P0A0AH0 UK 39-40Minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, inpartu kala I fase aktif.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada antisipasi masalah potensial

4. Tindakan Segera

Tidak ada tindakan segera.

5. Perencanaan

Berdasarkan analisa data diagnosa pada Ny.L.M adalah menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, hadirkan pendamping persalinan,ajarkan teknik relaksasi kepada ibu,

komunikasi dan dorongan semangat dan pertolongan persalinan sesuai prosedur tetap 58 langkah APN. Berdasarkan tinjauan langkah penanganan kasus dan tinjauan manajemen kebidanan pada tahap perencanaan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan pada Ny.L.M, dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat, dan diagnosa yang telah ditetapkan.

7. Evaluasi

Evaluasi di dapat ibu bersalin pada tanggal 04-07-2016 jam 16.30 wita, keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan yang telah dilakukan. Ibu pulang pada tanggal 06-07-2016 dan akan kontrol ulang pada tanggal 09-07-2016.

8. Pada analisa antara teori dan status terdapat kesenjangan pada pelaksanaan yaitu saat menolong persalinan, penolong tidak memakai APD (Alat Pelindung Diri) dengan lengkap seperti penutupkepala, dan kacamata

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Penulis

Diharapkan dapat menerapkan ilmu yang telah didapat selama kuliah, khususnya tentang ilmu asuhan persalinan normal.

5.2.2. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan dalam melakukan penelitian dan asuhan persalinan normal selanjutnya.

5.2.3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan di fasilitas kesehatan melalui pendekatan asuhan kebidanan, sehingga tidak terjadi perbedaan antara teori dan kasus.

5.2.4. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa kebidanan harus mempunyai wawasan dalam memahami ilmu kebidanan khususnya tentang asuhan persalinan normal, agar dapat memberikan asuhan yang tepat kepada ibu bersalin, ketika melakukan praktek kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asrinah. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- FK UPB. 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung: Eleman
- Hartuti. 2010. *Panduan Ibu hamil, Melahirkan dan Merawat Bayi*. UBA Press
- Hidayat dan Hartini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha medika
- Hutahaen. 2009. *Asuhan Keperawatan Dalam Maternitas dan Ginekologi*. Jakarta: Trans Info Medika
- Manuaba. 2000. *Ilmu Kebidanan Penyakit dan Kandungan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Prawirohardjo. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka
- Prawirohardjo. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Purwaningsih W. Dan Fatmawati Siti. 2010. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salmeba Medika
- Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitrmaya
- Varney. 2008. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Widan dan Hidayat. 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Widyastuti. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

KepadaYth.

Calon Responden Laporan Tugas Akhir Mahasiswi Jurusan Kebidanan
STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi jurusan Kebidanan STIKes CHM – Kupang jalur umum angkatan VI mengadakan penelitian Laporan Tugas Akhir pada ibu bersalin dengan **ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA INTRAPARTAL NORMAL DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG TANGGAL 04 S/D 08 JULI 2016** untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama suami untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

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

Hormat Saya

Marni Amingga Bait

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul :
Peneliti : Marni Amingga Bait

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

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

Kupang, Juli 2016

Responden

(Ny.Livia Mau)

iv. Riwayat Haid

Menarche : 14 tahun
Siklus : 28 hari
Sifat darah : encer
Nyeri haid : Tidak ada
HPHT : 03-10-2015

v. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan : syah
Lamanya kawin : ± 2 tahun
Umur pada saat kawin : 21 tahun
Berapa kali kawin : 1 kali

vi. Riwayat kehamilan sekarang

Pergerakan anak : Dirasakan pada umur kehamilan 5 bulan
ANC pertama kali : 15 minggu
Tempat ANC : Puskesmas Manutapen
Pergerakan dalam 24 jam terakhir: sering dan kuat ± 12 kali

