

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL
DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG
TANGGAL 17-21 AGUSTUS 2015

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd,Keb)
Pada program studi DIII Kebidanan
STIKES Citra Husada Mandiri
Kupang



OLEH
KRISTINA FALLO
NIM: 02.12.00484

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

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL
DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG
TANGGAL 17-21 AGUSTUS 2015

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd,Keb)
Pada program studi DIII Kebidanan
STIKES Citra Husada Mandiri
Kupang



OLEH

KRISTINA FALLO

NIM: 02.12.00484

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

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang,10-maret- 2015

Yang menyatakan

KRISTINA FALLO

02.12.00484

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG TANGGAL 17-21 AGUSTUS 2015", telah di setujui dan ajukan dalam seminar proposal Mahasiswa atas nama: KRISTINA FALLO, NIM: 02.12.00484 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang,10-maret- 2016

Menyetujui

Pembimbing I



Frida .S. Pay, SST M.Kes

Pembimbing II



Jenni Nurmawati, SST

Mengetahui

Ketua

STIKes CHMK-Kupang



Drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D-III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG TANGGAL 17-21 AGUSTUS 2015" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: KRISTINA FALLO, NIM 02.12.00484 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah di uji dan dipertahankan di depan tim penguji studi kasus pada tanggal,

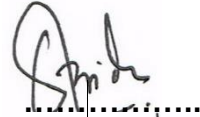
Ketua : UMMU ZAKIAH, SST, M.Keb



.....

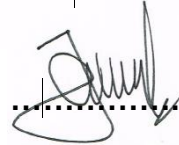
Anggota :

1. FRIDA .S. PAY, SST, M.KES



.....

2. JENY NURMAWATI, SST



.....

Mengetahui

Ketua

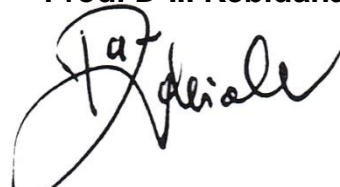
STIKes CHM-Kupang



Drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D-III Kebidanan



.....

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : KRISTINA FALLO

Tempat dan tanggal lahir : Oepoli, 24 Juli 1993

Alamat : Amfoang Timur

Riwayat pendidikan :

1. SD KATOLIK BOKOS (2000-2006)
2. SMP NEGERI 1 AMARASI SELATAN (2006-2009)
3. SMA NEGERI 1 AMARASI SELATAN (2009-2012)
4. Sedang menyelesaikan studi DIII di STIKes CHM-KUPANG

MOTTO



KE DALAM TANGANMU KU SERAHKAN HIDUPKU

persembahan

Persembahan ini saya berikan kepada TUHAN
Kedua Orang Tua Bapak Felix fallo Dan Mama yuliana dunggun
Tersayang, Kedua Adik tersayang milik dan stefi
Dan kaka tersayang paulina dan jose
Teman-teman angkatan 5 STIKes CHM-K Dan Almamaterku Tercinta

ABSTRAK

Latar Belakang: Persalinan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada wanita. Walaupun proses tersebut alami, masih terdapat kemungkinan untuk berkembang menjadi patologis. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 10% kelahiran hidup mengalami komplikasi. Diperkirakan dari setiap ibu dalam persalinan 16-17 ibu dapat menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka.

Tujuan: Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan kebidanan dengan manajemen kebidanan varney, menganalisa proses persalinan normal.

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 selama pemberian asuhan.

Simpulan: Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Masalah telah terselesaikan dengan menggunakan metode pendekatan 7 langkah varney tanpa adanya kesenjangan. Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa/i.

Kata Kunci: Asuhan kebidanan, persalinan normal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL DI RUANG RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG”** dapat terselesaikan. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya kebidanan (Amd.Keb) di STIKES Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Frida S Pay, SST, M.Kes selaku pembimbing I yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Jenny Nurmawati, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ny Y.S dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengabdian studi kasus yang telah bersedia menjadi responden
4. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua STIKES Citra Husada Mandiri Kupang
5. Ummu Zakiah, S,ST, M.Keb selaku ketua program studi DIII Kebidanan STIKES Citra Husada Mandiri Kupang.

6. Para dosen program studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan
7. Monika Salmau. Amd.Keb, selaku kepala ruangan Puskesmas Sikumana Rawat Inap yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruangan tersebut
8. Ny J.B dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan studi Kasus
9. Bapak Felix fallo dan Mama yuliana dunggun serta kedua orang adik tercinta milik dan stefi dan juga kaka tersayang paulina dan jose yang telah mendukung penulis, baik materi dan doa sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah ini berjalan dengan baik.
10. Keluarga besar fallo dan dunggun, serta semua teman, kenalan, sahabat yang telah memberikan banyak motivasi, dukungan sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah ini berjalan dengan baik.
11. Kakak dan adik2 tercinta yang telah mendukung penulis baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Rekan-rekan seperjuangan Prodi DIII Kebidanan Angkatan V dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bahwa Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi kebidanan/keperawatan.

Kupang ,10 Maret 2016

KRISTINA FALLO

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUL	i
HALAMAN SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI	v
BIO DATA	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
ABSTRAK	ix
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Bagi Peneliti	4
1.4.2 Bagi Institusi	4

	BAB II TINJAUAN KASUS	5
	2.1 Konsep Dasar Persalinan	5
AJAH	2.1.1 Pengertian	6
AJAH	2.1.2 Klasifikasi Persalinan	6
MEME	2.1.3 Sebab-sebab mulainya	
MEME	persalinan	7
BIOD	2.1.4 Tahapan persalinan	9
TTOM	2.1.5 Tanda dan gejala menjelang persalinan	14
ITBA	2.1.6 Faktor yang mempengaruhi persalinan	19
KATA	2.1.7 Mekanisme persalinan normal	24
DADA	2.1.8 Posisi-posisi pada saat meneran	28
DADA	2.1.9 Tujuan asuhan persalinan	33
DADA	2.1.10 Langkah-langkah asuhan persalinan normal	34
DADA	2.1.11 Partograf	41
BAB	2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	44
BA	2.2.1 Pengertian manajemen kebidanan	44
BA	2.2.2 Prinsip manajemen kebidanan	45
BA	2.2.3 Konsep asuhan kebidanan	46
	BAB III METODOLOGI PENELITIAN	63
	3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian	63
	3.1.1 Desain Penelitian	63
	3.1.2 Rancangan penelitian	63
	3.2 Kerangka Kerja	64

3.3 Subyek penelitian	65
3.3.1 Sample	65
3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data	65
3.4.1 Pengumpulan Data	65
3.4.2 Proses pengumpulan data	65
3.4.3 Instrumen pengumpulan data	67
3.4.4 Tempat dan waktu pelaksanaan penelitian	67
3.4.5 Analisa data	67
3.5 Etika Penelitian	70
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	72
4.1 Hasil Penelitian	72
4.1.1 Gambaran lokasi Penelitian	72
4.1.2 Hasil penelitian	72
4.2 Pembahasan	76
4.2.1 Pengkajian	76
4.2.2 Interpretasi data dasar	77
4.2.3 Antisipasi masalah potensial	79
4.2.4 Tindakan segera	79
4.2.5 Perencanaan	80
4.2.6 Pelaksanaan	81
4.2.7 Evaluasi	82
BAB V PENUTUP	83
5.1 Kesimpulan	83

5.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
3.1 Kerangka Kerja.....	64

DAFTAR SINGKATAN

ANC	:Antenatal care
APD	:Alat Pelindung Diri
APN	:Asuhan Persalinan Nomal
ASI	:Air Susu Ibu
BAK	:Buang Air Kecil
BAB	:Buang Air Besar
BB	:Berat Badan
CPD	:Cepalo Pelvic Disiensi
DJJ	:Denyut Jantung Janin
DO	:Data Obyektif
DTT	:Desinfektan Tingkat Tinggi
DS	:Data Subyektif
HPHT	:Hari Pertama Haid Terakhir
HB	:Haemoglobin
KB	:Keluarga berencana
KEK	:Kekurangan Energi Kinetik
KMS	:Kartu Menuju Sehat
KPD	:Ketuban Pecah Dini
KU	:Keadaan Umum
LILA	:Lingar Lengan

MRS :Masuk Rumah-Sakit
OUE :Osteum Uteri Eksternum
OUI :Osteum Uteri Internum
UK :Usia Kehamilan
PAP :Pintu Atas Panggul
PI :Pencegahan Infeksi
PPV :Perdarahan Pervaginam
PWS :Pemantauan Wilayah Setempat
TBBA :Tafsiran Berat Badan Janin
TFU :Tinggi Fundus Uteri
TM :Trimester
TP :Tafsiran Partus
TT :Tetanus Toxoid
TTV :Tanda-Tanda Vital
TD :Tekanan Darah
USG :Ultrasonografi

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Askeb	87
Lampiran 2 Partograf	120
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	122

PENDAHULUAN

1.1 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 tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Nurasi dkk, 2012). Sebagian besar persalinan di Indonesia terjadi di desa dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar, dimana tingkat keterampilan petugas dan sarana kesehatan sangat terbatas. Oleh sebab hal itu tersebut menjadi salah satu pemicu penyebab angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi (Rohani dkk, 2011).

