

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny.S USIA 24 TAHUN PIA0  
DENGAN PERSALINAN NORMAL  
DI KLINIK BUNDA TESSA  
TAHUN 2017**

### **STUDI KASUS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir  
Pendidikan Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



**Disusun Oleh :**

**STEFFI AYU SARI Br. SIREGAR**  
**022014060**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SANTA ELISABETH MEDAN  
2017**

## LEMBAR PERSETUJUAN

### Laporan Tugas Akhir

#### ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S 24 TAHUN PIAO DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BUNDA TESSA TAHUN 2017

Studi Kasus

Diajukan Oleh

Steffi Ayu Sari Br. Siregar  
022014060

Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada  
Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Oleh:

Pembimbing : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes  
Tanggal : 19 Mei 2017

Tanda Tangan : .....

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Kebidanan  
STIKes Santa Elisabeth Medan



(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)

## LEMBAR PENGESAHAN

### Laporan Tugas Akhir

#### ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S 24 TAHUN PIAO DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BUNDA TESSA TAHUN 2017

Disusun Oleh

Steffi Ayu Sari Br. Siregar  
022014060

Telah dipertahankan Di hadapan TIM penguji dan dinyatakan diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Pada Hari Jumat 19 Mei 2017

Oleh TIM Penguji

Tanda Tangan

Penguji I : Meriati B.A.P, S.ST

.....

Penguji II : R. Oktaviance S, S.ST., M.Kes

.....

Penguji III : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes

.....

Mengesahkan  
STIKes Santa Elisabeth Medan

  
(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep)  
Ketua STIKes

  
(Anita Veronika, S.SiT, M.KM)  
Ketua Program Studi

# LEMBAR PERSEMBAHAN



Banyak Hal Yang Tak Pernah Bisa  
Kuungkap....

Sebagai Tanda Kasih Dan Cinta Yang Kekal  
Dan Tiada Habisnya Dalam Hidup Ku

Terlebih Saat Ini...Sungguh Tiada Kata Yang Bisa Terungkap Selain Rasa Syukur  
Dan Kebahagiaan Ku Atas Doa Yang Menghantar Aku Kemasa Depan Cera

Teruntuk Hari Ini... Akan Ku Ukir Kisah Terindah Yang Tak Terlupa Seumur  
Hidup,,

IBU ... Aku dilahirkan oleh Engkau yang memiliki cinta yang luar biasa kepadaku.

AYAH...Aku dibesarkan, dididik, dan diajar oleh Engkau yang memiliki harapan  
yang sangat hebatnya



Ku Persembahkan Laporan ini teruntuk yang Tercinta :

Ayah : NIXON SIREGAR

Ibu : ESNI SIMANJUANTAK

Adik : DONI ROZERI SIREGAR

EVANDER SIREGAR

CURICULUM VITAE

## CURRICULUM VITAE



**Nama** : Steffi Ayu Sari Br. Siregar  
**Nim** : 022014060  
**Tempat / Tanggal Lahir** : Medan, 14 Juni 1996  
**Agama** : Kristen Protestan  
**Jenis Kelamin** : Perempuan  
**Anak ke** : 1 dari 3 Bersaudara  
**Status Perkawinan** : Belum Menikah  
**Alamat** : Asmil Batalyon Kavaleri 6/Serbu

### PENDIDIKAN

1. TK : KARTIKA BUKIT BARISAN : Tahun 2000
2. SD : NEGERI 060916 MEDAN : 2002– 2008
3. SMP: SWASTA SANTO YOSEPH MEDAN : 2008 – 2011
4. SMA : SWASTA KRISTEN IMMANUEL : 2011 – 2014
5. D-III : Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Angkatan 2014



## LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 24 Tahun PIA0 dengan Persalinan Normal Di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2017

Yang membuat pernyataan

(Steffi Ayu Siregar)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S 24 TAHUN PIA0  
DENGAN PERSALINAN NORMAL  
DI KLINIK BUNDA TESSA  
TAHUN 2017<sup>1</sup>**

**Steffi Ayu Siregar<sup>2</sup>, Flora Naibaho<sup>3</sup>**

**INTISARI**

**Latar Belakang :** Dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.00 kelahiran hidup, dan Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.

**Tujuan :** Untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan Pada Ny.S usia 24 tahun PIA0 Dengan Persalinan Normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen hellen varney.

**Metode :** Jenis Penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus Manajemen Kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney, yaitu : Pengumpulan Data Dasar, Interpretasi Data Dasar, Diagnosa Potensial, Tindakan Segera, Menyusun Rencana, Melaksanakan Secara Menyeluruh Asuhan Kebidanan serta Mengevaluasi Keberhasilannya.

**Hasil :** Asuhan Kebidanan Pada Ny.S Usia 24 tahun PIA0 dengan Persalinan Normal di Klinik Bunda Tessa. Pada saat pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm dan ketuban sudah pecah pukul 22.45 wib. Bayi lahir Jam 23.15 wib spontan, segera menangis dengan jenis kelamin laki-laki, BB 2700 gram dan PB 49 cm. Tekanan darah ibu 120/80 mmHg menunjukkan batas normal. TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, ada laserasi derajat II sudah di Heacting, pengeluaran darah dalam batas normal.

**Kesimpulan :** Keadaan ibu dan bayi baik. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yang ditemukan di lapangan yakni pemeriksaan panggul dan pemeriksaan penunjang tidak dilakukan, menggunakan handscoon yang digunakan pada saat pemeriksaan dalam bersifat bersih dan tidak steril.

**Kata Kunci :** Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

**Sumber buku :** 19 buku (2007 – 2017) +5 situs internet (2010-2015)

---

<sup>1</sup>Judul Penulisan Studi Kasus

<sup>2</sup>Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

<sup>3</sup>Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE IN MOTHERS Ny. S AGE 24 YEARS OF PIA0  
WITH NORMAL DELIVERY CARE  
AT BUNDA TESSA CLINIC  
YEAR 2017<sup>1</sup>**

**Steffi Ayu Siregar<sup>2</sup>, Flora Naibaho<sup>3</sup>**

**ABSTRAC**

***The Background*** : In improving the public health status, the indicators to be achieved are the decline in maternal mortality from 359 per 100,000 live births, and the decrease of infant mortality from 32 to 24 per 1,000 live births.

***Objective:*** To give Midwifery Care to Ny.S age 24 years PIA0 With Normal delivery according at bunda Tessa Clinic Year 2017 using 7hellen Varney management.

***Method*** : Research is descriptive using case study method of Midwifery Management which consists of 7 steps hellen Varney : Basic Data Collection, Basic Data Interpretation, Potential Diagnosis, Immediate Action, Preparing the Plan, Implementing Care of Midwifery and Evaluating.

***Results*** : Delivery Appropriate 24 years of PIA0 with normal delivery care at Bunda Tessa clinic. At the time of inspection in the opening is 5 cm and the membranes have broken at 22.45 pm. Baby born 23.15 pm immediately cry with male gender, BB 2700 gram and PB 49 cm. Maternal blood pressure 120/80 mmHg shows normal limit.TFU 2 fingers below the center, empty bladder, there is a degree II laceration at the heacting discharge of blood within normal limits.

***Conclusion*** : The mother and baby are good. There is no gap between theory and practice found in the field of pelvic examination and investigation is not done, using handscoons used during inspection in a clean and not sterile.

***Keywords:*** Care of a normal midwife

***Reference*** : 19 Book (2007 – 2017) +5 situs internet (2010-2015)

---

<sup>1</sup>The litle of the writing of scientific

<sup>2</sup>Student obstetri STIKes Santa Elisabeth Medan

<sup>3</sup>Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan



## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya sehingga penulis mendapatkan kesempatan yang baik untuk mengikuti pelaksanaan dalam praktik klinik, serta dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan pada Ny.S Usia 24 tahun PIA0 dengan Persalinan Normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017”**. Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang nantinya berguna untuk perbaikan di masa mendatang.

Dalam pembuatan laporan ini penulis juga menyadari bahwa banyak campur tangan dan bimbingan dari beberapa pihak sehingga pembuatan laporan ini dapat terlaksana dengan baik. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan ikhlas kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM selaku dosen pembimbing Akademik yang telah banyak meluangkan pikiran, waktu serta petunjuk dan semangat kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

4. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dan menjadi motivator terbaik untuk penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Meriati BAP, S.ST dan R.Oktaviance S, S.ST.,M.Kes dan selaku dosen penguji Laporan Tugas Akhir yang membimbing penulis dalam penyempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Para Staf Dosen yang senang senantiasa memberikan dukungan dan kesempatan bagi penulis untuk memudahkan penulis dalam menyelesaikan laporan.
7. Martine Agustien Meha, S.ST., M.Kes, selaku pembimbing Klinik Bunda Tessa yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian serta seluruh pegawai-pegawai yang bertanggung jawab.
8. Sr. M. Aveline FSE dan TIM selaku ibu asrama St. Antonette yang sabar dalam membimbing dan memotivasi penulis selama tinggal di asrama pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.
9. Kepada ibu Suryanty yang telah bersedia dan membantu menjadi pasien di Klinik Bunda Tessa sehingga penulis mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Ucapan Terima Kasih yang terdalam dan Rasa hormat kepada orang tua saya, Ayahanda N.Siregar dan ibunda E.J.Simanjuntak yang mendoakan serta memberikan semangat, doa serta motivasi yang luar biasa kepada saya.

11. Seluruh teman-teman Prodi D III Kebidanan Angkatan XIV yang telah memberikan motivasi, semangat, membantu penulis, serta berdiskusi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Serta seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir Ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, 19 Mei 2017

(Steffi Ayu Siregar)

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR JUDUL</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR CURICULUM VITAE .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>v</b>
<b>INTISARI .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAC.....</b>	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABLE .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	 <b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat .....	4
1. Manfaat Teoritis .....	4
2. Manfaat Praktis.....	5
a. Bagi Program DIII KebidananSTIKes Santa Elisabeth.....	5
b. BagiInstitusiKesehatan .....	5
c. BagiPenulis .....	5
 <b>BAB IITINJAUAN PUSTAKA .....</b>	 <b>6</b>
A. Persalinan .....	6
1. Pengertian Persalinan .....	6
2. Sebab Mulainya Persalinan .....	6
3. Tanda Masukdalam Persalinan .....	9
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan .....	10
5. Pembagian Proses Persalinan .....	12
a. Kala I (Kala Pembukaan).....	12
b. Kala II (Kala Pengeluaran) .....	13
c. Kala III (Kala PelepasanPlasenta) .....	16
d. Kala IV (Kala Pengawasan) .....	24
6. Lima BenangMerah.....	27
7. Partograf .....	30
8. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal.....	40
9. Komplikasi yang terjadiselama proses persalinan .....	51
B. LandasanHukum .....	55
C. PendokumentasianAsuhanKebidanan .....	56
1. DokumentasiKebidanan.....	56

2. Pengertian Manajemen Kebidanan .....	56
3. Tahap dalam Manajemen Asuhan Kebidanan .....	56
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>60</b>
A. Jenis Studi Kasus .....	60
B. Lokasi Studi Kasus .....	60
C. Subjek Studi Kasus .....	60
D. Waktu Studi Kasus .....	60
E. Instrumen Studi Kasus .....	61
F. Teknik Pengumpulan Data .....	61
1. Data Primer .....	61
2. Data Sekunder .....	63
G. Alat-alat dan Bahan yang dibutuhkan .....	63
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>68</b>
A. Tinjauan Kasus .....	68
B. Pembahasan Masalah .....	99
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>108</b>
A. Kesimpulan .....	108
B. Saran .....	111

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Derajat Luas Robekan Episiotomi .....	25

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Posisi Persalinan .....	16
2.2 Plasenta .....	23
2.3 Halaman depan Partograf .....	31
2.3 Halaman belakang Partograf .....	32

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Jadwal Studi Kasus LTA
3. Informed Consent
4. Surat Rekomendasi dari Klinik/Puskesmas/RS
5. Partograf
6. Daftar Tilik
7. Daftar Hadir Observasi
8. Leaflet
9. Lembar Konsultasi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut badan kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Sahara 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015- 2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact atau outcome*). Dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah : 1. Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.000 kelahiran hidup (SP 2010), 346 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2012) 2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup (RENSTRA 2015).

Pada Tahun 2012 Kementrian Keesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian Ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar,

yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Angka Kematian Ibu dan bayi di Provinsi Sumatera Utara masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia. Provinsi Sumatera Utara menjadi provinsi yang ke 6 dengan Angka Kematian Ibu tertinggi di Indonesia. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100 ribu kelahiran hidup, angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil Sensus penduduk 2010 sebesar 359/100 ribu kelahiran hidup.

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan salah satu kompetensi utama bidan, diharapkan dapat melaksanakan tugasnya secara professional dan berkualitas dengan penguasaan ilmu pengetahuan dan keterampilan, tanggap terhadap masalah, mampu memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

Menurut penelitian Arbayah, (2012) dengan judul Sikap Profesional Bidan dalam Penerapan Standar Asuhan Persalinan Normal di RSUD Harapan Insani Sendawar Kabupaten Kubar, dari 6 orang bidan yang diwawancarai hanya 1 orang saja pengetahuan sesuai dengan Standar Asuhan Persalinan Normal sedangkan 5 orang lainnya tidak Standar. Bidan yang Standar tersebut karena telah mengikuti Pelatihan Asuhan Persalinan Normal. Sedangkan 10 bidan yang di observasi di Ruang Bersalin dengan lembar observasi. Asuhan Persalinan

Normal, 10 orang bidan tersebut tidak ada bidan yang bekerja sesuai dengan Standar Asuhan Persalinan Normal. Hasil penelitian ada hubungan signifikan pengetahuan bidan, keterampilan bidan, pertolongan persalinan dalam kurangnya pengetahuan bidan yang berdampak pada sikap dan tindakan yang tidak sesuai standar, sehingga perlu diadakan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal dan Penyediaan peralatan atau sarana dan prasarana yang memadai.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan judul asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. S usia 24 tahun PIA0 dengan Persalinan Normal di klinik Bunda Tessa Tahun 2017 dengan menerapkan 7 langkah Helen Varney. Penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan persalinan di klinik Bunda Tessa karena salah satu tempat yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik kerja lapangan sehingga di dapat pasien untuk melakukan asuhan kebidanan di klinik tersebut sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Selama penulis melaksanakan praktik kerja lapangan 04 Februari 2017 - 06 Maret 2017 di klinik Bunda Tessa, ada 8 ibu yang bersalin normal dan salah satu ibu yang bersalin penulis melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.S dan ibu bersedia diberikan asuhan kebidanan ibu bersalin.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa program studi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan mendapat pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan

Kebidanan pada Ibu Bersalin pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di klinik Bunda Tessa dengan menggunakan pendekatan manajemen hellen varney.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan pengkajian secara lengkap dengan mengumpulkan sesuai yang meliputi data subyektif dan objektif pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di klinik Bunda Tessa sesuai dengan pendekatan manajemen helen varney.
- b. Mendeskripsikan interpretasi data dasar yang meliputi diagnosa kebidanan, masalah, dan kebutuhan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.
- c. Mendeskripsikan diagnosa potensial pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.
- d. Mendeskripsikan antisipasi masalah yang mungkin terjadi pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.
- e. Mendeskripsikan rencana asuhan yang menyeluruh sesuai dengan pengkajian pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.
- f. Mendeskripsikan perencanaan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.
- g. Mendeskripsikan evaluasi tindakan yang diberikan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa.