Trimester I

TM I berapa kali : 1 kali
Keluhan : Tidak ada
Terapi : SF, Kalk, Vit.C

Trimester II

TM II berapa kali : 2 kali
Keluhan : Tidak ada

Terapi : SF, Vit. C, Kalk

Trimester III

TM III berapa kali : 2 kali

Keluan : Tidak ada

Terapi : SF, Vit. C, Kalk

Imunisasi TT1 : -

Imunisasi TT2 : -

vii. Riwayat persalinan yagn lalu

No	Tgl/bln/thn melahirkan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Keadaan bayi LH/LM/M	JK	BB/PB	Ket
1	Hamil ini G1P0A0							

viii. Riwayat keluarga berencana

Ibu tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.

ix. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita ibu atau pasien:

Jantung : tidak ada

HIV/AIDS : tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Hepatitis : tidak ada

Jiwa : tidak ada

Campak : tidak ada

Varicela : tidak ada

Malaria : tidak ada

Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Jantung : tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Hepatitis : tidak ada

Jiwa : tidak ada

Campak : tidak ada

Varicela : tidak ada

Malaria : tidak ada

x. Keadaan psikososial

Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini: Ibu dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ini dan bahagia menerima kehamilannya.

Dukungan keluarga: Keluarga selalu mendampingi ibu selama melakukan pemeriksaan

Beban kerja dan kegiatan sehari-hari: Menyapu, memasak, mencuci

Jenis kelamin yang diharapkan: Laki-laki atau perempuan sama saja

Pengambilan keputusan dalam keluarga: Bersama-sama

xi. Perilaku kesehatan

Merokok : Tidak pernah

Miras : Tidak pernah

Konsumsi obat terlarang: Tidak pernah

- Minum kopi : Tidak pernah
- xii. Riwayat latar belakang keluarga
- Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : -
- Pantangan makanan : Tidak ada
- Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan: Tidak ada
- Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada
- xiii. Riwayat seksual
- Apakah ada perubahan pola hubungan seksual
- TM I : Tidak ditanyakan
- TM II : Tidak ditanyakan
- TM III : Tidak ditanyakan
- xiv. Riwayat diet/makanan
- Jenis makanan pokok : Nasi
- Porsinya : Satu piring
- Frekuensi makanan : 3x/hari
- Lauk pauk : sayur, tahu, tempe, ikan
- Minum susu dan air putih : Ya
- Keluhan : tidak ada
- xv. Riwayat pola eliminasi
- BAK
- Frekuensi : 4 kali
- Warna dan bau : Kuning, khas amoniak
- Keluhan : Tidak ada

BAB

Frekuensi : 1 kali
Warna dan bau : Kuning, khas feces
Keluhan : Tidak ada

xvi. Riwayat pola istirahat

Tidur siang : 1-2 jam/ hari
Tidur malam : 6-8 jam/ hari
Keluhan : Tidak ada

xvii. Riwayat kebersihan diri

Mandi : 2x/hari
Sikat gigi : 2x/hari
Ganti pakaian dalam : 3x/hari
Keramas rambut : 2x/minggu
Perawatan payudara : Sudah dilakukan saat hamil

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
Bentuk Tubuh : Lordosis
Ekspresi Wajah : Meringis kesakitan
Tanda-tanda vital
Suhu : 36,8°C

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Tinggi Badan : -

BB sebelum hamil : -

BB setelah hamil : -

LILA : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

7. Inspeksi

Kepala : Normal, tidak ada benjolan

Rambut : Bersih, tidak ada ketombe

Wajah

Bentuk : Oval

Pucat : Tidak ada

Cloasma gravidarum : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Mata

Conjungtiva : Merah muda

Sclera : Putih

Oedema : Tidak ada

Telinga

Bentuk : simetris

Hidung

Bentuk : normal, tidak ada kelainan

Mulut

Mukosa bibir : Lembab

Warna bibir : Merah muda

Stomatis/sariawan : Tidak ada

Gigi

Kelengkapan gigi : Lengkap

Caries gigi : Tidak ada

Tenggorokan

Tonsil : Merah muda

Leher

Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembendungan vena jugularis : Tidak ada

Dada

Bentuk : Simetris

Mamae

Bentuk : Simetris, membesar

Areola : Hiperpigmentasi

Putting susu : Menonjol

Kolostrum : Ada

Perut

Bentuk : Simetris, membesar

Linea nigra : Ada

Striae albicans : Ada

Bekas luka operasi : tidak ada

Ekstremitas

Bentuk : Simetris

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Vulva, vagina dan anus

Bentuk : Normal

PPV : Ada lendir dan darah

Varises : Tidak ada

Haemoroid : Tidak ada

8. Palpasi

Kepala : Normal, tidak ada benjolan

Leher

Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembendungan vena jugularis: Tidak ada

Dada

Mammae : Tidak ada massa, tidak ada benjolan, tidak ada
nyeritekan,ada kolostrum kiri dan kanan.