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 rata-rata presentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di Indonesia tahun 2012 mencapai 88,64% sedangkan pada tahun 2013 mencapai 90,88 %. Dalam kurun waktu lima tahun terakhir, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Kupang dalam periode 2009-2013 rata-rata mengalami peningkatan, pada tahun 2009 cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 84.92%, terlihat terus menurun menjadi 73.10% pada tahun 2011 kemudian meningkat menjadi 91% pada akhir tahun 2013. Data yang di peroleh dari Puskesmas Alak tahun 2014 periode Januari sampai

Desember angka persalinan oleh Nakes berjumlah 143 orang dan jumlah persalinan tahun 2015 Januari sampai Agustus yang ditolong oleh Nakes berjumlah 212 orang.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan terhadap serviks (APN, 2010). Menurut teori-teori yang kompleks hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan yang bekerja saat hamil adalah hormon estrogen dan progesteron. Sejumlah tanda dan gejala bahwa seorang wanita sedang mendekati waktu bersalin adalah lightening, perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, blood show, dan lonjakan energi. Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah faktor power yaitu kekuatan yang mendorong janin keluar, faktor passager (janin) yang meliputi letak, bagian terbawa dan posisi, faktor passage (jalan lahir), faktor psikis ibu meliputi peningkatan kecemasan, faktor penolong yaitu kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal (Nurasiah,

2012). Mekanisme persalinan normal merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu (Nurasih, 2012).

Aspek-aspek asuhan yang terbukti mempengaruhi perasaan persalinan dan kepuasan pengalaman persalinan meliputi komunikasi dan pemberian informasi, penatalaksanaan nyeri, tempat melahirkan, dukungan sosial dan dukungan dari pasangan serta dari pemberian asuhan. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Persalinan normal mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya (Prawirahardjo, 2007).

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah Bagaimanakah asuhan kebidanan pada persalihan normal di ruangan Bersalin Puskesmas sikumana.

1.3 TUJUAN PENULISAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu bersalin normal di Puskesmas Sikumana

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian data pada persalinan normal
2. Menganalisis dan menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa/masalah pada persalinan normal
3. Menganalisis masalah potensial pada persalinan normal
4. Melaksanakan tindakan segera pada ibu bersalin normal
5. Merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan pada persalinan normal
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada persalinan normal
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada persalinan normal

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan tentang penulisan penelitian dan pengetahuan tentang asuhan persalinan normal.

1.4.2 Bagi Institusi

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

2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1 Pengertian

1. Persalinan adalah proses pembukaan dan penipisan serviks 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 persentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni dkk, 2013).
2. Persalinan adalah proses pembukaan dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir (Hidayat, 2010).
3. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2007).
4. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuawa,2010).

2.1.2 Klasifikasi persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu

1. Jenis Persalinan Berdasarkan Bentuk Persalinan

- a. Persalinan spontan adalah 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 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 500 gram dan kurang dari 1000 gram

c. Partus Prematur

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

d. Partus matur atau aterm

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

e. Partus posmatur atau partus serotinus

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

2.1.3 Sebab-sebab mulainya persalinan

Terjadinya persalinan di sebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut :

1. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kekuatan untuk meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Manuawa, 2010).

2. Teori penurunan progesteron

Prose penebaran 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 posterior. Perubahan keseimbangan 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 dapat dianggap 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 ada hubungan antara hipotalamus-hipofisi dengan mulainya persalinan (Manuaba, 2010).

2.1.4 Tahapan persalinan

Proses persalinan di bagi menjadi 4 kala yaitu kala pembukaan, kala pengeluaran, kala uri dan kala pengawasan

1. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai pembukaan 10 cm, kala I disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai sejak timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (Bloody Show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase :

a. Fase laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal 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. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit demi sedikit.

Kontraksi mulai lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, intensitas dari mulai terjadi selama 10 menit sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang (Rata-rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dari tonus uterus dasar berlangsung selama 30 sampai 40 detik (Varney, 2007)

b. Fase aktif

Fase aktif biasanya dimulai sejak ibu mengalami kontraksi teratur dan maju dari sekitar pembukaan 4 cm sampai pembukaan serviks sempurna. Fase aktif dibagi menjadi tiga yaitu :

- 1) Fase akselesari berlangsung selama 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal berlangsung dalam waktu 2 jam dan berlangsung sangat cepat dari 4 cm sampai 9 cm.
- 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm

menjadi 10 cm. Fase-fase tersebut diatas di jumpai pada primigravida. Pada multigravidapun terjadi demikian akan tetapi fase laten dan fase aktif terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya servik berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit membuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servik serjadi dalam saat yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan servik uteri telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara kira-kira 17 jam sama (Sarwono, 2007).

2. Kala pengeluaran

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan servik sudah lengkap (10 cm) dan berakhir lahirnya bayi .Kala II pada primipara berlangsung 2 jam dan pada multipara selama 1 jam (Nuraisak dkk, 2011). Pada kala II his menjadi lama dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit

sekali. Karena dalam hal ini kepala janin sudah masuk diruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dan dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin di lahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat his mulai lagi untuk mengeluarkan badan, dan anggota bayi (Sarwono, 2007).

3. Kala III (Kala Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir, sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak dipusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding. Biasanya plasenta lepas dalam 6

menit sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta di sertai dengan pengeluaran darah.

Pada kala III persalinan otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta ke tempat implantasi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian atas vagina (APN, 2007).

4. Kala IV (Pengawasan)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Wiyati dkk, 2009).

Kala IV merupakan proses yang terjadi sejak plasenta lahir sampai dengan 1-2 jam sesudahnya, hal-hal yang perlu di perhatikan adalah kontraksi uterus sampai

uterus kembali ke bentuk normal. Hal ini perlu dilakukan dengan melakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus untuk berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga diperhatikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus.

Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

1. Tingkat kesadaran wanita
2. Pemeriksaan TTV
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan (perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc)(Wiyati dkk, 2009).

2.1.5 Tanda dan gejala menjelang persalinan

Ada sejumlah tanda dan gejala peringatan yang akan meningkatkan keseimbangan bahwa seorang wanita sedang mendekati waktu bersalin. Wanita tersebut akan mengalami beberapa kondisi berikut, mungkin semua malah tidak sama sekali. Dengan mengingat tanda dan gejala tersebut, kita akan terbantu untuk menangani wanita yang sedang hamil tua sehingga kita dapat memberikan konseling dan bimbingan antisipasi yang tepat. Tanda dan gejala persalinan antara lain lain sebagai berikut :

1. Lightening

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap,(engaged) setelah lightening, yang biasanya oleh wanita awan yang di sebut” kepala bayi sudah turun”. Sesak napas yang di rasakan sebelumnya selama trimester III akan berkurang, penurunan kepala menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas ekspansi paru. Lightening menimbulkan perasaan tidak nyaman yang lain akibat tekanan pada bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor. Hal-hal spesifik akan dialami ibu.

- a. Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih di tekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang
- b. Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau di defekasi
- c. Kram pada tungkai yang di sebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramina isciadika mayor menuju tungkai

d. Peningkatan statis vena yang edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah

Lightening menyebabkan TFU menurun ke posisi yang sama dengan posisi TFU pada UK 8 bulan. Pada kondisi ini tidak lagi pemeriksaan ballotement pada kepala janin yang mengalami sebelumnya dapat digerakan diatas simfisis pada palpasi abdomen. Pada leopold IV jari-jari bidan yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar. Pada primigravida biasanya lightening terjadi sebelum persalinan. Hal ini kemungkinan disebabkan peningkatan insensitas kontraksi braxton hicks dan tonus otot abdomen yang baik, yang memang lebih sering di temukan pada primigravida (sidiyatini dkk, 2010).

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Jika sebelumnya selama hamil, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding yang mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks di duga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi braxton hicks. Serviks semakin matang selama periode berbeda-beda sebelum

persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan (Varney, 2007)

3. Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh pada signifikan pada serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi braxton hick yang tidak nyeri, yang telah terjadi sekitar enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitan bahkan 3 atau 4 minggu sebelum terjadi persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energi dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat (Varney, 2007).

4. Ketuban pecah dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada kala I akhir persalinan. Apabila terjadi sebelum persalinan kondisi tersebut di sebut dengan KPD. Hal ini dialami oleh sekitar 12% wanita hamil. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mulai mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan dalam 24 jam (Varney, 2007).

5. Bloody Show

Plak lendir di sekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang di maksud dengan bloody show (Varney, 2007).

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang leih 24-48 jam sebelum terjadinya persalinan. Umumnya para wanita ini merasa energik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktifitas yang akibatnya mereka merasa letih ketika memasuki persalinan dan seringkali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat di jelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang di perlukan untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan (Varney, 2007).

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Faktor power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat : Kontraksi simetris, fundus dominan , kemudian diikuti relaksasi. Dalam melakukan observasi pada pasien bersalin hal-hal yang harus di perhatikan dari his adalah :

- 1) Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit, atau per 10 menit
- 2) Intensitas his adalah kekuatan his (Adekuat atau lemah)
- 3) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan di tentukan dengan detik, misalnya 50 detik
- 4) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya
- 5) Datangnya his adalah apakah sering, teratur atau tidak

Perubahan-perubahan akibat his

- 1) Pada uterus dan servik: Uterus terasa keras padat karena kontraksi. Servik tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga muncul his maka terjadi pendataran (affacement) dan (pembukaan) dari servik
- 2) Pada ibu : rasa nyeri karena iskemia rahim, dan kontraksi rahim, terdapat pada kenaikan nadi dan tekanan darah
- 3) Pada janin : Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang sehingga timbul hipoksia janin. DJJ melambat dan kurang jelas di dengar karena adanya iskemia fisiologi

Pembagian his dan sifat-sifatnya

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show
- 2) His pembuka : (kala I) : Menyebabkan pembukaan servik, semakin kuat, teratur dan sakit
- 3) His pengeluaran (kala II) : Untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta

5) His pengiring (kala IV) : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. Tenaga mendedan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama di sebabkan karena kontraksi dinding-dinding otot perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan, intra abdominal
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi
- 3) Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif sewaktu ada his
- 5) Tanpa tenaga mengejan anak tidak dapat lahir
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim

2. Faktor passager (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi faktor janin, letak, bagian terbawa, dan posisi janin

a. Sikap (Habitus)

Menunjukkan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya.

b. Letak (situs)

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada pada sumbu ibu

c. Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim, yang dijumpai ketika palpasi atau pemeriksaan dalam

d. Bagian terbawa janin

Sama dengan presentasi, hanya lebih diperjelas istilahnya

e. Posisi janin

Untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (Materal pelvis)

3. Faktor passage (Jalan lahir)

Passage atau faktor jalan lahir diagi menjadi:

- a. Tulang panggul ox coxae, os sacrum, os coccyfis
- b. Articulasio (Persendian) : Simfisi pubis, artikulasi sakro-iliaka, artikulasio sakro-koksigium
- c. Ruang panggul pelvis mayor dan pelvis minor
- d. Pintu panggul : PAP, ruang tengah panggul, PBP, ruang panggul yang sebenarnya berada di outlet dan outlet
- e. Sumbu panggul
- f. Bidang-bidang panggul Hodge I-IV
- g. Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligament

4. Psikis ibu

Dalam fase persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, dengan makin meningkatnya kecemasan akan semakin meningkatkan intensitas nyeri. Penyebab nyeri adalah karena timbulnya ketegangan mental akibat rasa takut.