## **C. Manfaat Penulis**

### **1. Manfaat Teoritis**

Sebagai bahan wawasan dan keterampilan secara langsung dalam melakukan pertolongan persalinan normal secara spontan.

### **2. Manfaat Praktis**

a. Institusi Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Institusi Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan diharapkan dapat meluluskan D-III kebidanan yang mampu memberikan pertolongan persalinan secara spontan.

b. Institusi Kesehatan (BPS)

Dapat menambah pengetahuan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang lebih baik terutama pada pertolongan persalinan normal.

c. Bagi Penulis

Sebagai alat untuk membantu penulis dalam melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan terutama asuhan persalinan normal.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Persalinan**

##### **1. Pengertian persalinan**

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. (JNPK-KR, 2012).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (Jenny J.S 2013:2)

##### **2. Sebab Mulainya Persalinan**

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan (Jenny J.S 2013:2)

a. Teori penurunan Hormon Progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan di mulai (Prawiroharjo 2007:181). Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- (1) Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi.
- (2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.
- (3) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.

a. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *vili chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

b. Teori Distensi Rahim

- (1) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- (2) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- (3) Contohnya pada kehamilan gameli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gameli mengalami persalinan yang lebih dini.

c. Teori Iritasi Mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

d. Teori Oksitosin

- (1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisi posterior.
- (2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton hicks*.
- (3) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontrak, dan akhirnya persalinan dimulai.

e. Teori Hipotalamus – pituitari dan glandula suprarenalis

- (1) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
- (2) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

f. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau sebelum proses persalinan. (Sulistiyawati, Ari dan Esti Nugraheny. 2013)

### **3. Tanda Masuk Dalam Persalinan**

#### **a. Terjadinya His Persalinan**

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadinya perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah

#### **b. Pengeluaran Lendir dan Darah (Penanda Persalinan)**

Dengan adanya his persalinan, terjadinya perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- 3) Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

#### **c. Pengeluaran Cairan**

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau *section casesaria* (Sulistyawati, Ari dan Esti Nugraheny. 2013)

#### 4. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

##### 1. Faktor Passenger

###### a. Janin

Janin merupakan *passenger* utama dan dapat memengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Bagian janin yang paling penting adalah kepala karena mempunyai ukuran yang paling besar, sebesar 90% bayi di Indonesia dilahirkan dengan letak kepala.

Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari *passenger* adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala janin, seperti hidrosefalus dan anensefalus, kelainan letak seperti letak muka ataupun letak dahi, serta kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang ataupun letak sungsang (Jenny J.S 2013:18).

###### b. Plasenta

Plasenta merupakan bagian dari *passenger* yang menyerupai janin dan dilahirkan melalui jalan lahir (Jenny J.S 2013:36)

###### c. Air Ketuban

Air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan korion).

##### (1) Faktor Passage

Faktor *Passage* disebut jalan lahir diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir keras (Jenny J.S 2013:54).

###### a. Jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak terdiri dari serviks, vagina dan otot rahim.

###### b. Jalan lahir keras



Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras yang memiliki fungsi lebih dominan daripada jalan lahir lunak.

## (2) Faktor Power

*Power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu (Jenny J.S 2013:76).

## (3) Faktor Psikologis

Faktor Psikologis merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kelancaran dari proses persalinan. Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar (Jenny J.S 2013:90).

## (4) Faktor Penolong

Faktor penolong ini memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin karena memengaruhi kelangsungan hidup ibu dan bayi. Adanya dukungan dari penolong akan mengurangi lamanya proses kelahiran, kecenderungan obat-obatan penghilang rasa nyeri akan berkurang, dan menurunkan kejadian kelahiran operatif per vagina, walaupun tanpa menghiraukan apakah penolong tersebut merupakan pilihan ibu atau bukan.

# 5. Pembagian Proses Persalinan

## a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkatkan (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

1. Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I ditandai dengan :

- (a) Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.
- (b) Selama fase aktif dalam persalinan, kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1cm per jam (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada)
- (c) Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

2. Kemajuan pada kondisi janin

- (a) Jika ditemui DJJ tidak normal ( $<100$  atau  $>180$  denyut per menit), mungkin terjadi gawat janin
- (b) Posisi atau persentasi selain oksiput anterior dengan vertex fleksi sempurna digolongkan ke dalam malposisi dan malpersentasi
- (c) Jika didapat kemajuan yang kurang baik atau adanya persalinan lama (primigravida  $>18$  jam, multigravida  $>8$  jam) setelah adanya tanda-tanda inpartu

3. Kemajuan pada kondisi ibu

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif, yaitu :

- (1) Fase laten pada kala satu persalinan : berlangsung 6-8 jam, serviks membuka 3 cm
- (2) Fase aktif pada kala satu persalinan : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau

lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara). Fase aktif dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

- a. Fase akselerasi (percepatan) : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b. Fase dilatasi maksimal (lengkung maksimal) : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. Fase deselerasi (perlambatan) : Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida berlangsung 8 jam. Berdasarkan hitungan Friedman, pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

#### **b. Kala II (Kala Pengeluaran)**

Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran bayi, yang dimulai dari pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (JNPK-KR, 2013). Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Eka Puspita Sari, 2014:15).

##### **(1) Gejala dan tanda kala dua persalinan adalah:**

- a. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- c. Perineum tampak menonjol.
- d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2013).

## **(2) Tanda pasti kala dua adalah:**

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

## **(3) Penatalaksanaan Fisiologis Kala Dua**

Proses fisiologis kala dua persalinan merupakan serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi pada saat lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri dan kepala sudah di dasar panggul). Setelah terjadi pembukaan lengkap apabila selaput ketuban belum pecah maka perlu dilakukan tindakan amniotomi pada persalinan. Pada penatalaksanaan fisiologis kala dua ibu memegang kendali dan mengatur saat meneran. Penolong hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar. Ibu dilarang untuk meneran jika pembukaan belum lengkap (10 cm), belum muncul kontraksi uterus atau belum ada keinginan meneran.

## **(4) Membimbing Ibu untuk Meneran**

Dorongan untuk mengejan dapat terjadi sebelum vertex terlihat untuk menghemat upaya ibu dan memberi kesempatan pada jaringan vagina untuk meregang secara pasif, ibu dianjurkan untuk menghindari mengejan aktif pada kala ini. Teknik melakukan hal tersebut meliputi mencari posisi yang nyaman bagi ibu, biasanya miring ke kiri, kemudian dengan pernapasan terkontrol atau bahkan menganjurkan penggunaan nyeri narkotik atau epidural. Namun, seperti yang disebutkan di atas, hal tersebut sedang berada di bawah penelitian yang cermat (Enkin et al 2000, hlm 290, Petersen dan Besuner 1997, Robert et al 1987).

## **(5) Posisi Meneran**

(a) Posisi Berjongkok, berlutut, merangkak, atau berdiri

Posisi ini menghasilkan peningkatan sebesar 28% pada keseluruhan area pintu bawah pelvik dibandingkan dengan posisi telentang, memberikan manfaat yang nyata terhadap kemajuan persalinan dan kemudahan kelahiran (Russell 1969).

(b) Posisi miring ke kiri.

Posisi ini merupakan posisi tradisional, meskipun saat ini tidak banyak digunakan. Perineum dapat dilihat dengan jelas dan kerja uterus efektif, tetapi mungkin diperlukan bantuan untuk menyangga paha kanan yang mungkin tidak ergonomik. Posisi ini merupakan alternatif bagi ibu yang sulit mengabdiksi pinggulnya.

(c) *Posisi tegak.*

Tinjauan studi yang meneliti posisi tegak versus posisi semi-telentang selama kala dua persalinan menunjukkan bahwa terdapat manfaat yang jelas bagi ibu yang menggunakan posisi tegak (Gupta dan Nikodem 2001). Namun demikian, kelompok eksperimen meliputi para ibu yang menggunakan kursi bersalin, teknik yang diketahui berkaitan dengan peningkatan kehilangan darah (stewart dan spiby 1989, turner 1989).



**Gambar 2.1 Posisi Persalinan**

### **c. Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)**

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

#### **(1) Perubahan Fisiologis Pada Kala III**

Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini :

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang



4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah dengan menggunakan teknik dorsokranial pengeluaran selaput ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

1. Menarik plasenta pelan-pelan
2. Memutar atau memilinnya seperti tali
3. Memutar pada klem
4. Manual dan digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta *suksenturia*. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Jenny J.S. 2013:6).

Kala III terdiri dari dua fase yaitu (Jenny J.S 2013:7) :

1. Fase pelepasan plasenta. Beberapa cara pelepasan plasenta ;

(a) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya.

Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(b) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

(a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas, jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(b) Klein

Saat ada his, rahim dorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti sudah lepas.

(c) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba. (Jenny J.S 2013)

**(2) Manajemen Aktif Kala III**

Tujuan MAK adalah membuat uterus berkontak lebih efektif sehingga mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan

darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Keuntungan Manajemen Aktif Kala III :

1. Kala III menjadi lebih singkat
2. Mengurangi jumlah kehilangan darah
3. Mengurangi kejadian retensio plasenta

#### **Pemberian Suntikan Oksitosin**

Letakkan bayi baru lahir di atas kain bersih yang telah di siapkan di atas perut ibu. Pastikan tidak ada bayi lain (undiagnosed twin) di dalam uterus. Alasan : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi kuat dan dapat menyebabkan hipoksia berat pada bayi kedua atau ruptura uteri. Hati-hati jangan menekan kuat (ekspresi) dinding korpus uteri dapat menyebabkan kontraksi tetanik atau spasme serviks sehingga terjadi plasenta inkarserata atau kesulitan untuk mengeluarkan plasenta.

Beritahu ibu bahwa ia akan di suntikkan. Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di perbatasan 1/3 bawah tengah lateral paha (aspektus lateralis). Alasan : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi efektif sehingga akan mempercepat pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Lakukan aspirasi sebelum penyuntikan untuk mencegah oksitosin masuk langsung ke pembuluh darah. Catatan : jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) segera. Upaya ini akan merangsang produksi diberikan peroral/sublingual jika tidak tersedia oksitosin.

#### **Penegangan Tali Pusat Terkendali**

Berdiri di samping ibu. Pindahkan klem (penjepit tali pusat) ke sekitar 5-10 cm dari vulva. Alasan : Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulasi.

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dengan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri

- a. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.
- b. Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan dorsokranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat menjadi lebih panjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta. Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorsokranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus. Jika setelah 15 menit

melakukan PTT dan dorongan dorsokranial, plasenta belum juga lahir maka ulangi pemberian oksitosin 10 IU secara IM, tunggu kontraksi yang kuat kemudian ulangi PTT dan dorongan dorsokranial hingga plasenta dapat dilahirkan. Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus (bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat menjulur keluar) maka anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Bantu kelahiran plasenta dengan cara menegangkan dan mengarahkan tali pusat sejajar dengan lantai (mengikuti proses jalan lahir). Alasan : segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dengan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban. Alasan : Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan jalan memilin keduanya akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di uterus dan jalan lahir.

### **Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri**

Telapak tangan diletakkan pada fundus uteri. Memberi penjelasan tindakan kepada ibu, dengan mengatakan bahwa mungkin ibu terasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Dengan lembut tetapi mantap, tangan digerakkan dengan arah memutar pada fundus uteri agar uterus

berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri. Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap atau utuh:

- a. Memeriksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang).
- b. Memastikan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
- c. Memeriksa plasenta sisi fetal (yang menghadap ke bayi).
- d. Mengevaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.



**Gambar 2.2 Plasenta**

Memeriksa kembali uterus 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi dengan baik, masase fundus uteri di ulang. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Memeriksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan (Johariyah, 2012).

### **(3) Kebutuhan Ibu Kala III**

Kala III merupakan kala setelah keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain:

- a. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya.
- b. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c. Pencegahan infeksi pada kala III.
- d. Pemantauan keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- e. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III. (Jenny J.S 2013:141)

#### **d. Kala IV (Kala Pengawasan)**

Kala IV adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan plasenta berlangsung ini merupakan masa kritis bagi ibu, karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV ini. Bidan harus terus memantau keadaan ibu sampai masa kritis ibu telah terlewati (Jenny J.S 2013:9)

### **(1) Asuhan pemantauan kala IV**

#### **(a) Memperkirakan kehilangan darah**

Salah satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut.

Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan darah satu liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah.

Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 30 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan 500-1000 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total jumlah darah ibu (2000-2500 ml). Penting untuk selalu memantau keadaan umum dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala empat melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

#### **(b) Memeriksa Kondisi Perineum**

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi/robekan perineum atau vagina. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

**Tabel 2.1 Derajat Luas Robekan Episiotomi**

<b>Derajat</b>	<b>Area Robekan</b>
Derajat Satu	Mukosa vagina Komisura posterior Kulit perineum
Derajat Dua	Mukosa vagina Komisura posterior Kulit perineum Otot perineum



Derajat Tiga	Mukosa vagina Komisura posterior Kulit perineum Otot perineum Otot sfingter ani
Derajat	Arah Robekan
Derajat Empat	Mukosa vagina Komisura posterior Kulit perineum Otot perineum Otot sfingter ani Dinding depan rectum

#### (c) Pencegahan infeksi

Setelah persalinan, dilakukan dekontaminasi plastik, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian dicuci dengan detergen dan dibilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, dikeringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring diatas matras yang basah. Linen yang digunakan selama persalinan didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% kemudian segera dicuci dengan air dan detergen.