Perut

Leopold I : TFU 3 jari di bawah proccecus xyphoideus (PX), pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

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

Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen)

Sistem perlimaan : 1/5

Mc Donald : 30 cm

TBBA : 2790 gram, $(30-12) 155 = 18 \times 155 = 2790$ gram

His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik

9. Auskultasi

DJA : Terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut ibu bagian kiri, di bawah pusat ibu

Frekuensi : 128 x/menit

10. Perkusi

Refleks patella : Kiri/kanan (+) / (+)

3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 04/07/2016 Jam: 16.15 wita, Oleh : Marni A Bait

Vulva : Tidak ada kelainan, tidak ada kondiloma, tidak ada oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar bartolin dibagian labia.

Vagina : Tidak ada kelainan, keluar lendir bercampur darah

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Kantong ketuban : Utuh

Bagian terendah : Kepala

Posisi : Ubun-ubun kecil depan

Molase : Tidak ada

Turun hodge : III +

4. Pemeriksaan Laboratorium

Urine

Reduksi : Tidak dilakukan

Albumin : Tidak dilakukan

Darah

HB : 10,5 gr%

Gol Darah : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus

USG : Tidak dilakukan

Rontgen : Tidak dilakukan

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnose/masalah	Data dasar
G1P0A0,UK 39-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.	<p>DS:ibu mengatakan mau melahirkan, ibu mengatakan perutnya terasa mules dan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tadi jam 11.00 wita</p> <p>HPHT : 03-10-2015</p> <p>DO: TP : 10-07-2016</p> <p>TD: 110/60 mmHg Suhu: 36,8 °C</p> <p>N : 90x/menit RR : 20x/menit</p> <p>1. Pemeriksaan fisik</p> <p>a. Mata</p> <p>Kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>b. Dada</p> <p>Bentuk simetris, areola mammae hyperpigmentasi, puting menonjol, pada bagian puting kanan dan kiri ada colostrum.</p> <p>c. Abdomen</p> <p>Bentuk membesar, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae albicans</p> <p>2. Palpasi</p> <p>Leopold I: TFU 3 jari dibawah proccesus xyphoideus (PX), pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)</p> <p>Leopold II: Pada perut Ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil</p>

	<p>janin.</p> <p>Leopold III: Pada perut Ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan.</p> <p>Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk PAP</p> <p>Sistem perlimaan: 1/5</p> <p>TBBA : 2790 gram</p> <p>His : 4 x dalam 10 menit lamanya 40"-45"</p> <p>Ekstremitas : Oedema (-/-) dan varises (-/-)</p> <p>3. Auskultasi</p> <p>Abdomen: DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut Ibu dibawah pusat, frekuensi 128 kali/menit</p> <p>4. Perkusi</p> <p>Ekstremitas : Refleks patella kiri (+)/ kanan (+)</p> <p>11. Pemeriksaan obstetric jam 16.15 wita</p> <p>Tanggal : 04-07-2016</p> <p>Hasilnya VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan : 10 cm, kantong ketuban (+), presentasi kepala, UUK depan, Turun Hodge III +.</p>
--	---

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak ada

V. Perencanaan

Tanggal : 04 Juli 2016

Jam : 16.15 wita

Diagnose : G1P0A0, UK 39-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, Inpartu kala II keadaan ibu dan janin baik.

1. Berikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik

R/ Memberikan dukungan dan pendekatan yang baik akan terjalin kerja sama serta kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan

2. Observasi DJJ, his dan nadi tiap 15 menit

R/ Merupakan indikator dalam menilai kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin terjadi pada Ibu dan janin.

3. Siapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Ruang yang bersih dan nyaman mencegah Ibu dari infeksi dan bayi dari hipotermi

4. Berikan posisi yang nyaman dan rileks

R/ Kondisi tubuh yang nyaman dan tenang akan membantu meringankan kecemasan pasien dalam menghadapi proses persalinan dan juga akan mempermudah persalinan

5. Jelaskan pada Ibu posisi-posisi selama persalinan

R/ Posisi yang dan nyaman mendukung kelancaran proses persalinan

6. Jelaskan pada keluarga untuk memberikan Ibu makan dan minum selama persalinan

R/ Dehidrasi bisa menyebabkan melemahnya tenaga untuk mengejan karena cairan dan nutrisi ibu sendiri diolah oleh tubuh dan diproduksi sebagai bahan energi

7. Siapkan alat dan bahan yang digunakan dalam menolong persalinan sesuai isi saff

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam pertolongan persalinan

VI. Pelaksanaan

Tanggal : 04-07-2016

Jam : 16.17 wita

Diagnose : Ibu G₁P₀A₀, UK 39-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

No	Jam	Pelaksanaan	Paraf
1	16.18 wita	Mengobservasi DJJ, His, nadi tiap 15 menit M/ Hasil pemantauan terlampir pada lembar observasi dan partograf	
2	16.24 wita	Menyiapkan alat dan bahan yang digunakan untuk menolong persalinan sesuai isi saff, yaitu : Saff I : a. Bak partus steril berisi sarung tangan 2 pasang, gunting, klem koher 2 buah, gunting tali pusat, kassa steril secukupnya, pengikat	

		<p>tali pusat, ½ koher, gunting episiotomi 1 buah.</p> <p>b. Dispo 3 cc dan 5 cc, kom air DTT, bethadin, bengkok, baki berisi (kassa DTT, kateter DTT), tempat obat-obatan (oxitosin), vitamin K, metergin, salep mata</p> <p>c. Korentang, larutan klorin spray untuk cuci tangan alternatif, com kapas kering</p> <p>Saff II :</p> <p>Bak steril berisi set heacting yaitu : sarung tangan satu pasang, pinset anatomis dan sirurgis 1 buah, jarum heacting, kassa secukupnya. Tempat klorin untuk sarung tangan/tempat dispo bekas, tempat ampul bekas, tempat plasenta, pengisap lendir, tensimeter, stetoskope, thermometer.</p> <p>Saff III :</p> <p>Pakaian ibu (kain panjang bersih, baju, pembalut, celana dalam).</p> <p>Pakaian bayi (topi, popok, baju, kain bayi, sarung tangan, sarung kaki).</p> <p>Perlengkapan APD (celemek, topi, masker, kaca mata).</p>	
--	--	---	--

VII. Evaluasi

Tanggal : 04-07-2016

S : Ibu mengatakan ingin BAB dan adanya dorongan meneran

O : Adanya tanda dan gejala kala II yaitu: perineum menonjol, vulva dan anus membuka Pemeriksaan obstetric
Jam 16.15 wita

VT: Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kk (+), presentasi belakang kepala, UUK depan, kepala Turun Hodge IV

A : Inpartu Kala II

P :

1. Pastikan kelengkapan alat
2. Siapkan diri
3. pastikan pembukaan lengkap
4. cuci tangan
5. pakai sarung tangan

I :

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II (dorongan, teknan, perjol, vulva)
2. Memastikan kelengkapan peralatan bahan dan mematahkan ampul oksitosin serta memasukkan spuit kedalam partus set
3. Memakai APD: topi, masker, celemek, sepatu both
4. Mencuci tangan, keringkan dengan handuk

5. Memakai sarung tangan kanan untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik, gunakan tangan yang memakai sarung tangan.
7. Memakai sarung tangan kiri untuk membersihkan vulva dan perineum dengan kapas dan air DTT
8. Melakukan periksa dalam: Vulva tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kk (-), presentasi belakang kepala, UUK depan, tidak ada molase, TH IV.
9. Mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % dan melepaskan dalam keadaan terbalik
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran, dan ibu memilih posisi meneran setengah duduk
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman bila belum ada dorongan kuat untuk meneran

15. Meletakkan handuk bersih di perut ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka Lindungi perineum dengan satu tangan yang dilas dengan kain bersih dan kering. Tangan lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya bayi
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat. Tidak ada lilitan tali pusat
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, mengajarkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal untuk melahirkan bahu depan dan kemudian gerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang

23. Saat bahu lahir, geser tangan kanan ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Setelah badan dan lengan lahir, gunakan tangan kiri untuk menyusuri punggung, bokong, tungkai dan kaki. Selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut
25. Melakukan penilaian sepiantas apakah bayi menangis kuat, bergerak aktif, dan warna kulit (bayi lahir langsung menangis, bergerak aktif, warna kulit kemerahan)
26. Mengeringkan tubuh bayi dari muka, kepala dan bagian tubuh bayi lainnya kecuali tangan. Ganti handuk basah dengan handuk kering dan biarkan bayi diatas perut ibu.

E :

Tanggal : 04-07-2016 Jam : 16.30 wita

Bayi lahir hidup, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki, lahir langsung menangis, gerakan aktif, kulit kemerahan, TFU setinggi pusat.

Jam 16.32 wita

S : Ibu mengatakan perutnya mules, plasenta belum lepas

O : TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran darah pervaginam sedikit, tali pusat bertambah panjang

A : Partus kala III

P : Melakukan MAK III

I :

Jam 16.35 wita

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus atau janin tunggal
28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oxytosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oxytosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah diklem dan gunting
32. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya
33. Menyelimuti bayi dengan kain dan pasang topi bayi kemudian lakukan IMD selama 1 jam
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis entek memastikan uterus berkontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yng lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 menit, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas
37. Lakukan peregangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan dorongan dorso-kranial)
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan pilin plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar searah jarum

jam dengan lembut hingga uterus berkontraksi dalam waktu 15 detik sebanyak 15 kali (fundus teraba keras)

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap, utuh, dan insersi tali pusat. (Selaput amnion, korion, dan kotiledon lengkap, insersi lateralis). Masukkan plasenta kedalam kantung plastik.

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
Perineum tidak ada laserasi

E :

Tanggal : 04-07-2016 Jam 16.40 wita

Plasenta lahir spontan, selaput amnion, korion dan kotiledon lengkap, insersi lateralis, panjang tali pusat \pm 50 cm, kontraksi uterus baik, perdarahan 100 cc, TFU 2 jari dibawah pusat.

Jam 16.42 wita

S : Ibu mengatakan lega dan senang karena telah melahirkan anak keduanya, dan merasa mules pada perutnya

O : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong

A : Kala IV

P :

1. Bersihkan ibu dan juga kenyamanan ibu serta lakukan dekontaminasi

2. Lakukan prosedur pasca persalinan, evaluasi KU, TTV, kontraksi dan perdarahan

I :

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

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

44. Lakukan pemeriksaan fisik BBL, penimbangan, pengukuran bayi, beri salep mata antibiotik profilaksis dan Vit. K 0,1 mg di paha kiri anterolateral, 1 jam setelah bayi lahir

45. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 0,1 mg di paha kiri, suntikan imunisasi Hb0 di paha kanan anterolateral

46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

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

48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan

50. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi, setiap 15 menit.

51. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C), pernapasan 53kali/menit, suhu 36,5°C.
52. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
53. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
54. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
55. Pastikan ibu merasa nyaman. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
56. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
57. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
58. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
59. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV

E :

Tanggal : 04-07-2016

Keadaan umum : baik Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit,

N : 80 x/menit

Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan 50 cc, jumlah seluruhnya \pm 150 cc, kandung kemih kosong.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal	Jam	Data Dasar	Paraf
04-07-2016		<p>S: Ibu mengatakan merasa mules pada perut bagian bawah</p> <p>O: Keadaan umum : Baik</p> <p style="padding-left: 20px;">Kesadaran : Composmentis</p> <p style="padding-left: 20px;">TTV, TD : 110/70 mmHg, S : 36,5 °C, N : 80 x/menit,</p> <p style="padding-left: 40px;">RR : 20 x/menit</p> <p style="padding-left: 20px;">Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, 2 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A: P₁A₀AH₁ post partum 2 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu ibu untuk istirahat yang cukup 2. Anjurkan ibu untuk makan dan minum secara teratur 3. Beritahu ibu untuk tidak menahan kencing bila ingin berkemih 4. Observasi pengeluaran pervaginam 5. Menyarankan ibu untuk memberi bayinya ASI 6. Jelaskan pada ibu untuk melakukan mobilisasi 7. Jelaskan pada ibu untuk melakukan vulva higinie setelah BAB/BAK 8. Jelaskan pada ibu untuk minum obat sesuai anjuran yang diberikan paracetamol 500 mg X tablet /3x1, Sulfat 	