5. Faktor penolong

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan ketrampilan penolong persalinan. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal (Nurasiah, 2012)

2.1.7 Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinan normal 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 dalam defenisi pengucian (eggagment)
- b. Diameter suboksipitobregmatika ialah 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 adalah :

a. Turunya kepala

Turunya kepala dibagi dalam :

- 1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir

kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan majunya 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 di sebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggu.

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 hodgee III, dan bila kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebat terjadi 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 levator ani kiri dan kanan

3) Ukuran terbesar dari bagian tengah panggul adalah diameter anteroposterior

d. Ekstensi

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

Pada kepala bekerja dua kekuatan yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya di sebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah simfisis 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

e. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putara restitusi (putaran balasan sama dengan putaran paksi luar)

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan muncul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Nurasiah, 2012).

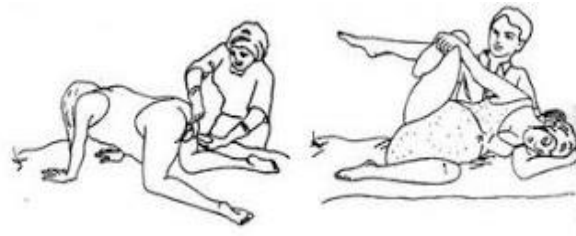
2.1.8 Posisi-posisi pada saat meneran

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. Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir Nurasiah, dkk (2011).

Posisi ini mengharuskan ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut posisi lateral ini umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat. Normalnya, posisi ubun-ubun bayi berada di depan jalan lahir. Posisi kepala bayi

dikatakan tidak normal jika posisi ubun-ubunnya berada di belakang atau di samping. Dalam kondisi tersebut biasanya dokter akan mengarahkan ibu untuk mengambil posisi miring. Arah posisi ibu tergantung pada letak ubun-ubun bayi. Jika berada dikiri ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi, bisa berputar, jika berada dikanan ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kanan sehingga bayi diharapkan bisa berputar.



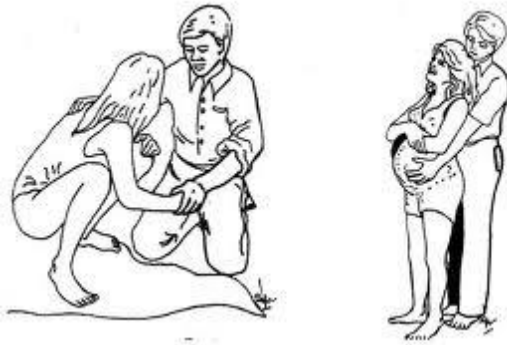
Gambar 2.1 posisi miring atau lateral (JPNK-KR, 2007).

Keuntungan:

1. Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
2. Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
3. Mencegah terjadinya laserasi.
4. Perdarahan balik ibu berjalan lancar, sehingga pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta tidak terganggu.
5. Memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan. Karena tidak terlalu menekan proses pembukaan akan berlangsung sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. (Rohani, dkk, 2009).

2. Posisi Jongkok

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



Gambar 2.2 posisi jongkok (JPNK-KR, 2007)

Keuntungan:

1. Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
2. Persalinan lebih mudah.
3. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
4. Mengurangi trauma pada perineum. (JPNK-KR, 2007)

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 (JPNK-KR, 2007)

Keuntungan:

1. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
2. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
3. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
4. Peregangan minimal pada perineum.

5. Posisi Semi Duduk

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



Gambar 2.5 posisi duduk (JPNK-KR, 2007)

Keuntungan

- a. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b. Membuat ibu nyaman.
- c. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.
(Rohani, dkk, 2011
- d. Membantu dalam penurunan janin dengan kerja gravitasi menurunkan janin ke dasar panggul.
- e. Lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/mensupport perineum.

6. Posisi berdiri

Berdiri memudahkan penuran kepala janin, memperluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir). Dalam posisi berjongkok ataupun berdiri, seorang ibu bisa lebih mudah mengosongkan kandung kemihnya, dimana kandung kemih yang penuh akan dapat memperlambat penurunan bagian bawah janin.



Gambar 2.6 posisi berdiri (JPNK-KR, 2007)

Keuntungan:

1. Memanfaatkan gaya grafitasi
2. Memudahkan melahirkan kepala
3. Memperbesar dorongan untuk meneran

2.1.9 Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan pada persalinan normal secara umum adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Tujuan asuhan persalinan yang lebih spesifik adalah :

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalian 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 penatalaksanaan komplikasi secara tepat waktu
4. Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya (Rohani dkk, 2011)

2.1.10 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Persalinan merupakan proses fisiologis yang tidak akan habis sejalan dengan kelangsungan hidup manusia di muka bumi. Asuhan Persalinan Normal (APN) disusun dengan tujuan terlaksananya persalinan dan pertolongan pada persalinan normal yang baik dan benar, target akhirnya adalah penurunan angka mortalitas ibu dan bayi di Indonesia. Pada awalnya APN terdiri dari 60 langkah, namun setelah direvisi menjadi 58 langkah , sebagai berikut:

1. Mendengar, melihat , dan memeriksa tanda dan gejala kala II
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek plastik
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang di pakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

7. Membersihkan vulva dan perineum, menekanya hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang di basahi air DTT
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan permukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal 120-160x/menit)
11. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan kuat untuk meneran dalam 60 menit
15. Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka tutupan partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, menganjurkan ibu meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku

sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24. Setelah tubuh bayi dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki, (Masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Melakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
26. Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan. Ganti handuk yang basah dengan handuk yang kering. Memposisikan tubuh bayi di perut ibu.
27. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa penolong akan menyuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit intramuskular di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi. Dari sisi

luar klem penjepit dorong (ibu) tali pusat ke arah distal ibu dan lakukan penjepit kedua pada 2 cm dari klem pertama

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
32. Tempatkan bayi di atas dada ibu untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
34. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang-atas (dorsol kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksinya dan ulangi prosedur diatas
37. Melakukan peregangan dan dorongan dorsol-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsol-kranial)
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga

selaput ketuban terpilin kemudian lahikan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan tangan diatas fundus, dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik ibu maupun bagan bayi pastikan selaput ketuban lengkan dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Memberi waktu cukup untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (didada paling sedikit 1 jam)
44. Melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilkasis dan vit k 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak kulit ibu-bayi
45. Memberikan suntikan iminisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vit k 1) di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantaun kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi 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 pascapersalinan
50. Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu menggunakan pakain yang bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
55. Mendokumentasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih
58. Melengkapi partograf (Halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.1.11 Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I. Kegunaan partograf:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam

mengambil keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf sebaiknya di buat untuk setiap ibu yang bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi.

Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

1. Denyut jantung janin. Catat setiap 1 jam
2. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :
 - a) U : Selaput utuh
 - b) J : Selaput pecah, air ketuban jernih
 - c) M : Air ketuban bercampur mekonium
 - d) D : Air ketuban bernoda darah
 - e) K : Tidak ada cairan ketuban/kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)
 - a) O : Sutura terpisah
 - b) 1 : Sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian
 - c) 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki
 - d) 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat di perbaiki

4. Pembukaan mulut rahim (servik). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda (X)
5. Penurunan. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis cacat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
6. Waktu. Menyatakan beberapa jam yang telah dijalani sesudah pasien di terima
7. Jam. Catat jam sesungguhnya
8. Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk mengitung bayaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi tiap hitungan detik.
 - a) Kurang dari 20 detik
 - b) Antara 20 dan 40 detik
 - c) Lebih dari 40 detik
9. Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyak oksitosin pervolume cairan infus dan dalam tetesan permenit
10. Obat yang diberikan. Catat semua obat yang telah di berikan

11. Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (.).

12. Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan tanda dengan anah panah

13. Suhu badan. Catatlah setiap 2 jam

14. Protein, aseton, dan volume urin. Catat setiap 4 kali ibu berkemih

Jika temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencapai rujukan yang tepat.