#### (d) Pemantauan keadaan umum ibu

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus menunjukkan akan mengalami perdarahan pascapersalinan, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalinan.

Ibu perlu diingatkan bahwa keinginan untuk berkemih mungkin berbeda setelah ia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, ibu dapat dibantu dengan cara menyiram air bersih dan hangat ke perineumnya, privasi

perlu diberikan. Jari-jari ibu dapat dimasukkan kedalam air hangat untuk merangsang keinginan untuk berkemih secara spontan (Jenny J.S 2013:148)

## **6. Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi**

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNPK-KR, 2012:7). Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

**Lima Benang Merah tersebut adalah:**

- (1) Membuat Keputusan Klinik
- (2) Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi
- (3) Pencegahan Infeksi
- (4) Pencatatan (Rekam Medik) asuhan persalinan
- (5) Rujukan

Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir.

### **(1) Membuat Keputusan Klinik**

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (evidence-based), keterampilan dan pengalaman yang

dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

Semua upaya diatas akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengamalan ilmunya kepada pasien atau klien. Pengetahuan dan keterampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang diberikan dapat memberikan hasil maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak disertai dengan perilaku yang terpuji.

**Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:**

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- f. Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih
- g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

**(2) Asuhan Sayang Ibu**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan

mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

### (3) Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya Hepatitis dan HIV/AIDS.

### (4) Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan penolong persalinan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

### (5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk kefasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan.

## **7. Partograf**

### **a) Pengertian**

Partograf adalah alat bantu untuk mengobservasi kemajuan kala persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik.

### **b) Waktu Pengisian Partograf**

Waktu pengisian partograf adalah saat dimana proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 samapai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV.

## PARTOGRAF

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

Denyut Jantung Janin ( /menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	
Air ketuban Penyusupan		
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	<div style="position: relative; height: 100px;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-weight: bold; font-size: 1.2em;">WASPADA</div> <div style="position: absolute; top: 60%; left: 60%; transform: translate(-50%, -50%); font-weight: bold; font-size: 1.2em;">BERTINDAK</div> </div>
Kontraksi tiap 0 Menit	5 4 3 2 1	
Oksitosin U/L tetes/menit		
Obat dan Cairan IV • Nadi Tekanan darah Suhu °C	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
Urin	Protein Aseton Volume	

Sumber (APN,2012 : 52)

**Gambar 2.3 Halaman Depan Patograf**

## CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : .....
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :  
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas  
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit  
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :  
☐ Bidan ☐ Teman  
☐ Suami ☐ Dukun  
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

### KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

### KALA II

13. Episiotomi :  
☐ Ya, Indikasi .....  
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan  
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada  
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
☐ Tidak
16. Distosia bahu :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

### KALA III

20. Lama kala III : ..... menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
☐ Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
☐ Ya, alasan .....  
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?  
☐ Ya,  
☐ Tidak, alasan .....

### PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

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

### BAYI BARU LAHIR :

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

Gambar 2.3 Halaman Belakang Patograf



### c) Isi Partograf

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf (Depkes, 2008 dalam APN 2012)

Isi partograf antara lain :

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu :

#### 1. Informasi tentang ibu

- a) nama, umur
- b) gravida, para, abortus
- c) nomor catatan medis/nomor puskesmas
- d) tanggal dan waktu mulai dirawat
- e) serta waktu pecahnya selaput ketuban.

#### 2. Kondisi janin

- a) Denyut Jantung Janin
- b) Warna dan adanya air keruban
- c) Penyusupan (Molase) kepada janin.

#### 3. Kemajuan persalinan

- a) Pembukaan serviks
- b) penurunan bagian terbawah, atau persentasi janin
- c) garis waspada, dan garis bertindak



d) Jam dan waktu.

4. Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

5. Kontraksi uterus

a) Frekuensi uterus dalam waktu 10 menit

b) Lama kontraksi dalam detik.

6. Obat dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

b) Obat-obatan dan cairan IV yang diberikan.

7. Kondisi ibu

a) Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh

b) urin (volume, aseton, protein).

**d) Pengisian Partograf**

Pencatatan dimulai saat kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatat selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dan dicatat dengan cara :

a) Denyut Jantung Janin : Setiap ½ jam

b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus :Setiap ½ jam

c) Nadi :Setiap ½ jam

d) Pembukaan serviks : Setiap 4 jam

- e) Penurunan bagian terbawah janin :Setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh :Setiap 4 jam
- g) Produksi urin, aseton, dan protein :Setiap 2 sampai 4 jam

(Depkes, 2008 dalam APN 2012)

Cara pengisian partograf yang benar adalah sesuai dengan pedoman pencatatan partograf. Cara pengisian partograf adalah sebagai berikut :

1. Lembar depan Partograf

- a) Informasi Ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban dan catat waktu merasakan mules.
- b) Kondisi Janin

1) Denyut Jantung Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 sampai 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah dibawah 120 per menit (bradikardia) atau diatas 160 per menit (takikardia)

Beri tanda ● (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100.

Hubungkan satu titik dengan titik lainnya.

2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut.

U : ketuban utuh (belum pecah)

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : ketuban bercampur dengan mekonium

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah.

K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban

### 3) Penyusupan (Molase) kepada janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut :

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : tulang-tulang kepala janin hanya saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang-tulang kepala janin hanya tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

### c) Kemajuan persalinan

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

#### 1 Pembukaan serviks

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

2 penurunan bagian terbawah atau persentasi janin

- (a) Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Tuliskan turunya kepala janin dengan garis terputus dari 0-5. Berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai.

3 garis waspada dan garis bertindak

- (a) Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0) dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatat dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah sebelah kanan garis waspada maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.
- (b) Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d) Jam dan waktu

- (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan




Setiap kotak menyatakan satu jam sejak fase aktif persalinan.

- (2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

Cantumkan tanda 'X' di garis waspada saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

e) Kontraksi uterus

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

-  : Beri titik kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksinya yang lamanya  $< 20$  detik.
-  : Beri garis kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
-  : Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya  $> 40$  detik.

f) Obat dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan satuan tetes per menit.

(2) Obat, dan cairan IV yang diberikan. Catat semua dalam kotak sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kondisi ibu

(1) Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh.

(a) Nadi dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai.

(b) Tekanan Darah dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(c) Suhu tubuh diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Catat suhu tubuh pada kotak yang sesuai

(2) urin (volume, aseton, protein)

Ukur dan catat jumlah produksi setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika memungkinkan lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

## 2. Lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama persalinan dan kelahiran bayi. Itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Catatan persalinan ini terdiri dari data atau informasi umum kala I, II, III, bayi baru lahir, dan kala IV

a) Data Dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan, pendamping persalinan dan masalah dalam kehamilan/persalinan ini (Sarwono. 2010 : 325).

b) Kala I

Terdiri dari pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan dan hasil penatalaksanaanya (Sarwono. 2010 : 326).

c) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah dan penatalaksanaanya (Sarwono. 2010 : 326).

d) Kala III

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, massase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta >30 menit, lacerasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya (Sarwono. 2010 : 327).

e) Kala IV

Pemantauan, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya. Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan (Sarwono. 2010 : 329).

f) Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin (Sarwono. 2010 : 328).

**8. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (Sarwono. 2010 : 341-347)**

**Melihat tanda dan gejala kala II**

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua

- Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
- Perineum menonjol
- Vulva vagina dan sfingter ani membuka

**Menyiapkan pertolongan persalinan**

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

**Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik**

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).



8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).

**Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran**

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.  
Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
  - Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
  - Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya
- Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
- Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- Menilai DJJ setiap lima menit
- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

#### **Persiapan pertolongan kelahiran bayi**

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

15. Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

### **Menolong kelahiran bayi**

#### *Lahirnya kepala*

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
  - Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

#### *Lahir Bahu*

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

#### **Penanganan bayi baru lahir**

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.  
Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

#### **Oksitosin**

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

#### **Peregangan tali pusat terkendali**

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

#### **Mengeluarkan plasenta**

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 cm dari vulva.
- Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
  - Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
  - Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
  - Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
  - Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

#### **Pemijatan uterus**

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

#### **Menilai perdarahan**

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

#### **Melakukan prosedur pascapersalinan**

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45. Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
  - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
  - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
  - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
  - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
  - Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
  - Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.



- Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

#### **Kebersihan dan keamanan**

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### **Dokumentasi**

60. Melengkapi partograf.

### **9. Komplikasi Yang Sering Terjadi Selama Proses Persalinan**

- a. Kala I

## 1. Terdapat Tanda Partus Lama

Tanda – tanda dari partus lama antara lain :

### a. Fase Laten Memanjang

Fase laten yang memanjang ditandai dari pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam dengan kontraksi teratur (lebih dari 2 kali dalam 10 menit).

### b. Fase Aktif Memanjang

Istilah fase aktif memanjang mengacu pada kemajuan pembukaan yang tidak adekuat setelah didirikan diagnosa kala I fase aktif, dengan didasari atas : Pembukaan kurang dari 1 cm per jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan. Penyebab Fase Aktif Memanjang :

- 1) Malposisi (presentasi selain belakang kepala).
- 2) Makrosomia (bayi besar) atau disproporsi kepala-panggul (CPD).
- 3) Intensitas kontraksi yang tidak adekuat .
- 4) Serviks yang menetap .
- 5) Kelainan fisik ibu (misalnya : pinggang pendek).
- 6) Kombinasi penyebab atau penyebab yang tidak diketahui.

Akibat Dari Persalinan Yang Lama

#### 1) Terhadap Janin

Akibat untuk janin meliputi : Trauma, asidosis, hipoksia, infeksi, peningkatan mortalitas serta morbiditas perinatal.

#### 2) Terhadap Ibu

Akibat untuk ibu adalah : Penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi, resiko ruptur uterus, perlunya intervensi bedah meningkatkan mortalitas dan morbiditas.

## **2. Malposisi / Malpresentasi**

Malposisi adalah merupakan posisi abnormal dari vertex kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin, selain presentasi vertex. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll) atau presentasi ganda (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala). Masalah : Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama atau partus macet.

## **3. Ketuban pecah Dini**

Ketuban pecah dini pada prinsipnya adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya. Ada teori yang menghitung berapa jam sebelum inpartu, misalnya 2 atau 4 atau 6 jam sebelum inpartu. Ada juga yang menyatakan dalam ukuran pembukaan serviks pada kala I, misalnya ketuban yang pecah sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, dan sebagainya. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini : Efek kromosom, kelainan kolagen, serta infeksi.

## **4. Kelainan Tenaga Atau His**

Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida khususnya primigravida tua. Pada multipara lebih banyak ditemukan yang bersifat inersia uteri. Faktor herediter mungkin memegang peranan yang sangat

penting dalam kelainan his. Satu sebab yang penting dalam kelainan his, khususnya inersia uteri adalah bagian bawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah uterus seperti misalnya pada kelainan letak janin atau pada kelainan CPD.

b. Kala II

1. Distosia bahu
2. Letak Lintang
3. Presentasi Bokong
4. Presentasi muka

c. Kala III

1. Atonia uteri
2. Retensio plasenta. Retensio plasenta adalah apabila plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir.
3. Inversio uteri. Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol kedalam kavum uteri.
4. Emboli air ketuban. Emboli air ketuban adalah syok yang berat sewaktu persalinan selain oleh plasenta previa dapat disebabkan pula oleh emboli air ketuban.

d. Kala IV

Perdarahan Post Partum.

## **B. Landasan Hukum**

1. PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI NOMOR : 1464/MENKES/PER/X/2010 :

a. Sesuai dengan PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI NOMOR : 1464/MENKES/PER/X/2010 yang menjadi landasan hukum pada asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. S usia 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal adalah :

(1) BAB II Pasal 9 huruf a

Bidan dalam manajemen praktik berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu.

(2) BAB III Pasal 10 ayat 1

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana Pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan antara dua kehamilan.

a. BAB III Pasal 10 ayat 2 huruf c

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 yaitu persalinan normal.

b. BAB III Pasal 3

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang melakukan :

1. Huruf a : Episiotomi
2. Huruf b : Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
3. Huruf c : Penanganan kegawatadaruratan dilanjutkan rujukan
4. Huruf g : Pemberian Uterotonika pada MAK III dan Post Partum

### **C. Metode Pendokumentasian Asuhan Kebidanan**

#### **1. Dokumentasi kebidanan**

Adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lain).

#### **2. Pengertian Manajemen kebidanan**

Adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien ( Varney, 2012 )

#### **3. Tahap dalam manajemen asuhan kebidanan**

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

##### **a. Langkah I (Tahap Pengumpulan Data Dasar)**

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

##### **(1) Anamnesis**

###### **a. Biodata**

###### **b. Riwayat Menstruasi**

- c. Riwayat Kesehatan
  - d. Riwayat Kehamilan, Persalinaan, dan Nifas
  - e. Psikologis, sosial, dan spritual
  - f. Pengetahuan klien
- (2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan TTV
- (3) Pemeriksaan Khusus
- a. Inspeksi
  - b. Palpasi
  - c. Auskultrasi
  - d. Perkusi
- (4) Pemeriksaan Penunjang
- a. Laboratium
  - b. Catat terbaru dan sebelumnya ini merupakan langkah yang akan menemukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapinya akan menentukan.

#### **b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah yang sering berkaitan dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

**c. Langkah III (Identifikasi diagnosis atau Masalah potensial)**

Merupakan langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Pada langkah ke-3 ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi sehingga langkah ini benar merupakan langkah bersifat antisipasi yang rasional dan logis.

**d. Langkah IV (Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera)**

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Langkah ke - 4 mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer pendidik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

**e. Langkah V (Penyusupan Rencana Asuhan Menyeluruh)**

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi atau masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi kepada klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu dirujuk karena masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain.



Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

**f. Langkah VI (Pelaksanaan Asuhan)**

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

**g. Langkah VII (Mengevaluasi)**

Pada langkah VII ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Hal ini yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

##### **A. Jenis Studi Kasus**

Jenis studi kasus yang digunakan adalah studi survei dengan menggunakan secara deskriptif dan kualitatif dengan tujuan untuk melihat fenomena perbedaan dan persamaan secara umum dan teori dan praktek. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan Persalinan Normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017.

##### **B. Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Bunda Tessa Jl. Besar Aras Kabu Desa Sidourip Kec. Beringin Lubuk Pakam.

##### **C. Subjek Studi Kasus**

Dari 8 ibu bersalin yang bersalin normal di Klinik Bunda Tessa penulis mengambil Subjek Studi Kasus ini pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan Persalinan Normal di Klinik Bunda Tessa tahun 2017 karena salah satu ibu yang bersalin, dan ibu bersedia diberikan asuhan kebidanan ibu bersalin.

##### **D. Waktu studi kasus**

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus yang dimulai dari survey sampai Penyusunan Tugas Laporan Akhir pada tanggal 06 Maret - 15 Mei 2017. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 30 Maret 2017.

### **E. Instrumen Studi Kasus**

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data berupa kuesioner (lembar pertanyaan, formulir observasi, formulir yang berkaitan dengan pencatatan) (Hidayat, 2007). Pada kasus ini instrumen yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan manajemen 7 langkah helen varney.

### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

#### **a. Data Primer**

##### **1. Observasi**

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

##### **2. Pemeriksaan Fisik**

Menurut Handoko (2008), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara :

##### **a) Inspeksi**

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi

pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Inspeksi pada pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

#### **b) Palpasi**

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi uterus (Nursalam, 2007). Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, leopold I, II, III dan IV dan pemeriksaan dalam.

#### **c) Perkusi**

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan (Handoko, 2008).

#### **d) Auskultasi**

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan leanec atau doppler, Pada kasus ibu bersakun leanec atau doppler digunakan untuk mendengar DJJ bayi.

### **3. Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau

pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis pada ibu Ny.S usia 24 tahun dengan persalinan normal di klinik bunda tessa tahun 2017.

**b. Data Sekunder**

Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan. Data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder diperoleh dari:

**1) Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2007– 2017.

**G. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan**

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

**1. Wawancara**

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

- Format pengkajian ibu bersalin
- Buku tulis
- Bolpoin + Penggaris

## 2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

### SAFT 1 :

1. Partus set didalam wadah steril tertutup
  - a. Gunting tali pusat 1 buah
  - b. Arteri klem 2 buah
  - c. Benang tali pusat/umbilical cord 2 buah
  - d. Handscoen DTT /Steril 2 pasang
  - e.  $\frac{1}{2}$  koher 1 buah
  - f. Gunting episiotomi 1 buah
  - g. Kassa steril atau kain kecil
2. Stetoskop monoral
3. Tensimeter
4. Stetoskop bimonoral
5. Obat oksitosin : lidocain
6. Spuit 3cc 1 buah, 5 cc 1 buah
7. Nierbeken
8. Kom bertutup berisi air DTT
9. Kom bertutup berisi kaps steril dan kering
10. Korentang
11. Tempat benda tajam ( ampul ) dan tempat spuit bekas

**SAFT 2 :**

## 1. Bak instrumen steril ( hecing set )

- a) Nald hecing 1 buah
- b) Nald folder 1 buah
- c) Pinset anatomis 1 buah
- d) Pinset sirurgis 1 buah
- e) Gunitng benang 1 buah
- f) Handscoen steril /DTT 1 pasang
- g) Kain kassa secukupnya
- h) Benang hecing catgut

## 2. Bak instrument steril ( emergency set )

Kateter de lee/slim seher 1 buah

Kateter metal 1 buah

Gunting episiotomy 1 buah

Handscoon panjang 1 buah

## 3. Alat Nonsteril

Piring plasenta

Betadine

**SAFT 3 :**

Waskom berisi air DTT 1 buah

Waskom berisi air klorin 1 buah

Brush

Sarung tangan rumah tangga untuk pencegahan infeksi

Alat resusitasi :

1. Selang
2. Tabung O2
3. 2 buah kain sarung untuk alas dan penyangga bahu
4. 1 buah handuk bayi
5. Lampu sorot bayi

Perlengkapan ibu dan bayi :

Washlap 2 buah

Celemek, tutup kepala, masker dan kaca mata

buah kain lap pribadi

Pakaian bayi, topi dan kain bedong

Doek ibu

Kain sarung ibu 2 buah

Underpad

Handuk ibu dan bayi

Sepatu karet



### 3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis (Format Pengkajian Ibu bersalin dalam bentuk SO

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Tinjauan Kasus

Pendokumentasian menggunakan manajemen Varney dan SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S UMUR 24 TAHUN PIA0 DENGAN  
PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BUNDA TESSA PADA TAHUN 2017**

**Tanggal Masuk :** 30 Maret 2017

**Tgl Pengkajian :** 31 Maret 2017

**Jam Masuk :** 13.00 Wib

**Jam Pengkajian:** 13.10 Wib

**Tempat :** Klinik Bunda Tessa

**Pengkajian :** Steffi Ayu

#### I. PENGUMPULAN DATA

##### A. BIODATA :

Nama Ibu : Ny.S

Nama Ibu : Tn. H

Umur : 24 Tahun

Umur : 31 Tahun

Agama : Kristen

Agama : Kristen

Suku/Bangsa : Nias/Indonesia

Suku/Bangsa : Nias/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jln. Aras Kabu No. 4

Alamat : Jln. Aras Kabu No.4

Desa Sidourip

Des.Sidourip

## B. ANAMNESE (DATA SUBYEKTIF)

### a. Alasan Utama Masuk Kamar Bersalin :

Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan ada rasa mules di perut bagian bawah pukul 05.00 wib dan ada rasa sakit pada daerah pinggang sampai ke punggung.

### b. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 10 tahun

Lamanya : 4 hari

Siklus : 28 hari, teratur

Banyak : 3 kali ganti pembalut perhari

Keluhan : tidak ada

### c. Tanda-Tanda Persalinan

Kontraksi sejak tanggal : 30 Maret 2017 Pukul : 18.45 wib

Frekuensi : 3-4 kali setiap 10 menit

Lamanya : 30-45 menit Kekatannya : Kuat

Lokasi Ketidaknyaman : Daerah pinggang sampai ke punggung

### d. Pengeluaran Pervaginam

Darah	: Ada	Jumlah : 30 cc	Warna : Merah
Air Ketuban	: Ada	Jumlah : 1000 cc	Warnah : Jernih
Darah	: Tidak Ada	Jumlah : -	Warna : -

**e. Riwayat Kehamilan/Persalinan yang lalu**

Anak Ke	Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Prolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/B B/JK	Kecelakaan	Kecelakaan	Laktasi
	H	A	M	I	L		I	N	I		

**f. Riwayat kehamilan sekarang**

GIP0A0

HPHT : 12 Juli 2016

HPL : 19 April 2017

Umur kehamilan : 37 minggu 2 hari

ANC : 3 kali di Klinik

Gerakan janin : 15 kali/hari

Imunisasi TT : TT I : 7 Februari 2017 UK : ± 24 minggu

TT II : 24 Februari 2017 UK : ± 28 minggu

Keluhan : Trimester I : mual-mual

Trimester II : Tidak ada

Trimester III : Tidak ada

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : Tablet Fe

Tanda-Tanda Bahaya : Tidak ada

**g. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita Sekarang/Yang Lalu :**

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada  
 Ginjal : Tidak ada  
 Asma : Tidak ada  
 Hepatitis : Tidak ada  
 Riwayat Operasi Abdomen / SC : Tidak ada

**h. Riwayat Penyakit Keluarga :**

Hipertensi : Tidak ada  
 Diabetes Melitus : Tidak ada  
 Asma : Tidak ada  
 Hepatitis : Tidak ada  
 Lain – Lain : Tidak ada riwayat kembar

**i. Riwayat KB**

Kontrasepsi yang pernah digunakan : belum pernah

**j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi :**

- Status Perkawinan : sah Kawin : 1 Kali
- Lama Nikah : - Tahun, menikah pertama pada umur 24 tahun
- Kehamilan ini dicencanakan/tidak direncanakan : direncanakan
- Perasaan menghadapi persalinan : ibu agak takut dengan persalinannya karena merupakan pengalaman pertama
- Pengambilan Keputusan dalam keluarga adalah musyawarah
- Tempat Rujukan jika ada komplikasi : Rumah Sakit

- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas
- 

k. **Activity Daily Living**

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 x sehari, makan terakhir jam : 09.30 wib

Jenis : nasi + lauk pauk + sayur + buah

Porsi : ½ piring nasi + 1 potong ikan + 1 mangkuk sayur  
+ 1 potong buah

Minum : 8-9 gelas/hari, jenis : air putih, the manis, susu

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam /hari

Tidur malam : 7 jam /hari

Tidur terakhir jam : Tidak ada

Keluhan : Tidak ada

c. Pola Eliminasi

BAK : 9-10 kali/hari, konsistensi : cair, warna : kuning jernih

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lembek, warna : kecoklatan

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

Keluhan : Tidak ada

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

### C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)

#### 1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik , kesadaran : Compos Mentis

**Tanda-tanda vital**

Suhu : 37°C

Nadi : 82 kali/menit

Pernafasan : 20 kali/menit

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

#### Pengukuran BB dan TB

Berat badan : 60 kg, kenaikan BB selama hamil 10 kg

Tinggi badan : 150 cm

LILA : 26 cm

#### 2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh : Lordosis

## b. Kepala

Wajah : simetris    Cloasma : Tidak ada    Oedema : Tidak ada  
 Mata : Simetris    Sklera : Tidak ikhterik    Konjungtiva : Merah muda  
 Hidung : simetris    Polip : Tidak ada peradangan Sekret : bersih  
 Mulut dan Gigi : Lidah Bersih, Tonsil Tidak ada pembengkakan  
 Telinga : simetris

## c. Leher

Kelenjar Tiroid : Tidak ada pembengkakan  
 Pembuluh limfe : Tidak ada pembengkakan

## d. Payudara

Bentuk payudara : Asimetris, payudara kanan lebih besar kiri  
 Aerola mammae : Mengalami hiperpigmentasi  
 Puting susu : Menonjol  
 Colostrum : Ada  
 Benjolan : Tidak ada

## e. Ekstremitas atas dan bawah

Simetris : Ya  
 Odema pada tangan dan jari : Tidak ada  
 Varices : Tidak ada  
 Refleks patela kaki : +/+

## f. Abdomen

Inspeksi  
 Pembesaran : Sesuai dengan kehamilan



Bekas luka oprasi : Tidak ada  
 Linea alba : Tidak ada  
 Linea nigra : ada  
 Palpasi :  
 Leopold II : Pada bagian fundus teraba bulat, lunak dan melebar  
 Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas), bagian abdomen kiri teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kiri)  
 Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba, bulat, keras (kepala )  
 Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP  
 TFU : 30 cm  
 TBBJ : 2945 gram  
 Auskultasi  
 DJJ : Ada ,teratur  
 Frekuensi : (12-11-11) X 4 =140 x/menit  
 Punctum maximum :  $\begin{array}{c} | \\ \hline + \end{array}$

### 3. Pemeriksaan Panggul

Distansia Spinarum : Tidak dilakukan  
 Distansia Cristarum : Tidak dilakukan  
 Konjugata Eksterna : Tidak dilakukan  
 Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

#### 4. Pemeriksaan Genetalia

Varices : Tidak ada  
 Oedema : Tidak ada  
 Pembesaran Kelenjar bartolin : Tidak ada pembengkakan  
 Pengeluaran Pervaginam : Darah lendir ada

#### Pemeriksaan Dalam

Atas indikasi : inpartu pukul : 18.45 wib oleh : bidan  
 Dinding vagina : Lembab  
 Portio : Menipis  
 Pembukaan serviks : 5 cm  
 Konsistensi : Lunak  
 Ketuban : Utuh  
 Presentasi fetus : LBK  
 Posisi : Uuk, melintang  
 Penurunan bagian terendah : Hodge III

#### D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hb : Tidak dilakukan pemeriksaan  
 Golongan darah : Tidak dilakukan pemeriksaan  
 Urin  
 Protein urin : Tidak dilakukan pemeriksaan  
 Glukosa : Tidak dilakukan pemeriksaan

## II. INTERPRETASI DATA DASAR :

**Diagnosa :** Ny.S usia 24 tahun, GIP0A0, usia kehamilan 37 minggu 2 hari, Janin tunggal, hidup, intrauterin, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP, Inpartu Kala I Fase Aktif. Keadaan ibu dan janin baik.

### **Data dasar:**

#### **Data Subjektif :**

Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan ada rasa mules di perut ibu bagian bawah

Ibu mengatakan ada rasa sakit pada daerah pinggang sampai ke punggung

Ibu mengatakan makan dan minum terakhir jam 09.30 wib

#### **Data Objektif :**

Keadaan Ibu dan Janin Baik

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 82kali/menit

Respirasi : 20kali/menit

Pengukuran BB dan TB

- Berat badan : 60 kg, kenaikan BB selama hamil 10 kg

- Tinggi badan : 150 cm

- LILA : 26 cm

Palpasi :

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan melebar.