		<p>ferosus 200 mg X tablet/ 1x1, Vit C 50 mg X tablet 1x1, Vit. A 1x1</p> <p>9. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya ibu nifas</p> <p>10. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir</p> <p>11. KIE keluarga untuk melengkapi administrasi</p>	
05-07-2016		<p>S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV, TD : 110/70 mmHg, S : 36,5 °C, N : 80 x/menit,</p> <p>RR : 20 x/menit, produksi ASI ada (kanan +/- kiri +), puting susu menonjol, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, 2 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A: P₁A₀AH₁ post partum normal hari ke 1</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu untuk makan makanan yang bergizi dan mengandung protein seperti kacang-kacangan, telur dan ikan 2. Menyarankan ibu memberi ASI untuk bayinya 3. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat 4. Beritahu ibu selalu mengganti popok bayinya bila BAB atau BAK 5. Jelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene 6. Jelaskan pada ibu untuk minum obat sesuai anjuran yang diberikan paracetamol 500 mg X tablet /3x1, Sulfat ferosus 200 	

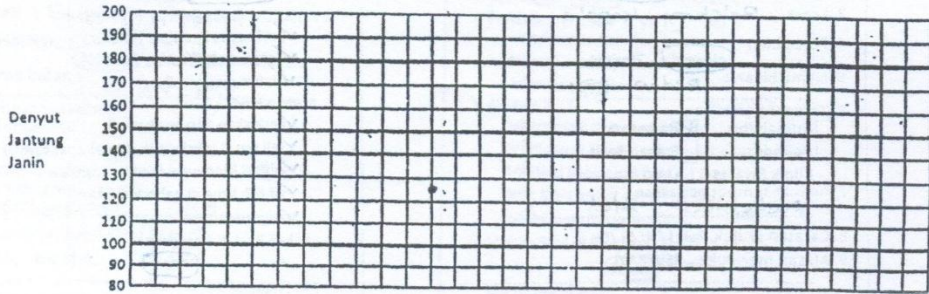
		<p>mg X tablet/ 1x1, Vit C 50 mg X tablet 1x1</p> <p>7. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya ibu nifas</p> <p>8. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir</p>	
06-07-2016		<p>S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV, TD : 110/80 mmHg, S : 37 °C, N : 84 x/menit,</p> <p>RR : 20 x/menit, produksi ASI ada (kanan +/ kiri +), kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, 2 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A: P₁A₀AH₁ post partum normal hari ke 2</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu untuk makan makanan yang bergizi dan mengandung protein seperti kacang-kacangan, telur dan ikan 2. Beritahu ibu selalu mengganti popok bayinya bila BAB atau BAK 3. Menyarankan ibu untuk memberi ASI pada bayinya 4. Jelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene 5. Jelaskan pada ibu untuk minum obat sesuai anjuran yang diberikan : Amoxicilin 500 mg X tablet /3x1, Sulfat ferosus 200 mg X tablet/ 1x1, Vit C 50 mg X tablet 1x1 6. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya ibu nifas 7. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir 	

		<p>8. Jelaskan pada ibu untuk kontrol tanggal 09-07-2016 ke puskesmas atau fasilitas kesehatan</p> <p>9. Anjurkan kepada ibu untuk segera mengikuti program KB</p>	
--	--	--	--