2.2 KONSEP DASAR MANAJEMEN KEBIDANAN

2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode memecahkan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, interpretasi data dasar, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (hidayat, 2009)

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan

arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan dalam rangkain tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

2.2.2 Prinsip manajemen kebidanan

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney. Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang di keluarkan oleh American College Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relefan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interprestasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien

4. Memberi informasi dan suport sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komperhensif 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

2.2.3 Konsep Asuhan Kebidanan

Langkah I : Tahan Pengumpulan Data Dasar

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

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara

1. Anamnesis

Dilakukan untuk mendapat biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien

2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi :
 - a. Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
 - b. Pemeriksaan penunjang (Laboratorium, radiologi/USG)

Tahap ini merupakan langkah awal yang menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang di hadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

1) Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di dapat dari hasil wawancara atau anamnesa secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lain. Data subyektif ini mencakup semua keluhan-keluhan dari klien terhadap masalah kesehatan yang lain. Dari hasil anamnese terhadap klien tentang masalah kesehatan yang dialami meliputi hal-hal berikut :

- a. Biodata

Biodata berisi tentang identitas klien beserta suaminya yang meliputi : Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat

b. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihai yang mendorong klien datang ke bidan. Menanyakan tentang keluhan ibu agar dapat menegakkan diagnose berdasarkan keluhan yang di sampaikan pasien. Keluhan utama pada ibu bersalin adalah : Mules pada perut dan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah. Keluar lendir bercampur darah

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Yang perlu ditanyakan adalah apakah saat ini klien menderita suatu penyakit, kapan dan apakah sudah di periksa 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/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin, HIV/AIDS, asma, TBC, Diabetes,

hipertensi, apakah ada keturunan kembar atau tidak.

d. 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/sesudah haid, keputihan kalau tidak ya, kapan sebelum, selama sesudah haid atau diluar haid. Siklus haid yang normal adalah 28 ± 4 hari (24-32 hari). Jika kurang dari 24 hari disebut polymenorrhoe, 28 ± 4 hari di sebut eumenorrhoe dan lebih dari 32 hari di sebut ligomenorrhoe. Lamanya haid berkisar antara 3-5 hari atau dengan variasi 1-2 hari sebut hipomenorrhoe, 3-5 hari di sebut eumenorrhoe dan jika 7-8 hari disebut sebagai hipermonorrhoe (Ramadhy, 2011)

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

Apakah ada masalah selama kehamilan dan persalinan, berapa berat bayi paling besar yang pernah di lahirkan oleh ibu? lama persalinan

sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini, komplikasi kelahiran untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran dan post partum, ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekutan panggul untuk kelahiran saat ini.

Tabel 2.2 riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

N O	Tgl/bln/thn melahirkan	Jenis persalina n	UK	Penolong	Keadaa n bayi LH/LM/ M	JK	BB/ PB	Ket

f. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

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

g. Riwayat Perkawinan

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

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 membuat ibu capek.

i. Perilaku kesehatan

- a) Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm
- b) Konsumsi alkohol telah berhubungan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat badan bayi rendah

j. Pola nutrisi

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

k. Pola eliminasi

Berapa kali ibu BAK dan BAB satu hari sebelum berlangsungnya persalinan, bagaimana warna dan konsistensinya selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang di rasakan ada atau tidak

l. Pola istirahat

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

m. Pola aktivitas

Bagaimana kegiatan klein selama hamil dan melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak. Aktifitas yang berat dapat mempengaruhi kesehatan janin

n. Pola personal Hygiene

Ibu mandi, gosok gigi dalam berapa kali 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.

2) Data Obyektif

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

a) Pemeriksaan umum

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

1. Tingkat kesadaran : Untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu : Composmentis : Sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

Apatis : Pasien tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya

Dilirum : Penurunan kesadaran disertai kekacaun motorik dan silus tidur bangun yang terganggu. Pasien tampak gaduh, gelisa, kacau, distoleransi, dan meronta-ronta.

Samnolen : Keadaan mengantuk yang masih dapat pulih bila dirangsang. Tapi bila rangsangan berhenti pasien akan tidur kembali.

Sopor : Keadaan yang ngantuk sangat dalam. Bisa dibangunkan dengan rangsangan kuat. Tapi pasien tidak

bangun sempurna dan tidak dapat memberikan jawaban verbal dengan baik.

Semi koma : Penurunan kesadaran yang tidak dapat memberikan respon terhadap rangsangan verbal dan tidak dapat dibangunkan sama sekali.

Koma : Penurunan kesadaran yang sangat dalam, tidak ada gerakan spontan dan tidak ada respon terhadap rangsangan nyeri.

2. Tekanan darah : Untuk mengetahui atau mengukur tekanan darah. Batas normal tekanan darah adalah antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg
3. Suhu : Untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal 36^oC sampai 37^oC
4. Nadi : Untuk mengetahui denyut nadi pasien sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat 60-90 x/menit
5. Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang di hitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada ibu nifas post operasi cenderung lebih cepat yaitu 16-26 x/menit

b) Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi :

Genetalia dan anus : Warna vulva dan vagina, ada luka atau tidak, ada varises dan oedema atau tidak, haemaroid ada atau tidak

Ekstremitas bawah : Simetris atau tidak, ada varises, oedema atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak.

2. Palpasi

a. Abdomen :

1) Leopold I : Untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat dalam fundus

2) Leopold II : Untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil

3) Leopold III : Untuk menentukan bagian terendah janin

4) Leopold IV : Untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul

b. Pemeriksaan Perlimaan :

1) Pemeriksaan 5/5 : Kepala diatas PAP mudah di gerakan, kepala janin masih teraba lima jari diatas simpisis

- 2) Pemeriksaan 4/5 : Sulit di gerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul, kepala masih teraba 4 jari diatas simpisis Hodge I-II
 - 3) Pemeriksaan 3/5 : Bagian terbesar kepala belum masuk panggul Hodge II-III
 - 4) Pemeriksaan 2/5 : Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul, Hodge III+
 - 5) Pemeriksaan 1/5 : Kepala di dasar panggul, Hodge III-IV
 - 6) Pemeriksaan 0/5 : Kepala di perineum, Hodge IV
- c. MC Donal dan TBBA : Untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus. Jika kepala sudah masuk PAP (Divergen) TFU – 11 X 155, dan kepala belum masuk PAP (Konvergen) TFU – 12 X 155.
- d. Ekstremitas : Apakah ibu ada cacat bawaan adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal
- e. Pemeriksaan dalam : Sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk

berkemih dan mencuci area genitalia, (jika ibu belum melakukannya) dengan sabun dan air. Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan pada setiap pemeriksaan. Hal-hal yang perlu di nilai saat pemeriksaan dalam :

- a. Vulva dan vagina : Ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan dalam. Setelah daerah vulva dan vagina di persiapkan dengan baik dan pemeriksaan sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar, kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk satu tangan membuka labia lebar-lebar untuk menyikap muara vagina untuk mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam labia.
- b. Konsestensi portio : Portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm)
- c. Pembukaan servik : Dilatasi servik di tentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan servik. Jari pemeriksa disatukan dari tepi satu serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan. Pembukaan (Fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm)

- d. Air ketuban (utuh/pecah) : Ibu hamil sebaliknya diintruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya di gunakan , masukan spekulum dengan hati-hati, dan cairan di vornik posterior. Cairan di periksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.
 - e. Presentasi dan posisi janin
 - f. Penurunan bagian terbawah janin : Menentukan bagian terbawah janin dengan metode "zero station"
 - g. Ketinggian bagian terbawah janin dijalan lahir di gambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika keadaan ini di sebut station nol.
 - h. Penyusupan kepala janin atau molase
Anus : Hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.
3. Auskultasi
- DJJ terdengar jelas di punctum maksimum dibawah pusat bagian kiri atau kanan ibu.Frekuensinya normal atau tidak, kuat atau lemah, teratur atau tidak.
4. Perkusi
- Reflek patella : +/+ / -/-

c) Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

HB : Berapa kabar Hb (gr%)

Albumin : Terdapat albumin atau tidak dalam urine

Reduksi : Terdapat glukosa atau tidak dalam urine

Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini di lakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar tersebut kemudian di interpretasikan sehingga dapat di rumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun diagnosa keduanya harus di tangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

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

Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Pada langkah ke tiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial pada ibu post partum.

Langkah IV : Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli klinis bayi baru lahir. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Langkah V : Perencanaan

Menurut Wildan dan Hidayat (2008) langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang harus dipikirkan pada kasus persalinan normal adalah :

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan
2. Memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf
3. Memantau tanda-tanda vital

4. Memantau keadaan janin
5. Menilai keadaan ibu dan perasaan tentang respon fisik terhadap persalinan
6. Membantu ibu memahami apakah yang sedang terjadi sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan
7. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu selama persalinan
8. Mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat
9. Mengatur posisi ibu selama persalinan
10. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
11. Menjaga privasi ibu
12. Menjelaskan tentang kemajuan persalinan
13. Menjaga kebersihan diri
14. Pemenuhan cairan dan nutrisi
15. Memenuhi kebutuhan eliminasi ibu
16. Persiapan persalinan normal

Langkah IV : Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaanya dapat dilakukan seluruhnya bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi

dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk menerapkan kesinambungan asuhan berikutnya (Misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien.)

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuain pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan.

Pendokumentasian data perkembangan

S : Data subyektif

Dalam proses ini dikumpulkan data subyektif, yaitu data yang di peroleh dari hasil anamnese 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

Dalam proses ini di tentukan hasil interpretasi data subyektif dan obtektif yang menjadi dasar untuk melakukan perencanaan dan tindakan kebidanan

P : Planning

Dalam proses ini di tentukan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan

3.1 DESAIN PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang di gunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sudarman, 2003).