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas), bagian abdomen kiri teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kiri)

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, keras (kepala)

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP

TFU : 30 cm

TBJ : 2945 gram

Auskultasi : DJJ : Ada, teratur

Frekuensi :  $(12-11-12) \times 4 = 140$  kali/menit

#### **Pemeriksaan Genetalia**

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pembesaran Kelenjar bartolin : Tidak ada pembengkakan

Pengeluaran Pervaginasi : Darah lendir ada

Haemoroid : Tidak ada

**Masalah :** Ibu mengatakan nyeri yang menjalar dari daerah pinggang hingga ke perut

**Kebutuhan :** Berikan Informasi tentang hal yang dirasakan di kala I

### III. MENGANTISIPASI DIAGNOSA / MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

### IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUK

Tidak ada

### V. INTERVENSI

Tanggal : 30 Maret 2017

Pukul : 13.10 wib

NO	INTERVENSI	RASIONALISASI
1	Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi janin saat ini dalam keadaan normal dan sehat	Untuk memantau keadaan umum ibu dan lebih bersiap dalam menghadapi persalinan
2	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini khususnya nyeri pada bagian punggung sampai ke perut.	Memberi informasi yang tepat pada ibu akan membantu ibu untuk mengurangi rasa cemas dan khawatir.
3	Atur posisi pasien untuk mengurangi rasa nyeri seperti posisi rileks.	Posisi yang rileks pada ibu akan membantu mengurangi rasa nyeri, biasanya ibu lebih disarankan untuk miring ke arah kiri, jongkok, duduk atau bahkan berdiri untuk membebaskan aliran darah dan oksigen pada janin melalui pembuluh vena.
4	Hadirkan suami atau orang terdekat dalam pendampingan persalinan.	Menghadirkan suami/orang terdekat dalam pendamping persalinan memberi rasa nyaman dan perasaan terlindungi/termotivasi oleh dukungan suami maupun orang terdekat
5	Ajari pasien untuk rileks dengan menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut.	Latihan rileksasi dengan pernafasan melalui hidung membantu untuk membebaskan aliran oksigen ke arah janin dan melancarkan sirkulasi darah.

NO	INTERVENSI	RASIONALISASI
6	Beri pasien cairan dan nutrisi yang adekuat.	Asupan cairan akan menambah energi ibu dan terhindar dari dehidrasi yang keluar melalui keringat atau urine. Asupan makanan akan membantu penyimpanan energi cadangan saat proses persalinan nanti.
7	Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kemih dan anjurkan untuk berkemih ke kamar mandi atau siapkan pispot di dekat ibu.	Kandung kemih yang akan penuh mempengaruhi kontraksi dan turunnya kepala janin sehingga mempengaruhi proses persalinan.
8	Siapkan alat partus, set hecing, pakaian pasien dan pakaian bayi.	Set partus disusun secara ergonomis mempermudah untuk melakukan tindakan dan mempercepat proses pertolongan persalinan.
9	Observasi keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf dan buat dalam dokumentasi	Partograf dibuat untuk mengkaji dan mendeteksi kemungkinan adanya komplikasi atau tanda bahaya selama proses persalinan sehingga dengan cepat bidan harus segera bertindak.

## VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 30 Maret 2017

Pukul : 13.20 wib

Oleh : Steffi Ayu

NO	JAM	IMPLEMENTASI	PARAF
1	13.20 WIB	<p>Menjelaskan kepada pasien mengenai hasil pemeriksaan bahwa pasien dan janinnya dalam keadaan baik dan sehat dan memberi dukungan bahwa pasien bisa melahirkan dengan normal</p> <p>Hasil pemeriksaan :</p> <p>Keadaan umum : Baik</p> <p>Tanda Vital Sign : Tekanan Darah : 110/70 mmHg</p> <p>Suhu : 37 °C</p> <p>Nadi : 82 kali/menit</p> <p>Respirasi : 20 kali/menit</p> <p>Hasil leopold : pada bagian fundus terdapat bokong janin, punggung kiri, persentase kepala dan sudah masuk PAP</p>	<b>Steffi Ayu</b>
NO	JAM	IMPLEMENTASI	PARAF

		<b>EV : ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaannya bahkan kondisi janin saat ini dalam batas normal</b>	
2	13.30 WIB	<p>Menganjurkan ibu untuk memilih posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu: Ibu boleh duduk, jongkok, berbaring miring dan juga merangkak.</p> <p>Posisi ini dapat mempercepat penurunan kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan .</p> <p>Memberitahukan ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit karena jika ibu berbaring telentang, maka isi uterus akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta.</p> <p><b>EV : Ibu sudah di mengetahui beberapa posisi yang nyaman untuk mengurangi rasa nyeri</b></p>	<b>Steffi Ayu</b>
3	13.44 WIB	<p>Memberi dukungan pada ibu oleh suami ataupun keluarga dengan mendampingi ibu selama proses kelahiran bayi, dengan cara mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu dan pujian kepada ibu, membantu ibu bernapas secara benar pada saat kontraksi, memijat punggung, menyeka muka ibu dengan kain secara lembut dan memberi rasa nyaman pada ibu.</p> <p><b>EV : ibu sudah didampingi oleh suami atau keluarga selama proses persalinan</b></p>	<b>Steffi Ayu</b>
4	13.50 WIB	<p>Mengajari ibu cara bernafas dengan baik yaitu menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkan mulut. Bernafas dalam dengan rileks sewaktu ada his, dengan cara meminta ibu untuk menarik nafas panjang tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.</p> <p><b>Ev : ibu sudah memilih posisi yang nyaman dan Ibu sudah mengerti melakukan teknik relaksasi dan tampak kegelisahan ibu berkurang.</b></p>	<b>Steffi Ayu</b>
5	14.15 WIB	<p>Memantau DJJ bayi dalam setiap 30 menit yaitu 140 kali/menit, Nadi ibu 80 kali/menit.</p> <p><b>Ev : Ibu sudah di beritahu bahwa ibu dan bayinya dalam keadaan baik.</b></p>	<b>Steffi Ayu</b>
6	14.20 WIB	<p>Memberikan minuman, makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi / membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.</p>	<b>Steffi Ayu</b>
<b>NO</b>	<b>JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>PARAF</b>
		<b>Ev : Suami telah memberikan ibu 1 gelas teh manis,</b>	

		<b>ibu dapat minum dengan baik saat his hilang.</b>	
7	14.35 WIB	Menganjurkan ibu untuk berkemih atau BAB, jika pasien tidak mampu turun dari tempat tidur menyediakan pispot di dekat tempat tidur. Urine yang terlalu banyak harus dikeluarkan karena akan mempengaruhi penurunan kepala janin, menganjurkan ibu untuk Bak di tempat tidur saja jika tidak mampu ke kamar mandi <b>Ev : Ibu mengatakan tidak ada perasaan ingin berkemih dan kandung kemih terasa kosong.</b>	<b>Steffi Ayu</b>
8	15.00 WIB	Mengukur Tekanan Darah ibu dan Suhu tubuh ibu yakni Tekanan Darah : 100/70 mmHg dan suhu : 37 <sup>0</sup> C <b>Ev : Tekanan Darah dan suhu ibu sudah diukur dan dalam batas normal.</b>	<b>Steffi Ayu</b>
9	18.45 WIB	Mengobservasi kembali keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan dan mengisi partograf, memasukan semua hasil pemeriksaan kedalam partograf. Hasil pemeriksaan : KU : Baik TTV : Dalam batas normal Pemeriksaan Dalam Dinding vagina : Lembab Portio : Menipis Pembukaan serviks : 5 cm Effecement : 50-60 % Konsistensi : Lunak Ketuban : Utuh Presentasi fetus : LBK Posisi : UUK Penurunan bagian terendah : Hodge III <b>Ev : Hasil pemeriksaan telah dimasukkan dalam partograf.</b>	<b>Steffi Ayu</b>
10	19.00 WIB	<b>Menyiapkan alat partus steril dan ergonomis untuk mempermudah tindakan persalinan</b> <b>SAFT 1 :</b> 1.Partus set didalam wadah steril tertutup a) Gunting tali pusat 1 buah b) Artery clem 2 buah c) Benang tali pusat/umbilical cord 2 buah d) Handscoen DTT /Steril 2 pasang e) Gunting episiotomi 1 buah f) ½ kocher 1 buah	<b>Steffi Ayu</b>
<b>NO</b>	<b>JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>PARAF</b>
		g) Kassa steril atau kain kecil 2.Stetoskop monoral	



		3.Tensimeter 4.Stetoskop bimonoral 5.Obat oksitosin : lidocain 6.Spuit 3cc 1 buah, 5 cc 1 buah 7.Nierbeken 8.Kom tertutup berisi air DTT 9.Kom tertutup berisi kaps steril dan kering 10.Korentang 11.Tempat benda tajam (ampul) dan tempat spuit bekas <b>SAFT 2:</b> 1.Bak instrumen steril ( hecting set ) i) Nald hecting 1 buah j) Nald folder 1 buah k) Pinset anatomis 1 buah l) Pinset sirurgis 1 buah m) Gunitng benang 1 buah n) Handscoen steril /DTT 1 pasang o) Kain kassa secukupnya p) Benang hecting catgut 2.Bak instrument steril ( emergency set ) Kateter de lee/slim seher 1 buah Kateter metal 1 buah Gunting episiotomy 1 buah Hanscoen panjang 1 buah 3.Alat Nonsteril Piring plasenta Betadine Cairan infus dan set infus  <b>SAFT 3</b> Waskom berisi air DTT 1 buah Waskom berisi air klorin 1 buah Brush Sarung tangan rumah tangga untuk pencegahan infeksi Alat resusitasi : Selang Tabung O2 2 buah kain sarung untuk alas dan penyangga bahu 1 buah handuk bayi Lampu sorot bayi Perlengkapan ibu dan bayi : Washlap 2 buah	
NO	JAM	IMPLEMENTASI	PARAF
		Celemek, tutup kepala, masker dan kaca mata 2 buah kain lap pribadi	

		Pakaian bayi, topi dan kain bedong Doek ibu Kain sarung ibu 2 buah Underpad Handuk ibu dan bayi Sepatu karet <b>Ev : alat set partus steril sudah dipersiapkan dan disusun dengan ergonomis dan lengkap.</b>	
11	20.00 WIB	Mengajarkan ibu cara mengejan yang baik menganjurkan ibu untuk meneran bila ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran. Menganjurkan ibu untuk beristirahat dalam waktu his hilang. Hal ini mencegah untuk ibu lelah terlalu cepat dan beresiko bayi akan mengalami asfiksia (janin kekurangan O <sub>2</sub> ) karena suplai oksigen melalui plasenta berkurang. Ibu boleh memilih posisi meneran yang nyaman seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duduk atau setengah duduk                Dengan posisi ini penolong persalinan akan lebih leluasa dalam membantu kelahiran janin.</li> <li>• Merangkak                Posisi ini cocok untuk persalinan nyeri pada punggung, mempermudah janin untuk melakukan rotasi</li> <li>• Jongkok atau berdiri                Mempermudah penurunan kepala janin, memperluas panggul 28 % dari besar pintu bawah panggul, memperkuat dorongan untuk meneran yang benar.</li> <li>• Miring ke kiri                Posisi ini dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan hipoksia</li> </ul> <b>EV : Ibu sudah mengetahui tentang cara meneran yang baik dan tau posisi meneran yang benar</b>	<b>Steffi Ayu</b>
12	20.45 WIB	Melakukan pemeriksaan vaginal touch/4 jam telah dilakukan. <b>Ev : Pembukaan masih 8 cm</b>	<b>Steffi Ayu</b>
13	22.45 WIB	Mengobservasi kembali keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan, memasukan semua hasil pemeriksaan kedalam partograf.	<b>Steffi Ayu</b>
<b>NO</b>	<b>JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>PARAF</b>
		Hasil pemeriksaan : KU : Baik TTV : Dalam batas normal	

	Pemeriksaan Dalam Dinding vagina : Lembab Portio : Menipis Pembukaan serviks : 10 cm Effecmant : 100 % Konsistensi : Lunak Ketuban : Utuh Presentasi fetus : LBK Posisi : UUK Penurunan bagian terendah : Hodge IV <b>Ev : Hasil pemeriksaan telah dimasukkan dalam partograf.</b>	
--	--	--

Keterangan/Pukul	18.45 WIB	20.45 WIB	22.45 WIB
<b>DJJ</b>	144X/mnt		146X/mnt
<b>KETUBAN</b>	U		Jernih
<b>PENYUSUPAN</b>			0
<b>PEMBUKAAN</b>	5 cm	8 cm	10 cm
<b>KONTRAKSI</b>	3 kali selama 40 detik dalam 10 menit	4 kali selama 40 detik dalam 10 menit	5 kali selama 40 detik dalam 10 menit
<b>TEKANAN</b>	100/70		110/70
<b>DARAH</b>	mmHg		mmHg
<b>NADI</b>	82x/menit		86x/menit
<b>SUHU</b>	37°C		37 °C
<b>URINE</b>	100ml		

## VII. EVALUASI

### Subjektif :

Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran

Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan nyeri yang menjalar dari pringgang ke perut

### Objektif :

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 82 kali/menit

Respirasi : 20 kali/menit

Pengukuran BB dan TB

- Berat badan : 60 kg, kenaikan BB selama hamil 10 kg

- Tinggi badan : 150 cm

Palpasi :

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan melebar.

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas),

bagian abdomen kiri teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kiri)

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, keras (kepala).

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP

TFU : 30 cm

TBJ : 2945 gram

Auskultasi :

DJJ : Ada ,teratur

Frekuensi : (12-11-12) X 4 =140 kali/menit

### **Pemeriksaan Dalam (Pukul 22.45 WIB)**

Dinding vagina : Lembab

Portio : Menipis

Pembukaan serviks : 10 cm  
 Effecmant : 100 %  
 Konsistensi : Lunak  
 Ketuban : Utuh  
 Presentasi fetus : LBK  
 Posisi : UUK  
 Penurunan bagian terendah : Hodge IV

#### **Assasement**

**Diagnosa** : Ny.S usia 24 tahun, GIP0A0, usia kehamilan 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterin, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP, Inpartu Kala I Fase Aktif. Keadaan ibu dan janin baik.

**Masalah** : Ibu mengatakan nyeri yang menjalar dari daerah pinggang hingga ke perut

**Kebutuhan** : Berikan Informasi tentang hal yang dirasakan di kala I.

**Planning** : Lakukan 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

#### **KALA II ( Kala Pengeluaran Bayi )**

**Pukul : 22.45 wib**

#### **Subjektif**

Ibu mengatakan bahwa perutnya semakin sakit dan nyeri semakin kuat

Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB dan meneran

Ibu mengatakan nyeri menjalar dari perut hingga punggung semakin kuat

### Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 86 kali/menit

Respirasi : 22kali/menit

Abdomen :

DJJ : 142 x/menit

His : 5 x/menit dalam 10 menit lamanya : 40-50 detik

Kandung kemih : kosong

Hasil pemeriksaan dalam ( VT )

Dinding portio : lembab

Portio : tidak teraba

Effacement : 100%

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : pecah spontan

Persentase : LBK

Posisi : UUK

Penurunan : Hodge-IV

Perineum menonjol, tekanan pada anus, dan vulva membuka

### Assasement

**Diagnosa :** Ibu Inpartu Kala II, Janin tunggal, hidup, keadaan ibu dan janin baik.

**Masalah :** Ibu mengatakan nyeri semakin kuat dan ada dorongan seperti ingin BAB

**Kebutuhan :** Beri posisi yang nyaman dan cara meneran yang baik

Lakukan 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Dukungan emosional dari suami atau keluarga.