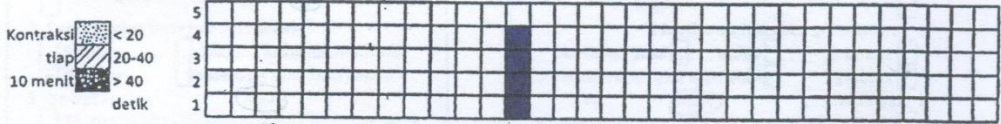
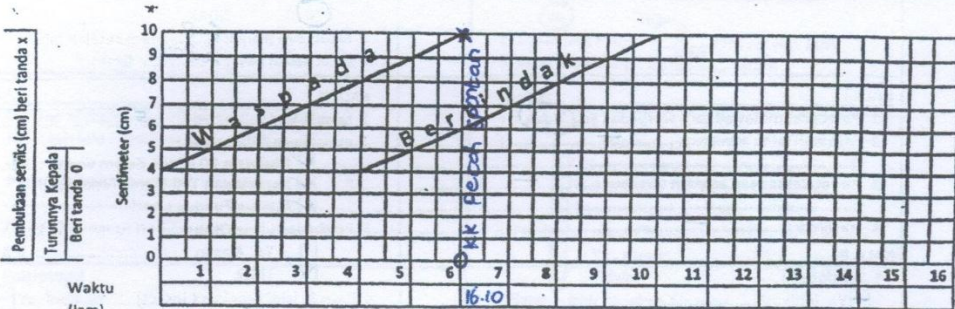
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu NY. L.M Umur 23 Tahun G.P.A. 0
 No. Puskesmas Tanggal 04-Juli-2016 Jam 16.00 wita

Ketuban Pecah sejak Jam : Mules Sejak Jam : 11.00 wita

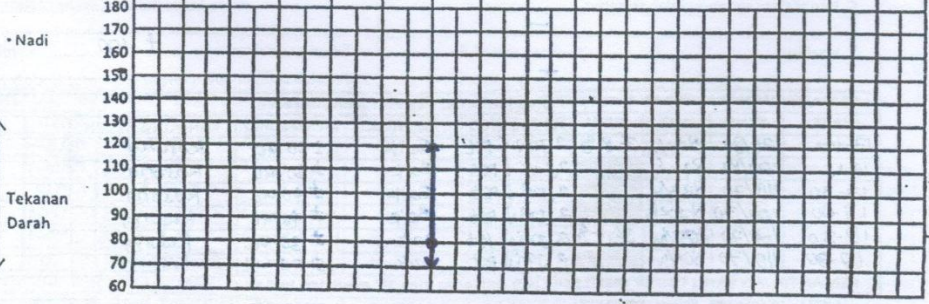


Air Ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C 36.8

Urine { Protein
 Aseton
 Volume

Hydrasi 250
Ar putih

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal : 09 Juli 2016
 2 Usia kehamilan : 39 minggu + 3 Hari
 Prematur Aterm Posmatur
 3 Letak : Belakang kepala
 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio
 5 Nama bidan : Bidan ETA
 6 Tempat persalinan
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakti
 Klinik Swasta Lainnya :
 7 Alamat tempat persalinan : Puskesmas Alak
 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV
 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI
 10 Tempat rujukan :
 11 Pendamping pada saat merujuk : Bidan
 suami keluarga dukun kader lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin : LN PR
 2 Saat Lahir : Jam 16:30 Hari Senin Tanggal : 09-07-2016
 3 Bayi : Lahir hidup Lahir mati :
 4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak)
 Bayi napas spontan teratur
 Gerakan aktif/tonus kuat
 Air ketuban Jernih
 5 Asuhan bayi
 Keringkan dan hangatkan
 Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka
 Inisiasi Menyusul Dini < 1 jam
 Vit K 1-1 mg di paha kiri atas
 Salp mata/tetes mata
 6 Apakah Bayi di Resusitasi?
 YA TIDAK
 Jika YA tindakan :
 Langkah awal _____ menit
 ventilasi selama _____ menit
 Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal
 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
 YA TIDAK
 8 Kapan bayi mandi : 6-8 Jam setelah lahir
 9 Berat Badan Bayi : 2.800 Gram

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
 2 Pendamping pada saat persalinan :
 Suami dukun lain2
 Keluarga kader
 3 Gawat Janin :
 Ya, tindakan :
 Tidak
 4 Distosis behu
 Ya, tindakan :
 Tidak
 5 Masalah lain sebutkan
 6 Penatalaksanaan masalah tersebut
 7 Hasilnya