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui gambaran asuhan ibu bersalin normal di Ruang Bersalin Puskesmas sikumana

3.1.2 Rancangan Penelitian

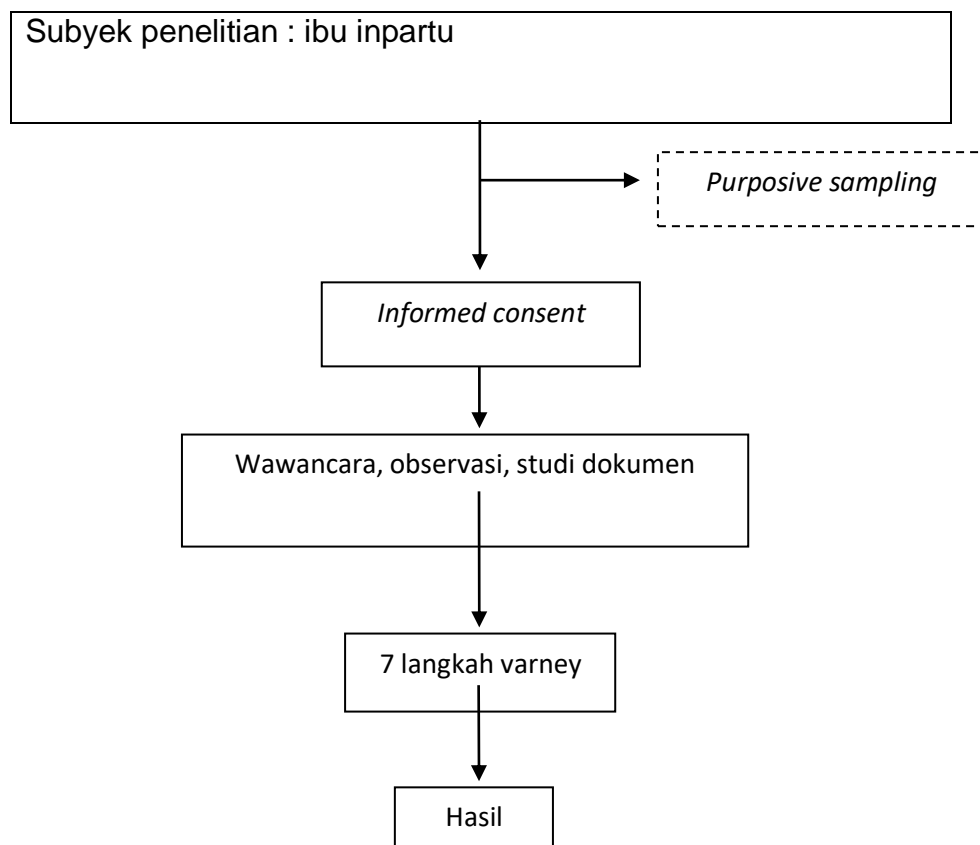
Rancangan penelitian yang di gunakan pada penelitian kualitatif adalah kutipan pengalaman, pendapat individu, atau wawancara dengan seseorang (Komunikasi personal) dapat dituliskan untuk menyampaikan masalah penelitian yang di teliti sebagai data yang memperkuat peneliti menyampaikan gagasan penelitiannya. Pendekatan yang di gunakan adalah kasus tunggal (Afiyanti, 2014)

Dalam studi kasus ini peneliti ingin mengetahui bagaimana bentuk asuhan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas sikumana. Subyek penelitian ini kasus tunggal yaitu ibu inpartu sebanyak 1 orang.

3.2 KERANGKA KERJA (FRAME WORK)

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

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu inpartu sebanyak 1 orang di Puskesmas sikumana

3.3 SUBYEK PENELITIAN

3.3.1 Sample

Pada penelitian kualitatif, pengambilan sample memiliki prinsip dasar ditujukan untuk memperoleh atau menentukan sample kasus atau individu yang memiliki banyak informasi dan mendalam tentang informasi yang diteliti. Sample pada penelitian kualitatif adalah unit sample yang dapat berupa orang, suatu konsep atau program, atau suatu perilaku atau budaya, atau suatu kasus yang dibatasi waktu atau sistem (Afiyanti, 2014). Sample pada penelitian ini adalah ibu inpartu sebanyak 1 orang.

3.4 PENGUMPULAN DATA DAN ANALISA DATA

3.4.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada suatu subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursala, 2013). Pengumpulan data dilakukan dengan 3 cara yaitu 1) wawancara, wawancara untuk mendapatkan data yang diperoleh dari hasil anamnese meliputi keluhan yang dirasakan pasien 2) observasi, observasi untuk mendapatkan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan umum, fisik dan pemeriksaan penunjang 3) studi dokumen, data yang telah didapatkan tersebut diolah dan dianalisa

menjadi dasar untuk melakukan perencanaan dan tindakan kebidanan

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 Puskesmas sikumana dengan temusan kepada kepala klinik bersalin Puskesmas sikumana. 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, melihat register pasien. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara untuk mendapatkan data yang diperoleh dari hasil anamnese meliputi keluhan yang dirasakan pasien , observasi untuk mendapatkan data yang di peroleh dari hasil pemeriksaan umum, fisik dan pemeriksaan penunjang, dan studi dokumen data yang telah di dapat tersebut diolah dan dianalisa menjadi dasar untuk melakukan perencanaan dan tindakan kebidanan.

3.4.3 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu :

1. Format pengkajian
2. Partus set
3. HB sahli
4. Vital saint
5. Partograf
6. Alat tulis
7. Doppler
8. Pita Cm
9. Timbangan berat badan
10. Perlengkapan APN
11. Buku KIA
12. Status/catatan pasien

3.4.4 Tempat dan waktu pelaksanaan penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas sikumana

Waktu penelitian pada tanggal 06-09 Agustus 2015

3.4.5 Analisa data

1. Pengkajian

Pada langkah ini di kumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data subyektif

dilakukan dengan anamnesis, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

2. Analisa data dasar

Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Oleh karena itu diagnosa kebidanan pada ibu bersalin adalah :

Ibu G...P...A...AH...UK.....minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala.....dengan.....

3. Mengidentifikasi diagnosa 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 dapat diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial

ini menjadi benar-benar terjadi . Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

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

5. Menyusun asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Penyusunan rencana di lakukan berdasarkan teori yaitu manajemen pada ibu bersalin adalah :

Ibu G...P...A...UK....Minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala.....dengan.....

6. Penatalaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau oleh anggota tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab

untuk mengarahkan pelaksanaannya misalnya, memastikan langkah-langkah tersebut terlaksana. Pada kasus, telah diberikan tindakan asuhan berdasarkan rencana asuhan yang telah ditetapkan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Penulis telah mengevaluasi masalah yang ada, sehingga dapat dinilai bagaimana perkembangan pada ibu bersalin

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 diperhatikan antara lain :

1. *Informend consent* (Persetujuan)

Informend consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informend consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informend consent* adalah agar subyek mengerti

maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *Informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang di butuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah di hubungi dan lain-lain (Hidayat, 2010)

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek 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 di sajikan (Hidayat, 2010)

3. Kerahasiaan (confidentiality)

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

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) memberikan pelayanan yang berkualitas serta didukung oleh tenaga kesehatan yang terampil dan juga didukung tersediannya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu upaya yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal. Semua penolong persalinan dilatih untuk melakukan upaya pencegahan atau deteksi dini secara aktif terhadap berbagai komplikasi yang mungkin terjadi, maka mereka akan dapat memberikan pertolongan secara adekuat dan tepat waktu, serta dapat melakukan upaya rujukan segera dimana ibu masih dalam kondisi yang optimal.

4.1.2 Hasil Penelitian

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2015 pada pukul 13.35 wita, diruang Bersalin Puskesmas sikumana. Pengkajian dilakukan pada Ny.J.B dan Tn. M.A, ibu dan suami berumur 21 dan 25 tahun.Keduanya beragama Kristen Protestan, ibu dan suami berasal dari suku Timor dan saat ini suami bekerja

sebagai swasta sedangkan ibu adalah ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir ibu SMP dan suami SMA. Keluarga Ny J.B tinggal di FATU FETO RT/RW 01/01.

Keluhan utama ibu saat ini adalah ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, ibu mengeluh perutnya terasa mules dan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 12.00 wita. Status pernikahan Ny J.B dan Tn. M.A adalah belum syah. Haid terakhir tanggal 29 november 2014, pergerakan janin dirasakan dalam 24 jam terakhir adalah sering dan kuat \pm 12 kali. Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. J.B keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu TD 120/70 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit. Dari hasil pemeriksaan palpasi Leopold didapatkan pada Leopold I TFU 3 jari dibawah PX, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong), pada leopold II teraba keras, datar dan memanjang seperti papan pada perut ibu bagian kanan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas), pada leopold III teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyang (kepala), dan pada Leopold IV didapatkan kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (divergen) dengan perlimaan 0/5. Hasil auskultasi yakni DJJ terdengar (+) dengan frekuensi 140 x/menit menggunakan doppler, observasi his

didapatkan his saat ini 5 x 10 menit lamanya 40-45 detik. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (+), presentasi kepala, UUK didepan, turun Hodge IV. Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar Hb : 10,8 gr%. Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus.

2. Analisa Masalah Dan Diagnosa

G1POAO UK 41 minggu,4 hari janin tunggal hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II.

3. Perencanaan

Rencana asuhan kebidanan pada Ny.J.B G1POAO UK 41 minggu,4 hari janin tunggal hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II yaitu pastikan kelengkapan peralatan bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan, mencuci tangan dan memakai sarung tangan, memakai perlengkapan pelindung pribadi, pastikan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam mengambil posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya, lakukan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran, memberikan ibu minum selama kala II persalinan, Menolong persalinan.

4. Pelaksanaan

Setelah dilakukan pemeriksaan awal saat ibu datang, ibu sudah memasuki kala II persalinan. Pada pukul jam 08.45 wita VT : Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kk (+), presentasi belakang kepala, uuk didepan, tidak ada molase, TH IV. Setelah dilakukan pemeriksaan, maka dilakukan persiapan pertolongan asuhan persalinan normal. Pukul 09.22 wita bayi lahir hidup, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki, lahir langsung menangis, gerakan aktif, kulit kemerahan, TFU setinggi pusat. Setelah dilakukan MAK III : pukul 09.27 wita plasenta lahir spontan, selaput amnion, korion dan kotiledon lengkap, insersi sentralis panjang tali pusat \pm 50 cm, kontraksi uterus baik, perdarahan \pm 100 cc, TFU 2 jari dibawah pusat, ada laserasi derajat 1 lakukan heating tunggal. Pukul 09.40 wita dilakukan kala pengawasan selama 2 jam post partum yaitu pemantaun tekanan darah, suhu, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan pada ibu, dan pemantaun pernapasan, suhu, warna kulit, gerakan, isapan ASI, tali pusat, kejang, BAB dan BAK pada bayi selama 1 pertama setiap 15 menit sekali dan jam kedua setiap 30 menit sekali.