### Planning

1. Memberi informasi dan motivasi kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan anjurkan ibu untuk meneran jika ada perasaan ingin BAB saat puncak his dan pimpin ibu meneran saat puncak his dan menyuruh ibu untuk menarik nafas saat his hilang dan ajarkan ibu cara posisi yang nyaman dan menyuruh ibu untuk merangkul kedua paha sampai menyentuh dada dan saat perasaan mengejan ibu melihat kearah perut.

**Ev : ibu telah mengetahui posisi yang nyaman dan cara mengejan yang baik, ibu sedang tampak miring kiri dan mencoba untuk menarik nafas panjang.**

2. Melakukan Pertolongan Persalinan

1. Penolong mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, dekatkan alat-alat partus disamping ibu, pimpin ibu mengendap pada saat ada puncak kontraksi. Amati tanda dan gejala persalinan kala dua : adanya keinginan

ibu untuk BAB, tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vagina, Perineum menonjol, Vulva-vagina dan sfingter ani membuka. Siapkan tempat tidur datar dan keras, 2 kain bersih dan kering dan 1 handuk bersih sebagai ganjalan bahu bayi dan lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, untuk penanganan bayi asfiksia. Patahkan ampul oksitosin 10 unit, dan meletakkan tabung suntik steril sekali pakai didalam set partus. pakai APD dan pakai Handscoon dengan teknik one hand. Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT) dan letakkan kembali dipartus set/wadah DTT atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap dengan cara : dengan hati-hati pisahkan labia dengan jari manis dan ibu jari tangan kiri pemeriksa. Masukkan jari telunjuk tangan kanan pemeriksa dengan hati-hati diikuti oleh jari tengah. Setelah kedua jari tangan berada didalam vagina, tangan kiri diletakkan difundus ibu. Mendekontaminasi sarung tangan Mencuci kedua tangan. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit). Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dalam partograf.



Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Bantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka divulva 5-6 cm. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu. Buka set partus dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan. Pakai Handsoon DTT atau steril pada kedua tangan. Setelah kepala tampak di vulva 5-6 cm, 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. Pada saat kepala bayi sudah lahir bersihkan dengan kassa mata, hidung, dan telinga secara jikjak kemudian memeriksa kemungkinan lilitan tali pusat, lilitan tali pusat tidak ada. Dan menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan. Setelah kepala melakukan putar paksi luar secara spontan, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi (biparietal). Menganjurkankan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Melahirkan bahu dengan cara lembut menariknya kearah bawah hingga bahu anterior muncul dan kemudian dengan lembut menarik keatas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Setelah kedua bahu bayi dilahirkan, lakukan sangga susur untuk melahirkan badan bayi. Meletakkan bayi diatas perut ibu dan Mengeringkan bayi dan posisikan bayi diatas perut ibu, keringkan mulai dari muka, kepala, dan

bagian tubuh lainnya. Mengganti handuk bayi yang basah dengan handuk yang kering dan melakukan penilaian awal bayi :

- Bayi menangis kuat
- Bayi bernafas tidak megap megap
- Bayi bergerak Aktif

Cek bayi kedua dengan mengusap-usap perut menggunakan satu tangan.

**EV : Asuhan Persalinan Normal telah dilakukan, bayi lahir spontan segera menangis kuat pukul 23.15 wib jenis kelamin laki-laki**

**KALA III ( Kala Pengeluaran Plasenta )**

**Pukul : 23.25 wib**

**Subjektif : Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayi**

Ibu mengatakan perut masih mules

Ibu mengatakan masih lelah

### Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Bayi Baru Lahir pukul : 23.15 wib BB: 2700 gram PB : 49 cm

Jenis Kelamin : Laki – Laki

Kandung kemih : Kosong

Kontraksi : Baik

Palpasi abdomen : Tidak ditemukan bayi kedua

TFU : Setinggi pusat

Perdarahan : Normal, membasahi alas bokong

### Assasment

**Diagnosa** : Ny.S usia 24 tahun PIA0 dengan Kala III

**Masalah** : Plasenta belum lahir

**Kebutuhan** : Lakukan Manajemen Aktif Kala III

### Planning

1. Lakukan Manajemen Aktif Kala III : Segera dalam satu menit pertama setelah bayi lahir di suntikan oksitosin 10 unit secara IM pada sepertiga bagian atas paha luar. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat pada

sekitar 3 cm dari pusat bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal ibu dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama. Dengan satu tangan mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara 2 klem. Mengikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkari kembali benang kesisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bahu bayi menempel dengan baik di dinding perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

#### Peregangan Tali Pusat Terkendali

Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm didepan vulva dan meletakkan tangan kiri difundus untuk melakukan teknik dorsocranial, dan tangan kanan memegang ujung tali pusat untuk melakukan PTT

Melakukan teknik dorsocranial saat ada kontraksi dengan tangan kiri sehingga mengikuti jalannya kontraksi dan tetap melakukan penegangan tali pusat sambil memindahkan klem didepan vulva. Melahirkan plasenta dengan cara memilin searah jarum jam dan meletakkan dipiring plasenta dan memeriksa kelengkapan plasenta untuk menghindari adanya sisa

plasenta yang akan mempengaruhi kontraksi uterus yang dapat menyebabkan atonia

**Ev : Sudah dilakukan PTT dan plasenta lahir lengkap pukul 23.25 WIB**

2. Memasase kembali uterus ibu untuk menghasilkan kontraksi yang baik dan mencegah perdarahan abnormal.

**Ev : Memasase fundus uteri telah dilakukan, kontraksi baik, uterus teraba keras.**

3. Memeriksa pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang), memeriksa plasenta sisi fetal (menghadap ke bayi)

**Ev : Pemeriksaan Plasenta telah dilakukan kotiledon lengkap 2 buah, berat 500 gram, panjang 50 cm, tebal 2 cm, dan lateralis.**

4. Memeriksa Laserasi Jalan Lahir

**EV : Laserasi jalan lahir ada derajat 2, sudah dijahit dengan benang cronic**

**KALA IV (Tahap Pengawasan 2 Jam)**

**Pukul : 23.30 wib**

**Subjektif : Ibu mengatakan perut masih terasa mules**

Ibu mengatakan masih nyeri di daerah jalan lahir

Ibu mengatakan masih sedikit lelah

### Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda – Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 82 kali/menit

Respirasi : 20kali/menit

Plasenta : Lahir spontan lengkap dengan selubung

Perineum : Ada robekan jalan lahir derajat II

Lokhea : Rubra

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Kontraksi : Baik

Perdarahan :  $\pm$  100 cc

### Assasment

**Diagnosa** : Ny.S usia 24 tahun PIA0 dengan Kala IV

**Masalah** : Ibu mengatakan masih ada mules dan sedikit kehausan

**Kebutuhan** : Mamasase fundus uteri

Beri asupan cairan dan Nutrisi

Membersihkan ibu/ melap ibu dan mengganti pakaian

## Pemantauan Kala IV

### Planning

1. Mengajarkan suami untuk memasase fundus uteri ibu untuk menghasilkan kontraksi yang baik yaitu dengan cara meletakkan tangan di atas perut ibu dan usap ibu searah jarum jam dengan menggunakan telapak tangan.

**Ev : Suami mengetahui cara memasase fundus ibu dengan baik, kontraksi baik dan ibu masih merasakan mules.**

2. Memberi ibu minum teh manis 1 gelas dan makan roti 1 bungkus untuk mencegah ibu dehidrasi atau kekurangan energi.

**Ev : ibu dapat minum dan makan dengan baik setelah proses persalinan.**

3. Memberi ibu minum teh manis 1 gelas dan makan roti 1 bungkus untuk mencegah ibu dehidrasi atau kekurangan energi. Membersihkan tubuh ibu dari keringat, darah, kotoran dan cairan lainnya untuk memberi rasa nyaman.

**Ev : ibu tampak sudah nyaman dan bersih.**

4. Melakukan pemantauan kala IV dengan kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. Kontraksi baik dan kandung kemih kosong

<b>Ja m K e</b>	<b>Wakt u</b>	<b>Tekan an Darah</b>	<b>P</b>	<b>T</b>	<b>TFU</b>	<b>Kontr aksi</b>	<b>Kandun g Kemih</b>	<b>Perdar ahan</b>
<b>1</b>	23.30	120/70 mmHg	80x/ mnt	36 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	-
	23.45	120/80 mmHg	80x/ mnt		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	-
	24.00	120/80 mmHg	82x/ mnt		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	100 ml
	00.15	120/80 mmHg	82x/ mnt		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	-
<b>2</b>	00.45	120/70 mmHg	80x/ mnt	37° C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	-
	01.15	110/80 mmHg	80x/ mnt		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	-



## **B. Pembahasan Masalah**

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang ada, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Dalam penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017.

Pembahasan ini disusun berdasarkan teori dari asuhan yang nyata dengan manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney :

### **Langkah I. Pengumpulan Data dan Analisa Data Dasar**

Pengkajian adalah tahap awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Secara garis besar pengumpulan data diklasifikasikan menjadi 2 yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif yaitu dengan cara mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan pasien, klien yang diwawancarai, yang lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien yang mencemaskan, berupaya mendapatkan data atau fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien.

Pada pengkajian persalinan data diperoleh dari anamnesa dan observasi yang meliputi identitas, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang akan tetapi pada pemeriksaan panggul tidak

dilakukan oleh mahasiswa sewaktu praktek di klinik karena membawa alat yang diperlukan untuk pemeriksaan, serta pemeriksaan penunjang tidak dilakukan karena tidak ada indikasi dan fasilitas yang tidak memadai, hal ini tidak sesuai dengan teori (Prawiroharjo, 2007).

Data obyektif menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar melakukan pemeriksaan yang terarah dan bermakna yang berkaitan dengan keluhan pasien (Mufdlilah, 2012). Pada saat usia kehamilan 37 minggu 2 hari, Ny.S dan keluarga datang ke klinik bidan pada tanggal 30 maret 2017. Ibu mengatakan nyeri pada punggung yang menjalar hingga ke perut bagian bawah serta adanya pengeluaran cairan dari vagina yaitu darah bercampur dengan lendir, menurut referensi (Asuhan Persalinan Normal, 2012) tanda awal persalinan adalah his datang yang lebih kuat dan teratur diikuti dengan lendir bercampur darah yang menandakan bahwa jalan lahir telah mulai membuka. Kemudian bidan melakukan pemeriksaan dan ditemukan hasil pemeriksaan bahwa Ny.S benar telah mengalami proses persalinan.

Kala I dimulai pembukaan serviks sampai lengkap dimana proses ini dibagi dalam 2 fase yaitu fase laten berlangsung 6-8 jam serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif berlangsung 7 jam, serviks membuka sampai 4 cm sampai 10 cm, kontraksi kuat dan lebih sering selama fase aktif (Jenny J.S 2013). Pada jam 13.00 wib Ny.S datang ke klinik didasari dengan adanya mules-mules yang dirasakan Ny.S sejak jam 05.00 wib. Jam 18.45 wib dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil dinding vagina

lembap, portio menipis, pembukaan sudah 5 cm, konsistensi serviks lunak, Persentase kepala dan penurunan kepala di Hodge III. Asuhan yang diberikan pada Ny.S sudah sesuai dengan standar APN, hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal, ketuban pecah spontan jam 22.45 wib dan pembukaan sudah lengkap 10 cm.

Kala II persalinan berlangsung 30 menit, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kala I pada primigravida berlangsung  $\pm$  lebih dari 1 jam (Jenny J.S 2013). Pada saat pemeriksaan dalam pukul 22.45 wib pembukaan sudah lengkap dan ketuban pecah spontan serta Ny.S mengatakan ada dorongan yang kuat untuk mendedan. Tidak dilakukan episiotomi karena tidak ada indikasi. Kepala sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm dan ibu ingin meneran. Pukul 23.15 wib, bayi lahir spontan, segera menangis dengan letak belakang kepala, jenis kelamin Laki-laki, BB 2700 gram dan PB 49 cm, kemudian segera membersihkan jalan nafas, namun terdapat perdarahan pada jalan lahir ditemukan robekan derajat II.

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.S tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dimana kala II berlangsung selama 30 menit dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, hal ini adalah normal.

Pada Ny.S kala III berlangsung 10 menit dan menurut teori pada primigravida berlangsung rata-rata  $\pm$  30 menit (Jenny J.S 2013). Pengeluaran plasenta dengan spontan tanpa penyulit dengan tanda-tanda

tali pusat memanjang adanya semburan darah yang mendadak dan perubahan tinggi fundus. Plasenta lahir lengkap dengan selaputnya jumlah kotiledon 20 buah.

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. S tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dimana kala III berlangsung selama 10 menit, hal ini adalah normal.

Pada Kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai 2 jam postpartum yang merupakan waktu kritis bagi ibu dan bayi, keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Pada kasus ini berjalan tanpa penyulit, terdapat laserasi jalan lahir grade II dan dilakukan heacting, jumlah jahitan empat jahitan. Tekanan darah 120/70 mmHg menunjukkan dalam batas normal. TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, pengeluaran darah dalam batas normal. Dalam Kala IV keluarga dianjurkan memasase fundus sebelumnya diajakan terlebih dahulu untuk memantau kontraksi dan mencegah terjadinya perdarahan post partum. Oleh karena itu, dilakukan pemantauan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama setelah persalinan dan 30 menit dalam jam kedua, disini bayi langsung mendapat vitamin K dan imunisasi HB0.

### **Langkah II : Interpretasi Data**

Menurut Varney (2010) Diagnosa adalah hasil analisa dan perumusan masalah yang diputuskan berdasarkan identifikasi yang didapat dari analisa data dasar. Dalam menetapkan diagnosa bidan menggunakan pengetahuan profesional sebagai dasar untuk mengambil tindakan

diagnosa kebidanan yang ditegakkan harus berlandaskan ancaman keselamatan hidup pasien.