KALA III

1 Lama kala III : 5 menit
 2 manajemen Aktif kala III :
 Oksitocin 10 IU IM dalam waktu 1 menit
 Peregangan Tali Pusat Terkendali
 Masase Fundus Uteri
 3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ?
 Ya, Alasan
 Tidak
 4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
 Ya
 Tidak
 Jika TIDAK, tindakan
 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
 YA, Tidak
 6 Laserasi
 YA, Tidak
 Jika YA, dimana derajat 1 2 3 4
 Tindakan
 7 Atonia Uteri
 YA Tidak
 Jika YA tindakan
 8 Jumlah perdarahan 100 ml
 Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

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

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
17-00	120/80	84x/m	36.8°C	2 jari & PST	Baik	± 50 ML	Kosong
17-15	120/80	84x/m		2 jari & PST	Baik	± 50 ML	Kosong
17-30	110/70	82x/m		2 jari & PST	Baik	± 40 ML	Kosong
18-00	120/70	82x/m		2 jari & PST	Baik	± 40 ML	Kosong
18-30	120/90	80x/m	36.5°C	2 jari & PST	Baik	± 30 ML	Kosong
19-00	110/70	80x/m		2 jari & PST	Baik	± 20 ML	Kosong

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

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA DAHAK	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
17-00	48x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum
17-15	48x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum
17-30	46x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum
18-00	46x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum
18-30	44x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum
19-00	44x/m	36.5°C	kemerahan	Aktif	Baik	Segar	Tidak	Belum	Belum

Tanda Bahaya Ibu Bayi
 Tindakan (jelaskan dicatat kasus)

TTD perolong



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

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama mahasiswi : Marni Amingga Bait
NIM : 132111129
Pembimbing I : Merry A. Giri, S.Keb., Bd

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	07 / 10 / 2016	Bab I	Revisi	
2	10 / 10 / 2016	Bab I – III	Revisi	
3	12 / 10 / 2016	Bab II – III	Revisi	
4	14 / 10 / 2016	ASKEB	Revisi	
5	18 / 10 / 2016	Bab III	Perbaiki Margin	
6	25 / 10 / 2016	Bab I - III	ACC	



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

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Marni Amingga Bait

Nim : 132111129

Pembimbing II : Mili A. Jumetan, STr. Keb

No.	Hari/Tanggal	CATATAN PEMBIMBING	Tanda Tangan Pembimbing
1.	10/10.2016 Senin	* Tarbuh Parto. * Arkes	
2.	13/10.2016	Arkes Perubahan	
3.	14/10.2016 Selasa	Perubahan	
4.	25/10.2016	Perubahan	
5.	05/12.2016	Ar Perubahan Marni	



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 STUDI KASUS

Nama mahasiswi : Marni Amingga Bait
NIM : 132111129
Pembimbing I : Merry A. Giri, S.Keb., Bd

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	12 / 03 / 2017	Bab I - V	Revisi	
2	14 / 03 / 2017	Bab IV	Revisi	
3	17 / 03 / 2017	ASKEB	Revisi	
3	20 / 03 / 2017	Bab I - V	ACC	



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 STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : MARNI AMINGGA BAIT

Nim : 132 111 129

Pembimbing II : Mili A. Jumetan, STr. Keb

	Hari/Tanggal	CATATAN PEMBIMBING	Tanda Tangan Pembimbing
1.	06/04.2017	Revisi Hamil (Baru 12)	
2.	18/05.2017	* lengkapi * revisi	
3.	16/05.2017	Acc	
4.			
5.			



LEMBAR KONSULTASI REVISI TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : MARNI AMINGGA BAIT
Nim : 132 111 129
Penguji : FRIDA S. PAY, SST, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Revisi	Tanda Tangan Pembimbing
1	Selasa, 10- Januari - 2017	* Perbaiki koper * Perbaiki margin * Abstrak : font 10, spasi 1. * Latar Belakang * Perbaiki penulisan	
2.	Senin, 16- Januari - 2017	o p2 turmy o kump keuh plus ke Anha p2salun Marni	
3.	Selasa, 21- februari - 2017	o Pathway o urud.	
4.	Kamis, 23- februari - 2017	Pathway	
5	Rabu - 08- Maret 2017		