5. Evaluasi

Setelah asuhan pasca persalinan, dekontaminasi alat bekas pakai, dan pemantaun keadaan ibu post partum dan bayi baru lahir

tidak ditemukan keadaan patologis kemudian ibu dan bayi dipindahkan ke ruang nifas untuk pemantauan selanjutnya.

4.2 PEMBAHASAN

Dalam Bab ini penulis akan membahas tentang hasil penelitian dan konsep dasar teori dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 (tujuh) langkah Varney pada kasus NyJ.B dengan P1AOAH1 UK 41minggu,4 hari janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Alak tanggal 01 s/d 07 Agustus 2015, mulai dari pengkajian yang dilakukan, asuhan/penatalaksanaan dan evaluasi yang diberikan pada persalinan normal tidak jauh berbeda antara teori dan kenyataan yang ada dilapangan. Pembahasan ini akan disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney.

4.2.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa,pemeriksaan fisik dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tandavital,pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang(Estiwidani dkk,2008).

Berdasarkan teori diatas,maka penulis mengumpulkan data yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan,meliputi data subjektif yaitu,ibu

mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, meneggeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, keluar lender yang banyak dari jalan lahir sejak pukul 12.00 WITA dan merasa ada tekanan pada anus, serta data objektif yaitu, pemeriksaan fisik head to toe difokuskan pada keluhan ibu yang ingin melahirkan dan pemeriksaan dalam dengan hasil: vulva tidak ada condiloma akuminata, vagina tidak ada flour albus, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantong ketuban+, bagian terendah keoala, posisi UUK Ki-Dep, molase O, kepala turun hodge IV.

Sedangkan untuk pemeriksaan penunjang yaitu, pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan saat ibu datang, karena ibu datang dengan pembukaan 10cm, dimana asuhan yang difokuskan adalah tentang asuhan persalinan. Oleh karena itu, pemeriksaan dilakukan setelah pertolongan persalinan yaitu, pemeriksaan Hb, yang dilakukan oleh penulis

Jadi pada langkah I manajemen kebidanan varney, ada kesenjangan antara teori yang dikemukakan dan asuhan yang diberikan kepada Ny.J.B, yaitu pada pemeriksaan Hb.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan

sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik(Estiwidani dkk,2008)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10) dengan tanda His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan semakinmeningkatnya tekanan pada rectum atau vagina,perineum terlihat menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani terlihat membuka,peningkatan pengeluaran lender dan darah (Rohani dkk,2011).

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan oleh penulis pada langkah I,maka diagnose yang dapat ditegakkan pada Ny.J.B yaitu, G1P0A00 usia kehamilan 41 minggu 4 hari janin tunggal hidup intra-uterine,pres-kep,inpartu kala II keadaan ibu dan janin baik.Diagnosa ini berdasarkan data subjektif,yaitu : ibu mengatakan hamil anak pertama,belum pernah melahirkan,tidak pernah keguguran,mengeluh sakit pinggang,menjalar ke perut bagian bawah,keluar lender bercampur darah dari jalan lahir,ada tekanan pada anus dan merasa ada dorongan meneran seperti ingin BAB,serta data focus objektif yaitu pada pemeriksaan dalam didapati hasil, vulva: tidak ada condiloma akuminata, vagina : tidak ada flour allbus,portio : tidak teraba, pembukaan: 10cm, kantong ketuban:+, bagian terendah: kepala: UUK Ki-Dep,molase: O,kepala turun hodge IV.

Jadi pada langkah kedua,tidak ada kesenjangan antara teori yang telah dikemukakan dengan praktek dan praktek yang telah dilakukan.

4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi(Estiwidani dkk,2008).

Berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahap pengkajian,maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada masalah potensial yang dapat terjadi pada Ny.J.B.

4.2.4 Tindakan Segera

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.Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Estiwidani dkk,2008).

Berdasarkan pengertian diatas,dapat disimpulkan bahwa tindakan segera dilakukan bila dalam pengkajian,ditemukan adanya masalah potensial atau diagnose potensial yang dapat terjadi pada ibu dan janin yang dikandung.

Berdasarkan teori diatas,maka tidak ada tindakan segera yang diberikan pada Ny.J.B dengan alasan bahwa dalam pengkajian yang

dilakukan,tidak ditemukan adanya masalah potensial yang dapat terjadi.

4.2.5 Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya.Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Estiwidani dkk,2008).

Dukungan yang diberikan selama persalinan adalah menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu,menghadirkan pendamping persalinan,mobilitas,pemberian informasi,teknik relaksasi,komunikasi dan dorongan semangat (Rohani dkk,2011)

Asuhan kebidanan yang direncanakan kepada Ny.J.B didasarkan pada kebutuhan saat itu juga,yaitu Ny.J.B datang ke puskesmas Sikumana,ingin melahirkan,jadi perencanaan asuhan yang diberikan adalah menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu,menghadirkan pendamping persalinan,pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan,mengajarkan teknik relaksasi kepada ibu,komunikasi dan dorongan semangat. Sedangkan mobilisasi yang dilakukan hanya sebatas miring,dan tidak berjalan,karena ibu sedang dalam kala II persalinan. Tidak dilakukan karena hanya difokuskan pada pertolongan persalinan yang telah tertuang dalam tinjauan kasus.

Jadi,tidak ada kesenjangan antara teori yang telah dikemukakan dengan asuhan yang diberikan pada Ny.J.B.

4.2.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri,ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya (Estiwidani dkk,2008).

Pelaksanaan asuhan kebidanan telah dilakukan berdasarkan perencanaan asuhan yang telah dibuat. Pada pelaksanaan asuhan,dilakukan tugas kolaborasi,yaitu penulis bekerja sama dengan bidan dan mahasiswi kebidanan lainnya. Semua langkah pada prosedur tetap 58 langkah APN dilaksanakan,tetapi tidak berurutan sesuai dengan teori yang telah dikemukakan karena disesuaikan dengan kondisi saat dilapangan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

4.2.7 Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini lakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan

sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah (Estiwidani dkk,2008).

Evaluasi asuhan kebidanan pada Ny.J.B, didasarkan pada pelaksanaan asuhan.Oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

5.1 KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.J.B umur 21 tahun G1p0AH0,UK: 41 minggu 4 hari janin tunggal hidup intra-uterine,pres-kep,inpartu kala II keadaan ibu dan janin baik di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana,penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 5.1.1 Berdasarkan hasil pengkajian dari data subjektif dan data objektif didapatkan data Ny.J.B umur 21 tahun G1P0AH0,UK:41 Minggu 4 hari jain tunggal,hidup,intra-uterine,presentasi kepala,inpartu kala II keadaan ibu dan janin baik.
- 5.1.2 Hasil interpretasi data,didapat dignosa ibu G1P0AH0,UK:41 Minggu 4 hari janin tunggal,hidup,intra-uterine,presentasi kepala,inpartu kala II keadaan ibu dan janin baik.
- 5.1.3 Hasil identifikasi diagnose dan masalah potensial tidak ada,karena tidak ada data yang mendukung,baik itu data subjektif maupun data objektif.
- 5.1.4 Pada kasus Ny.J.B tidak ada tindakan segera,karena tidak ada masalah dan diagnose masalah potensial
- 5.1.5 Rencana tindakan pada kasus Ny.J.B mengacu pada kebutuhan pasien

5.1.6 Pelaksanaan asuhan pada Ny.J.B berdasarkan perencanaan yang telah dibuat,berdasarkandiagnose yang telah ditetapkan.

5.1.7 Evaluasi yang diperoleh adalah keadaan ibu dan janin baik dan tidak terjadi komplikasi dari tindakan yang dilakukan.

5.2 SARAN

5.1.8 Bagi Peneliti

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahun tentang penulisan peneliti dan asuhan persalinan normal

5.1.9 Bagi Institusi

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

5.1.10 Bagi Mahasiswa

Mahasiswi kesehatan,khususnya mahasiswi 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

- Afiyanti. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*.
Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
- APN, 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta. JNPK-KR
- APN, 2008. *Asuhan Persalinan Normal Dan Inisiasi Menyusui Dini*.
Jakarta. JNKP-KR
- APN, 2010. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta. JNKP-
KR
- Hidayat, 2009. *Manajemen Kebidanan*. Nuha medika
- Hidayat, 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta. Nuha
Medika
- Jannah, 2011. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : EGC
- JNPK-KR. 2007. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan KB Edisi 2*.
Jakarta. EGC
- Nurasiah, dkk , 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Refika
Aditama
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta:
Salemba Medika
- Prawirahardjo, 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT Bina Pustaka

Ramadhy. 2011. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta. EGC

Rohani, dkk,2009. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Rohani, dkk . 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*.