Pada interpretasi data terdiri dari diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan. Pada kasus didapatkan diagnosa kebidanan Ny.S umur 24 tahun PIA0 bersalin dengan persalinan normal. Masalah yang muncul adalah ibu mengatakan mengeluarkan lendir bercampur darah serta nyeri yang menjalar ke perut, untuk mengatasi masalah tersebut Ny.S membutuhkan informasi tentang keadaannya, informasi tentang tindakan yang akan dilakukan, pemenuhan kebutuhan cairan, melaksanakan pertolongan persalinan sesuai APN. Diagnosa dan masalah ditentukan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang diperoleh saat pengkajian data.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan teori dan praktek.

### **Langkah III : Identifikasi Diagnosa/ Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Mufdlilah 2012). Pada langkah ini penulis tidak menetapkan adanya masalah karena

dari pengumpulan data dan penginterpretasian data dari kala I sampai kala IV semuanya masih dalam batas normal, akan tetapi tetap dilakukan pemantauan kemajuan persalinan karena setiap persalinan adalah beresiko.

#### **Langkah IV : Tindakan Segera dan Kolaborasi**

Menemukan intervensi yang harus langsung segera dilakukan oleh bidan atau dokter. Hal ini terjadi pada penderita kegawatdaruratan, kolaborasi dan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang ahli sesuai dengan keadaan pasien.

Pada studi kasus Ny.S pada saat pengkajian keadaan ibu dalam kategori normal ditunjukkan dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan tidak ada tindakan yang perlu segera dilakukan.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

#### **Langkah V : Perencanaan Asuhan Kebidanan**

Pada asuhan kebidanan perencanaan adalah proses penyusunan suatu rencana asuhan tindakan berdasarkan identifikasi masalah yang dapat diantisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi. Perencanaan harus sesuai dengan masalah yang telah ditemukan.

Perencanaan yang dibuat pada kala I sudah sesuai dengan teori (Sumarah, 2009) bahwa kebutuhan ibu bersalin pada kala I yaitu informasi hasil pemeriksaan, mobilisasi, teknik relaksasi, nutrisi, motivasi, observasi TTV, His, dan DJJ, dan kemajuan persalinan, persiapan ruangan, alat partus, dan persiapan ibu dan bayi, dan dokumentasi.

Perencanaan yang dibuat pada kala II sesuai teori (JNPK-KR, 2008) bahwa kebutuhan ibu bersalin pada kala II adalah informasi hasil pemeriksaan, alat pelindung diri (APD), motivasi dan dukungan, dehidrasi, posisi bersalin, cara meneran, posisi handuk dan underpad/duk bokong, dekatkan alat-alat, pimpinan persalinan secara APN, keringkan dan hangatkan bayi,

Perencanaan yang dibuat pada kala III sesuai teori (JNPK-KR, 2008) bahwa kebutuhan ibu bersalin pada kala III adalah informasi hasil pemeriksaan, palpasi uterus, kosongkan kandung kemih, manajemen aktif kala III (suntik oksitosin, PTT, masase fundus uteri), observasi tanda-tanda pengeluaran plasenta, lahirkan plasenta, periksa plasenta, nilai perdarahan.

Perencanaan yang dibuat pada kala IV sudah sesuai dengan teori (JNPK-KR, 2008) yang mengatakan bahwa kebutuhan ibu bersalin pada kala IV adalah informasi hasil pemeriksaan, penjahitan pada luka robekan jalan lahir, pastikan kontraksi uterus baik, pemantauan kala IV, nutrisi, istirahat, kebersihan, bounding attachment, lengkapi partograf, dan dokumentasi asuhan kebidanan.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

#### **Langkah VI : Penatalaksanaan**

Pelaksanaan atau intervensi terhadap Ny.S dapat dilakukan semua tinjauan teori dan tinjauan kasus dan didukung juga dengan adanya sarana

dan prasarana yang tersedia dan memungkinkan untuk melakukan asuhan kebidanan sesuai intervensi.

Pada asuhan persalinan kala I yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, memberikan posisi yang nyaman, menyiapkan alat partus, memberikan istirahat di antara kontraksi, memberikan ibu cairan per oral, menghadirkan suami atau keluarga disamping ibu, memberikan massase pada punggung ibu dan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam (JNPK-KR, 2012). Hal ini tidak sesuai dengan teori dan praktek yakni melakukan pemeriksaan dalam 2 jam yaitu jam 18.45 wib dan 20.45 wib, dan itu menggunakan handscoon yang digunakan pada saat menolong persalinan bersifat bersih dan tidak steril. Dalam melaksanakan Asuhan Persalinan Normal (JNPK-KR, 2008), pasien tidak dianjurkan untuk pemasangan infus. Hal ini tidak sesuai dengan 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal. Jam 20.00 wib pasien di pasang infus RL yang di campur dengan oksitosin secara drips.

Pada asuhan kala II ada kesenjangan antara teori dan praktek, sesuai dengan teori (JNPK-KR, 2008) yaitu penggunaan alat pelindung diri, penolong hanya menggunakan celemek, sepatu boot, dan sarung tangan. Hal ini tidak sesuai dengan APD yang dianjurkan dalam 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal karena tidak tersedia peralatan yang lengkap.

Pada asuhan kala III yaitu lakukan MAK III setelah adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, tali pusat semakin memanjang, adanya semburan



darah tiba-tiba, fundus menjadi globular. Hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek (Jenny J.S 2013).

Pada asuhan kala IV yaitu melakukan pengawasan selama 2 jam post partum ini sesuai dengan asuhan persalinan normal. Hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek hal (Jenny J.S 2013).

### **Langkah VII: Evaluasi Asuhan Kebidanan**

Menurut Rohani dkk. (2012) di dalam evaluasi hasil yang diharapkan : keadaan umum baik, tanda-tanda vital kembali normal, plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap, perdarahan dapat teratasi, syok haemoregik tidak terjadi, kontraksi uterus baik, dan ibu merasa nyaman. Pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan hasil antara lain, keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TTV dalam batas normal, bayi lahir jam 23.15 wib dengan BB : 2700 gram, PB : 49 cm, Jenis Kelamin : Laki-laki, menangis spontan, Jam 23.25 wib plasenta lahir lengkap, Kotiledon 20 buah tidak ada selaput yang robek, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, ada robekan di jalan lahir dan sudah di heacting 4 jahitan, tidak terjadi perdarahan, bayi sudah IMD dan sudah diberikan HB0, serta diagnosa potensial tidak terjadi.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

## BAB V

### PENUTUP

Setelah penulis membahas asuhan kebidanan pada Ibu Bersalin Pada Ny. S umur 24 tahun PIAO dengan usia kehamilan 37 minggu 2 hari dengan persalinan normal di Klinik Pratama Bunda Tessa Tahun 2017. Maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### A. Kesimpulan

1. Pengkajian yang dilakukan terhadap Ny.S di Klinik Pratama Bunda Tessa berdasarkan data subjektif dan objektif. Data subjektif yang didapat yaitu : ibu mengatakan ini kehamilan pertama, belum pernah keguguran. Ibu mengatakan nyeri pada punggung yang menjalar hingga ke perut bagian bawah serta adanya pengeluaran cairan dari vagina yaitu darah bercampur dengan lendir dan data objektif keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV dalam batas normal, dan dilakukan pemeriksaan pemeriksaan Leopold : terdapat bokong di fundus, pada sisi kiri perut ibu terdapat punggung, bagian terbawah kepala, sudah masuk PAP, DJJ kuat, teratur, pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm. Pada saat pemeriksaan dalam pukul 22.45 wib pembukaan sudah lengkap dan ketuban pecah spontan serta ada dorongan yang kuat untuk mendedan. Kepala sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm dan ibu ingin meneran. Pukul 23.15 wib, bayi

lahir spontan, segera menangis dengan letak belakang kepala, jenis kelamin Laki-laki, BB 2700 gram dan PB 49 cm, kemudian segera membersihkan jalan nafas, namun terdapat perdarahan pada jalan lahir ditemukan robekan derajat II. Pukul 23.25 wib Plasenta lahir lengkap dengan selaputnya jumlah kotiledon 20 buah. Terdapat laserasi jalan lahir grade II dan dilakukan heacting, jumlah jahitan empat jahitan. Tekanan darah 120/70 mmH., TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, pengeluaran darah dalam batas normal.

2. Diagnosa kebidanan pada ibu bersalin pada Ny.S usia 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal yang didapat dari data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian, disertai masalah yang dialami oleh Ny.S adalah ibu mengatakan mengeluarkan lendir bercampur darah serta nyeri yang menjalar ke perut, sehingga membutuhkan informasi tentang keadaannya, informasi tentang tindakan yang akan dilakukan, pemenuhan kebutuhan cairan, melaksanakan pertolongan persalinan sesuai APN.
3. Tidak ditemukan diagnosa potensial dalam asuhan kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 karena dari pengumpulan data dan penginterpretasian data dari kala I sampai kala IV semuanya masih dalam batas normal, akan tetapi tetap dilakukan pemantauan kemajuan persalinan karena setiap persalinan adalah beresiko.

4. Tindakan segera dalam asuhan kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 tidak ada karena saat pengkajian keadaan ibu dalam kategori normal ditunjukkan dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
5. Rencana asuhan kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 dimana pada kala I yaitu informasi hasil pemeriksaan, mobilisasi, teknik relaksasi, nutrisi, motivasi, observasi TTV, His, dan DJJ, dan kemajuan persalinan, persiapan ruangan, alat partus, dan persiapan ibu dan bayi, dan dokumentasi. Perencanaan yang dibuat pada kala II adalah informasi hasil pemeriksaan, alat pelindung diri (APD), motivasi dan dukungan, dehidrasi, posisi bersalin, cara meneran, posisi handuk dan underpad/duk bokong, dekatkan alat-alat, pimpinan persalinan secara APN, keringkan dan hangatkan bayi. Perencanaan yang dibuat pada kala adalah informasi hasil pemeriksaaan, palpasi uterus, kosongkan kandung kemih, manajemen aktif kala III (suntik oksitosin, PTT, masase fundus uteri), observasi tanda-tanda pengeluaran plasenta, lahirkan plasenta, periksa plasenta, nilai perdarahan. Perencanaan yang dibuat pada kala IV adalah informasi hasil pemeriksaan, penjahitan pada luka robekan jalan lahir, pastikan kontraksi uterus baik, pemantauan kala IV, nutrisi, istirahat, kebersihan, bounding attachment, lengkapi partograf, dan dokumentasi asuhan kebidanan.

6. Pelaksanaan asuhan sesuai dengan yang telah direncanakan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 adalah dilakukan dengan sesuai dengan rencana tindakan sesuai kala I-IV, perbaikan jalan lahir, pemasangan infus, dan pemantauan perdarahan .
7. Evaluasi asuhan pada Ny.S umur 24 tahun PIA0 dengan persalinan normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 dengan hasil antara lain : keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TTV dalam batas normal, bayi lahir jam 23.15 wib dengan BB : 2700 gram, PB : 49 cm, Jenis Kelamin : Laki-laki, menangis spontan, Jam 23.25 wib plasenta lahir lengkap, Kotiledon 20 buah tidak ada selaput yang robek, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, ada robekan di jalan lahir dan sudah di heacting 4 jahitan, tidak terjadi perdarahan, bayi sudah IMD dan sudah diberikan HB0, serta diagnosa potensial tidak terjadi.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis dapat menyimpulkan saran sebagai berikut:

### **1. Bagi Institusi Program Studi DIII-Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Diharapkan laporan tugas akhir sebagai acuan untuk membimbing mahasiswa terjun ke lahan praktek dengan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan memantau kinerja mahasiswa di lahan praktek, melalui bimbngan secara intensif.

## **2. Bagi Institusi Kesehatan (BPS)**

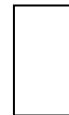
Diharapkan klinik dan petugas kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani proses persalinan normal, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di institusi kesehatan.

## **3. Bagi Klien**

Diharapkan dengan dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan asuhan persalinan normal, klien mengerti dalam komplikasi yang terjadi dan segera mendapat penanganan.

## **4. Bagi Penulis Berikutnya**

Diharapkan penulis berikutnya yang melakukan praktek klinik kebidanan mempersiapkan diri dengan banyak membaca dari beberapa referensi dan menyediakan alat yang diperlukan untuk melakukan asuhan kebidanan.



## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*.
- Fraser, H dan Cooper. 2009. *Myles textbook for midwives*. Jakarta : EGC.
- Handoko. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Ke-2*. Yogyakarta. Penerbit : BPFE.
- Hidayat, Aziz. 2007. *Pengantar Konsep dasar Keperawatan. Edisi Ke-2*. Jakarta : Salemba Medika.
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*.
- JNPK-KR. 2013. *Asuhan Persalinan Normal*.
- Johariyah. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : TIM.
- Mochtar, Rustam. 2008. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Mufdillah, dkk. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nursalam. 2007. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Edisi ke-2*. Jakarta : Salemba Medika
- Rohani, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan pada masa persalinan*. Jakarta : Salemba Medika
- Saiffudin Bari Abdul. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Sari, Eka Puspita dan Kurnia Dwi Rimandidni. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. Jakarta : Trans Info Media
- Sulisyawati, Ari dan Esti Nugraheny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. Jakarta : Trans Info Media
- Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga
- Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Jakarta : Fitramaya
- Prawirohardjo, Sarwono. 2007. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

PMK No.1464 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.pdf diunduh tanggal May 15, 2017, 7:00:32 PM

Varney. 2010. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

Varney. 2012. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

<http://jurnal.ismiyati%20publikasi.com/pdf>. Judul : Faktor yang mempengaruhi Perilaku Penerapan Asuhan Persalinan Normal Pada Bidan di wilayah Kerja Puskesmas Bantul Tahun 2010 diunduh tanggal May 10, 2017, 7:19:34 PM

<http://joernal.2c84804f92f252495a694f4ef19b992.com/pdf>. Judul: Sikap Profesional Bidan dalam Penerapan Standar Asuhan Persalinan Normal di RSUD Harapan Insan diunduh tanggal May 10, 2017, 7:11:12 PM

<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf> Judul : Profil Kesehatan Indonesia 2014 diunduh tanggal May 16, 2017, 7:41:02 PM

<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2015.pdf> Judul : Profil Kesehatan Indonesia 2015 diunduh tanggal May 16, 2017, 7:41:14 PM

<http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik-2015.pdf> judul: Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 diunduh tanggal May 09, 2017, 11:37:46 AM



## FORMULIR

## SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 29 April 2017

Kepada Yth :  
Ketua Program Studi DIII-Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan  
Anita Veronika, S.SiT., M.KM  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Steffi Ayu Sari Br. Siregar

Nim : 022014060

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Klinik Bunda Tessa

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. S usia 24 tahun PIA0 dengan Persalinan  
Normal di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017

Hormat Saya,



(Steffi Ayu Sari Br. Siregar)

Disetujui Oleh :

Dosen Pembimbing

Diketahui Oleh :

Koordinator LTA



(Flora Naibaho, S.ST., M.Kes)



( )

# SANTA ELISABETH MEDAN

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang  
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131  
E-mail : stikes.elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 1 Februari 2017

Nomor : 131/STIKes/Klinik/II/2017

Jumlah : 2 (dua) lembar

Untuk : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan

Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Ke Yth.:

Klinik / RB : *klinik Bunda terra*

Di tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan karena mahasiswa Tingkat III Semester VI Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan III, maka melalui surat ini kami memohon kesediaan dan bantuan Ibu agar kiranya berkenan menerima, membimbing dan memberikan penilaian terhadap praktek yang dilaksanakan oleh mahasiswa tersebut dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan di klinik/rumah bersalin yang Ibu pimpin.