Jakarta: Salemba Medika

Sarwono, P. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka

Sudarman, 2003. *Metode Penelitian Kebidanan*. Jakarta. EGC

Sujiyatini , dkk. 2010. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Y:ogyakarta Nuha

Medika

Sukarni, dkk. 2013. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta Nuha

Medika

Traswati, 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal*

Dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

Varney Hellen, Dkk. 2007. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta .EGC

Wiyati N, dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta:

Fityamaya

[www. ProfilKesehatanPersalinanNormalDiNTT.Com](http://www.ProfilKesehatanPersalinanNormalDiNTT.Com) (akses tgl 26

[agustus 2015\)](http://www.ProfilKesehatanPersalinanNormalDiNTT.Com)

LAMPIRAN

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY J.B G1P0A0, UK : 41 MINGGU 4 HARI
JANIN TUNGGAL, HIDUP INTRAUTERINE, PRESENTASI KEPALA,
KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK, INPARTU KALA II**

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 Pengakajian

Tanggal pengkajian: 17-08-2015 Tgl MRS : 17-08-2015
Oleh mahasiswa : Kristina Fallo Jam : 13.15 wita

1. Data Subyektif

a. Biodata

Nama istri : Ny.J.B	Nama suami : Tn.M
Umur : 21 Tahun	Umur : 29 Tahun
Agama : K.Protestan	Agama : K.Protestan
Suku /bangsa : Timor/Indonesia	Suku/bangsa : Timor/Indonesia
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Swasta
Alamat Kantor : -	Alamat kantor :-
Alamat rumah :Fatu-feto RT/RW 01/01	Alamat rumah : Fatu-feto RT/RW 01/01

b. Keluhan utama : Ibu mengatakan mau melahirkan, ibu mengeluh perutnya terasa mules dan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tadi pukul 12.00 wita

c. Riwayat haid

Menarche : 12 Tahun

Siklus : 28 Hari
 Sifat darah : Encer
 Nyuri haid : Tidak ada
 HPHT : 19-11-2014
 TP : 06-08-2015

d. Riwayat perkawinan

Status perkawinan : syah
 Lamanya kawin : 1 Tahun
 Umur pada saat kawin : 20 tahun
 Berapa kali kawin : 1 kali

e. Riwayat kehamilan sekarang

Peregerakan anak : Dirasakan pada umur
 kehamilan 4 bulan
 ANC berapa kali : 6kali
 Tempat ANC : pustu fatu fetu
 Obat-obatan yang diminum : sf1x1(200mg) kalk
 1x1(500mg) vit c 1x1(50mg)
 Imunisasi TT1 : Sudah lengkap
 Imunisasi TT2 : Sudah lengkap

f. Riwayat persalinan yang lalu

Tabel 4.1. Riwayat persalinan yang lalu

N	Tgl/bln/thn	Jenis	U	Penolon	Keadaan	J	BB/P	Ke
o	melahirka	persalina	k	g	bayi	K	B	t
	n	n			LH/LM.			
					M			

1	Hamil ini	G1P0A0						
---	-----------	--------	--	--	--	--	--	--

g. Riwayat keluarga berencana

Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi

h. Riwayat Kesehatan

Penyakit yang pernah diderita ibu

Jantung : Tidak pernah
pernah

PHS/HIV/AIDS : Tidak

Hipertensi : Tidak pernah
pernah

Trasfusi darah : Tidak

Hepatitis : Tidak pernah
pernah

Operasi : Tidak

Jiwa : Tidak pernah
pernah

Aergi obat : Tidak

Campak : Tidak pernah
pernah

Kecelakaan : Tidak

Varisela : Tidak pernah

Malaria : Tidak pernah

Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Jantung : Tidak pernah
pernah

PHS/HIV/AIDS : Tidak

Hipertensi : Tidak pernah
pernah

Trasfusi darah : Tidak

Hepatitis : Tidak pernah
pernah

Operasi : Tidak

Jiwa : Tidak pernah
Aergi obat : Tidak pernah

Campak : Tidak pernah
Kecelakaan : Tidak pernah

Varisela : Tidak pernah

Malaria : Tidak pernah

Apakah ada keluarga yang kembar : Tidak ada

i. Keadaan psikososil

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

Dukungan keluarga : Kelurga selalu mendampingi ibu selama melakukan pemeriksaan

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

Jenis persalinan yang diharapkan : Normal

Jenis kelamin yang diharapkan : Laki-laki

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama-sama

j. Perilaku kesehatan

Merokok : Tidak pernah

Miras : Tidak pernah

Konsumsi obat terlarang : Tidak pernah

Minum Kopi : Tidak pernah

k. Riwayat latar belakang keluarga

Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan

Pantangan makanan : Tidak ada

Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan : Tidak ada

Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada

I. Riwayat Seksual

Apakah ad perubahan pola hubungan seksual

TM I : Tidak ditanyakan

TM II : Tidak ditanyakan

TM III : Tidak ditanyakan

m. Riwayat diet/makanan

Jenis makanan pokok : Nasi

Porsinya : 1 piring

Frekuensi makanan : 3x/ hari

Lauk pauk : Ikan, tempe, sayur-sayuran

Minum susu dan air putih : Ya

Keluhan : Tidak ada

Makan Terakhir pukul : 04.55 wita

Jenis makanan pokok : Nasi

Porsinya : 1 piring

Frekuensi makanan : 1 hari

Lauk pauk : Daging, sayur

Keluhan : Tidak ada

n. Riwayat pola eliminasi

BAK

Frekuensi : 3-4 kali

Warna dan bau : Kuning, khas amoniak

Keluhan : Tidak ada

BAB

Frekuensi : 1 kali

Warna dan bau : Kuning, khas feses

Keluhan : Tidak ada

Pola eliminasi terakhir

BAK

Frekuensi : 2 kali

Warna dan bau : Kuning, khas amoniak

Keluhan : Tidak ada

BAB

Frekuensi : 1 kali

Warna dan bau : Kuning, khas feses

Keluhan : Tidak ada

o. Riwayat pola istirahat

Tidur siang : 2 jam/ hari

Tidur malam : 10 jam/hari

Keluhan : Tidak ada

Istirahat terakhir

Tidur siang : 2 jam/ hari

Tidur malam : 4 jam/hari

Keluhan : Tidak ada

p. Riwayat kebersihan diri

Mandi : 2x/hari

Sikat gigi : 2x/hari

Ganti pakain dalam : 2x/hari

Keramas rambut : 2x/minggu

perawatan payudara : Digunakan sebelum mandi menggunakan baby oil dan kapas

Kebersihan diri terakhir

Mandi : 1x/hari

Sikat gigi : 1x/hari

Ganti pakain dalam : 1x/hari

Keramas rambut : 1x/hari

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Bentuk tubuh : Lordosis

Ekpresi wajah : Meringis

Tanda-tanda vital :

Suhu : 36,5⁰C

Nadi : 80x/menit

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Pernapasan : 20x/menit

Tinggi badan : 160 cm

BB sebelum hamil : -

BB setelah hamil : 56 cm

Lila : 25 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

Kepala : Normal, tidak ada kelainan

Rambut : Bersih, tidak ada ketombe

Wajah : Simetris

Bentuk : Oval

Pucat : Tidak ada

Cloasma gravidarum : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Mulut

Mukosa bibir : Lembab

Warna bibir : Merah muda

Stomatitis/sariawan: Tidak ada

Gigi

Caries : Tidak ada

Kelengkapan gigi : Lengkap

Tenggorokan

Tonsil : Tidak ada pembesaran

Warna : Merah muda

Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembendungan vena jugularis : Tidak ada

Dada

Bentuk : Simetris

Mamae

Bentuk : Simetris, membesar

Areola : hiperpigmentasi

Puting susu : Menonjol

Perut

Bentuk : Membesar

Linea nigra : Ada

Striae albicans : Tidak ada

Bekas luka operasi : Tidak ada

Ekstremitas

Bentuk : Simetris

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Vulva, vagina dan anus

Bentuk : Normal

PPV : Ada lendir dan darah

Varises : Tidak ada

Haemoroid : Tidak ada

2) Palpasi

Kepala : Normal, tidak ada benjolan

Leher

Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembendungan vena jugularis : Tidak ada

Dada

Bentuk : Simetris

Mamae : Tidak ada massa, colostrum (+)

Perut

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

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar memanjang seperti papan dan bagian kiri teraba bagian terkecil janin

Leopld III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat di goyangkan. Bagian terendah janin sudah masuk PAP

Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk PAP

Sistem perlimaan : 0/5

MC Donald : 30 cm

TBBA : 2945 gram, $(30-11) 155 =$

$19 \times 155 = 2945$ gram

His : 5 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik

3) Auskultasi

DJA : Terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut ibu bagian kanan dibawah pusat.

Frekuensi : 140x/menit

4) Perkusi

Refleks patella : kiri/kanan +/-

3. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 06-08-2015 Jam : 08.45 wita Oleh : Yenni N

Tunbonat

Vulva : Tidak ada kelainan, tidak ada kondiloma, Tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pemebaran kelenjar bartolin di bagian labia.

Vagina : Tidak ada kelainan keluar lendir bercampur darah

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap 10 cm

Kantong ketuban : Utuh

Bagian terendah : Kepala

Posisi : Ubun-ubun kecil didepan

Molase : Tidak ada

Turun Hodge : IV

4. Pemeriksaan Laboratorium

Urine

Reduksi : Tidak dilakukan

Albumin : Tidak dilakukan

Darah

HB : 10,8 gr%

Golongan darah : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus

USG : Tidak dilakukan

Rontegn : Tidak dilakukan

4.1.2 Interpretasi data dasar

Tabel 4.1 Interpretasi data dasar

Diagnosa	Data dasar
G1POAO UK 41 minggu 4 hari janin tunggal hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II	DS : Ibu mengatakan mau melahirkan, ibu mengeluh perutnya terasa mules dan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 12.00 wita. HPHT : 29-11-2014 DO : TP : 06-8-2015 TD : 120/70 mmHg Suhu : 36,5°C N : 80x/menit RR : 20x/menit 1. Inspeksi a. Mata Kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sklera putih, oedema tidak ada b. Dada Bentuk simetris, areola mammae hyperpigmentasi, puting susu menonjol, colostrum ada c. Abdomen Bentuk membesar, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tidak

	<p>ada striae albicans</p> <p>2. Palpasi</p> <p>Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, kelenjar tiroi dan pembendungan vena jugularis</p> <p>Dada : Colostrum kanan/kiri (+/+), tidak ada nyeri tekan dan massa</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari dibawah proceccus xyphhoideus (PX) pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting</p> <p>Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan bagian kiri teraba bagian-bagian janin</p> <p>Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras, dan tidak dapat di goyangkan. Bagian terendah janin sudah masuk PAP</p> <p>Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP</p> <p>Sistim perlimaan : 0/5</p> <p>TBBA : 3100 gram</p> <p>His : 5 kali dalam 10 menit lamanya 45-50 detik</p> <p>Ekstremitas : Oedema (-/-) dan varises</p>
--	---

	<p>(-/-)</p> <p>3. Auskultasi</p> <p>Abdomen : DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut ibu bagian pusat, frekuensi 140x/menit</p> <p>4. Perkusi</p> <p>Ekstremitas : Refleks patella kiri/kanan (+/+)</p> <p>5. Pemeriksaan obstetric</p> <p>Tanggal : 17-08-2015 jam : 08.45 wita</p> <p>Hasil VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK didepan, turun HodgelV</p>
--	--

4.1.3 Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

4.1.4 Tindakan Segera

Tidak ada

4.1.5 Perencanaan

Tanggal : 17-08-2015

Jam : 13.45 wita

Diagnosa : G1POAO UK 41minggu 4 hari janin tunggal, hidup intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II

1. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan.
2. Cuci tangan dan memakai sarung tangan
3. Pakai perlengkapan pelindung pribadi
4. Pastikan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam mengambil posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
5. Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
6. Berikan ibu minum selama kala II persalinan
7. Tolong persalinan

4.1.6 Pelaksanaan

Tanggal : 06-08-2015

Jam : 13.45 wita

Diagnosa : G1POAO UK 41 minggu 4 hari janin tunggal, hidup intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II

1. Mendengar, melihat , dan memeriksa tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
2. Memastikan kelengkapan peralatan bahan dan mematahkan ampul oksitosin serta memasukan spuit kedalam partuset
3. Memakai APD : Topi, masker, celemek, sepatu both
4. Mencuci tangan, keringkan dengan handuk kering
5. Memakai sarung tangan kanan untuk pemeriksaan
6. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung)
7. Memakai sarung tangan kiri untuk membersihkan vulva dan perineum dengan kapas dan air DTT.
8. Melakukan pemeriksaan dalam : Vulva tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm,kk (+), presentasi belakang kepala, uuk didepan, tidak ada molase, TH IV, lakukan amniotomi, air ketuban jernih.
9. Mencilupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % dan melepaskan dalam keadaan terbalik.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi. Djj 140 x/ menit
11. Memberitahukan 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. Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm
15. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
16. Membuka tutupan partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
17. Memakai sarung tangn DTT pada kedua tangan
18. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilalasi dengan kain bersih dan kering. Tangan lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
19. Memeriksa adanya lilitan tali pusat. Tidak ada lilitan tali pusat.
20. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
21. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, menganjurkan ibu meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
22. Saat bahu lahir, geser tangan kanan kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah.

23. Setelah badan dan lengan lahir, gunakan tangan kiri untuk menelusuri punggung, bokong, tungkai dan kaki. Selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut.
24. Melakukan penilaian selintas apakah bayi menangis kuat, bergerak aktif, dan warna kulitn (bayi lahir langsung menangis, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan)
25. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh bayi lainnya kecuali tangan. Ganti handuk basah dan handuk kering biarkan bayi diatas perut ibu

Jam :14.00 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 :

26. Memeriksa kembali uterus ibu untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus atau janin tunggal
27. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
28. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)

29. 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.
30. Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah diklem dan gunting
31. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya
32. Menyelimuti bayi dengan kain dan pasang topi bayi kemudian lakukan IMD selama 1 jam.
33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk memastikan uterus berkontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang-atas (dorsol-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksinya dan ulangi prosedur diatas
36. Lakukan peregangan dan dorongan dorsol-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian

ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan dorongan dorsol - kranial)

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan pilin plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahikan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan diatas 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)
39. Periksa kedua sisi plasenta baik ibu maupun bagian bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap, utuh, dan insersi tali pusat. (Selaput amnion, karion, dan kotiledon lengkap insersi sentralis). Masukkan plasenta kedalam kantung plastik
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Laserasi derajat 1 healing tunggal.

Jam :14.15 wita

S : Ibu mengatakan lega dan senang karena telah melahirkan anak pertamanya 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 :

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Biarkan bayi melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1 jam
43. Lakukan pemeriksaan fisik BBL: Penimbangan, pengukuran bayi, beri salep mata antibiotik profilaksis dan vit k. 0,1mg di paha kiri anterolateral 1 jam setelah bayi lahir.
44. Setelah 1 jam pemberian Vit k10.1 mg di paha kiri, suntikan imunisasi Hbo di paha kanan anterolateral.
45. Lanjutkan pemantaun kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
46. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
47. Evaluasi dan ekstimasi jumlah kehilangan darah

48. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan
49. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi, setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 x/menit), serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C), pernapasan 53x/menit, suhu 36,5°C
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
52. Bersihkan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu menggunakan pakain yang bersih dan kering
53. Pastikan ibu merasa nyaman. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya .
54. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
55. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
56. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih

57. Lengkapi partograf (Halaman depan dan belakang),
periksa tanda vital dan asuhan kala IV

4.1.7 Evaluasi

Tanggal : 17-08-2015 jam : 15.00 wita

Kedadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis

TTV : TD: 110/80 mmHg N : 80x/menit S : 37,5⁰C RR : 20x/menit

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

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 4.1 Catatan Perkembangan

Tanggal	Jam	Data dasar	Paraf
17-08-2015	15.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan merasa mules pada perut bagian bawah</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:110/80mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 37,8 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum 2 jam</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal , keadaan umum ibu baik 2. Beritahu ibu mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda 	

		<p>bahaya masa nifas.</p> <p>3. Ajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar. Badan bayi menghadap ke dada ibu, tangan ibu dan dada bayi berada pada satu garis lurus, dagu bayi menempel pada payudara ibu, bayi tampak mengisap dengan tenang, menjaga kontak mata antara ibu dan bayi.</p> <p>4. Observasi pengeluaran pervaginam</p> <p>5. Ajarkan ibu untuk minum obat sesuai dosis</p> <p>Amoxilin 3x500 mg/per oral SF 1x 200mg / per oral Paracetamol 1x500mg/oral Vitamin A 1x1 tablet, Vit C1x 50 mg</p> <p>6. Anjarkan ibu makan teratur seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan,telur,daging,tahu,tempe)</p>	
--	--	---	--

	18.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan merasa mules pada perut bagian bawah</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:110/80mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 37,8 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandungn kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum 6 jam</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal , keadaan umum ibu baik 2. Observasi pengeluaran pervaginam 3. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin 4. Anjurkan ibu makan teratur seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan,telur,daging,tahu,tempe 5. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan tali pusat. Setiap kali 	
--	------------	--	--

		<p>memandikan bayi tidak boleh membersihkan tali pusat dengan apapun.</p> <p>6. Ajarkan ibu untuk mobilisasi. Ibu sudah dapat bangun dan berjalan ke kamar mandi sendiri.</p> <p>7. Anjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis</p> <p>Amoxilin 3x500 mg/per oral</p> <p>SF 1x 200mg / per oral</p> <p>Paracetamol 1x500mg/oral</p> <p>Vitamin.A 1x1 tablet</p> <p>Vit C1x 50 mg</p> <p>8. Ajarkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun</p>	
18-08-2015	06.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan Tidak ada keluhan</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:110/80mmHg N: 80x/menit</p>	

		<p>S: 37,8 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandungn kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum nornal hari ke 1</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin.2. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin.3. Ajarkan ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas.4. Ajarkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun.5. Anjurkan ibu makan teratur	
--	--	---	--

		<p>seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk</p> <p>(ikan,telur,daging,tahu,tempe)</p>	
18-08-2015	12.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan Tidak ada keluhan</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:110/80mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 37,8 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandungn kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum normal hari ke 1</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin. 7. Ajarkan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas. 1. Ajarkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia 	

		<p>sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun.</p> <p>2. Ajarkan pada ibu untuk makan makan yang bergizi yang mengandung protein seperti kacang-kacangan, telur dan ikan</p> <p>3. Persiapkan administrasi untuk keperluan ibu</p>	
18-08-2015	18.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan Tidak ada keluhan</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:110/80mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 37,8 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandungn kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum nornal hari ke 1</p> <p>P :</p> <p>8. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin.</p> <p>9. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti</p>	

		<p>demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas.</p> <p>10. s</p> <p>11. Anjarkan ibu makan teratur seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan,telur,daging,tahu,tempe)</p> <p>12. Ajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar. Badan bayi menghadap ke dada ibu, tangan ibu dan dada bayi berada pada satu garis lurus, dagu bayi menempel pada payudara ibu, bayi tampak mengisap dengan tenang, menjaga kontak mata antara ibu dan bayi</p>	
19-08-2015	10.00 Wita	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : TTV: TD: 110/80 mmHg N: 76x/menit</p> <p>S : 36,5⁰C RR : 20x/menit. Produksi ASI (+) banyak”, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, 1 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A : P1AOAH1 post partum normal hari ke 2</p>	

		<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan ibu makan teratur seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk (2.3. ikan,telur,daging,tahu,tempe)4. Ajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar. Badan bayi menghadap ke dada ibu, tangan ibu dan dada bayi berada pada satu garis lurus, dagu bayi menempel pada payudara ibu, bayi tampak mengisap dengan tenang, menjaga kontak mata antara ibu dan bayi.5. Mengajarkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genitalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun.6. Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya ibu nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak7.8. mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas.	
--	--	---	--

		<p>9. Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi kuning, kejang, bayi tidak mau menyusui, nafas cepat, bayi kebiruan</p> <p>10. Beritahu ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 09-08-2015 ke puskesmas atau fasilitas kesehatan</p> <p>11. KIE pada ibu untuk mengikuti KB.</p>	
--	--	--	--