Praktek tersebut dimulai tanggal 6 Februari – 1 April 2017, yang dibagi dalam 2 (dua) gelombang, yaitu :

1. Gelombang I : tanggal 06 Februari – 04 Maret 2017

2. Gelombang II : tanggal 06 Maret – 01 April 2017

Daftar nama mahasiswa terlampir.

Semua kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa adalah:

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal sebanyak 30 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal sebanyak 20 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui sebanyak 20 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada BBL 20 sebanyak kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana Pasangan Usia Subur dengan metode sebanyak 20 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi/Balita dan Anak Prasekolah sebanyak 50 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Maternal sebanyak 10 kasus

Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Neonatal sebanyak 10 kasus

Sehubungan permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Demikian kami,

Kes Santa Elisabeth Medan

Manana Br Karo, S.Kep.Ns.,M.Kep

**PARTOGRAF**

No. Registrasi:    Nama Ibu: Ny. S Umur: 29 th  
 No. Puskesmas:    Tanggal: 30 Maret 2017 Jam: 13.00 WIB G: 1 P: 0 A: 0  
 Ketuban pecah sejak jam: 28.45 WIB Mules sejak jam: 08.00 WIB

Denyut Jantung Janin ( /menit)

Alir ketuban Penyusutan

Penbidasan serviks (cm) berskala X

Tunapnya kramah berskala 0

Waktu (jam)

Intiraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin: Protein, Aseton, Volume

Minum

Gambar : Partograf (halaman depan)

Kala Satu Persalinan



ST

Gambar . . . : Halaman Belakang Partograf

1.2.9. PENUNTUN BELAJAR ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan menggunakan skala sbb:

0. Perlu perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar  
 1. Mampu : Langkah benar dan berurutan, tetapi kurang tepat perlu membantu atau mengingatkan hal-hal kecil yang tidak terlalu berarti.  
 2. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tanpa perlu bantuan dengan sesuai urutan.

KOMPONEN PERSALINAN NORMAL			
LANGKAH / TUGAS	NILAI		
	0	1	2
<b>A. MENYIAPKAN PERALATAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>			
Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan, yaitu :		✓	
♦ SAFE 1 :			✓
1. Korentang steril			
2. Air DTT dalam kom kecil			
3. Kapas DTT ( kapas kering untuk injeksi + kapas cebok)			
4. Gaas steril dalam wadah			
5. Obat- obatan : sintocinon, metergin, Vit K 1, HB0, betadine, lidokain, Salep mata			
6. Bak Instrumen Partus berisi			
➤ Handscoen : 3 pasang			
➤ Gaas : 5 Buah			
➤ Tali Pusat : 1-2 Buah			
➤ Arteri Klem : 2 Buah			
➤ Gunting Pusat : 1 Buah			
➤ ½ Koher : 1 Buah			
➤ Gunting Epis (untuk Primigravida) : 1 Buah			
➤ Duk Stenen / Kain Segitiga : 1 Buah			
7. Spuit 3 cc dan 5 cc : 3 Pcs			
8. Stetoscope Monoral : 1 Buah			

9. DTT dan Klorin 0,9% Spray 10. Cateter (Kalau Perlu) 11. Wadah Penampung spuit dan ampul dari infus : 2 Buah 12. Deley (Penghisap lendir dalam wadah): 1 Buah 13. Nierbeken : 1 Buah 14. Lampu Sorot 15. Pita Ukur			
<b>SAFE II</b>			
1. Air Klorin dalam wadah 2. Air DTT dalam wadah 3. Hecting Set <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nald heacting : 2 buah</li> <li>• Nald folder : 1 buah</li> <li>• Pinset anatomi : 1 buah</li> <li>• Pinset chirurgis : 1 buah</li> <li>• Gunting heacting : 1 buah</li> <li>• Kain kassa : secukupnya</li> <li>• Tampon vagina : 1 buah</li> <li>• Stend doek bolong : 1 buah</li> <li>• Handscoon : 1 pasang</li> </ul> 4. Vital Sign (Tensimeter, Stetoscope, Thermometer) 5. Persiapan Infus 6. Washlap : 2 Buah 7. Piring plasenta yang dilapisi plastik		✓	
<b>SAFE III</b>			
4. Sepatu Bot 5. Keranjang berisi kain dan Barrier Protection, susunannya: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Kain Bedong penutup ibu</li> <li>➢ Alat Barrier protection</li> <li>➢ Handuk penampung bayi</li> <li>➢ Underpad</li> <li>➢ Kain bedong</li> <li>➢ Topi bayi / perlengkapan bayi</li> <li>➢ Handuk / selimut bayi</li> <li>➢ Kain bedong untuk MAK III</li> </ul>			✓



<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kain panjang</li> <li>➤ Softek / celana dalam ibu</li> <li>➤ Baju Ibu</li> </ul>			
6. Resusitasi Set			
<b>Dibawah Ginekologi Bed:</b>			
1. Keranjang sampah basah dan kering yang di lapisi plastik hitam dan kuning : 2 Buah			
2. Ember berisi larutan klorin dan air detergen : 2 Buah			
<b>Alat lain :</b>			
1. Timbangan + Alat pengukur Panjang Bayi			
<b>II. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA</b>			
1. Melihat tanda kala dua persalinan			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran</li> <li>➤ Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina</li> <li>➤ Perineum tampak menonjol</li> <li>➤ Vulva dan sfingter ani membuka</li> </ul>			✓
<b>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>			
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.			
Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat</li> <li>• 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)</li> <li>• Alat penghisap lender</li> <li>• Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi</li> </ul>			
Untuk ibu :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggelar kain di perut bawah</li> <li>• Menyiapkan oksitoksin 10 unit</li> <li>• Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set</li> </ul>			
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan			✓

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai / pribadi yang bersih dan kering.			✓
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam			✓
6. Masukkan oksitoksin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik )			✓
<b>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP &amp; KEDAAAN JANIN BAIK</b>			
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang</li> <li>• Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</li> <li>• Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5 % langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah lanjutan</li> </ul>			✓
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan lengkap maka lakukan amniotomi</li> </ul>		✓	
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di larutan klorin 0,5% selama 10 menit. cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan			✓
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/mnt) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf</li> </ul>			✓
<b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN</b>			



11. Beritahukan ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.</li> </ul>			✓
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran, jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.			✓
13. Laksanakan Bimbingan meneran saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbing ibu agar dapat meneran secara enar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai</li> <li>• Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)</li> <li>• Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi</li> <li>• Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)</li> <li>• Menilai Djj setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>• Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq 120</math> menit ( 2 jam) pada primigravida atau <math>\geq 60</math> menit (1 jam) pada multigravida.</li> </ul>			✓
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.			✓
<b>1. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>			
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm			✓
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, sebagai alas bokong ibu			✓
17. Buka partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan			✓
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan			✓

2. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI			
Lahirnya Kepala			
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 <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal			✓
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi <i>Perhatikan !</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut</li> </ul>			✓
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan			✓
Lahirnya Bahu			
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.			✓
Lahirnya Badan dan Tungkai			
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.			✓
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar er temu dengan jari telunjuk)			✓
3. ASUHAN BAYI BARU LAHIR			
25. Lakukan penilaian (selintas) :			✓
a. Apakah bayi cukup bulan?			

<b>2. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>			
<b>Lahirnya Kepala</b>			
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 <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal			✓
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi <i>Perhatikan !</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut</li> </ul>			✓
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan			✓
<b>Lahirnya Bahu</b>			
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.			✓
<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>			
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.			✓
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar eremu dengan jari telunjuk)			✓
<b>3. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b>			
<b>25. Lakukan penilaian (selintas) :</b>			
a. Apakah bayi cukup bulan?			✓



b. Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernafas tanpa kesulitan?			
c. Apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia) Nilai semua jawaban adalah "YA", lanjut ke -26			
<b>26. Keringkan tubuh bayi</b> Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu			✓
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil Tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli)			✓
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik Oxytosin agar uterus berkontraksi baik.			✓
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan Oksitosin 10 unit secara IM di sepertiga distal lateral paha (Lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin.)			✓
30. Setelah 2 menit sejak bayi(cukup bulan) lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.		✓	
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat <ul style="list-style-type: none"> <li>Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut</li> <li>Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya</li> <li>Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan</li> </ul>			✓
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu.			✓

<ul style="list-style-type: none"> <li>Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi</li> <li>Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam</li> <li>Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.</li> <li>Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam bayi sudah berhasil menyusu.</li> </ul>				
<b>4. MANAJEMEN AKTIF PERSALINAN KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)</b>				
33. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva				✓
34. Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut bawah ibu, (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.				✓
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati( untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan peregang tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas. a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.				✓
<b>Mengeluarkan Plasenta</b>				
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu boleh meneran tetapi tali pusat anyar ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi ) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)</li> <li>Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva .</li> <li>Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregang tali pusat selama 15 menit :</li> </ul>				✓

1. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM			
2. Lakukan katektisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.			
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan			
4. Ulangi tekanan dorso-kranial dan peregang tali pusat 15 menit berikutnya			
5. Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta			
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.			✓
• Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan selaput yang tertinggal			
Rangsangan Taktil (Masase) Uterus			
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).		✓	
• Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta detik setelah rangsangan taktil/masase)			
IX. MENILAI PERDARAHAN			
39. Periksa kedua sisi plasenta(maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.			✓
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi ang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan			✓
X. ASUHAN PASCA PERSALINAN			
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam		✓	



42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tisu atau handu pribadi yang bersih dan kering.			✓
<b>EVALUASI</b>			
43. Pastikan kandung kemih kosong		✓	
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi			✓
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah			✓
46. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik		✓	
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.</li> <li>• Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan</li> <li>• Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu bayi dalam satu selimut.</li> </ul>			✓
<b>Kebersihan dan Keamanan</b>			
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi			✓
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai			✓
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering			✓
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu Ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya			✓
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%			✓
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit			✓
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan			

## Persiapan Persalinan



Disusun Oleh:  
Steffi Ayu Siregar  
022014060



PROGRAM DIII – KEBIDANAN  
STIKES SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2017

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan ibudankeluarganya.

Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal dan merupakan kejadian yang sehat.

Persiapan persalinan yaitu suatu tahap dalam masa persalinan, dimana semua wanita akan menyadari keharusan untuk melahirkan anaknya. Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan.

### KAPAN IBU DAN KELUARGA MULAI MELAKUKAN PERSIAPAN PERSALINAN .....

Saat merencanakan untuk hamil. Selama kehamilan.

Dalam melakukan persiapan persalinan ini dapat secara bertahap, agar tidak terasa terlalu berat.

Sangat dianjurkan persiapan telah lengkap pada usia kehamilan 8 bulan.

## Persalinan

Tanyakan kepada bidan atau dokter tanggal persalinan persalinan.

Suami dan keluarga mendampingi ibu hamil saat pemeriksaan.



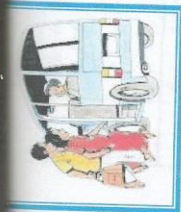
Siapkan tabungan untuk biaya



## TABULIN

(Tabungan Ibu Bersalin)





Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan untuk pergi ke fasilitas kesehatan.

### Rencana Melahirkan

Rencanakan melahirkan ditolong oleh Bidan atau Dokter di fasilitas kesehatan.

PUSKESMAS ?  
RUMAH SAKIT ?  
RUMAH BERSALIN ?

Siapkan orang yang bersedia menjadi donor darah jika sewaktu-waktu diperlukan.

Lakukan persiapan bagi ibu yaitu : gurita ibu, kain panjang / sarung, pakaian, BH untuk menyusui, pembalut wanita, handuk, celana dalam, waslap, alat mandi, perlak lebar, pengalas, dan lain-lain. Lakukan persiapan bagi bayi

yaitu :  
Pakaian bayi, sarung tangan dan kaki, kain bedong, kain pengalas, perlak bayi, waslap, alat-alat mandi, handuk, bedak, baby oil, kasa steril, tempattidur, selimut dan lain-lain.








Jadilah Suami SIAGA yang selalu menemani dan mendampingi ibu selama kehamilan dan persalinan.

### Rencanakan Keluarga Berencana (KB)

Rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB). Tanyakan caranya kepada petugas kesehatan.


Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai serta tepat waktu.

2. Konsultasi Perbaikan / Penelitian

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	Selasa, 23 Mei 2016	Mentari BAP, ST	- Pembahasan EYP - Perbaikan Pembahasan BAB IV - Pembahasan BAB V	
2	Rabu, 24 Mei 2016	Mentari BAP, ST	- Pembahasan Amgahan BAB IV - Pembahasan BAB V di rumah	
3	Kamis, 25 Mei 2016	R. Oktaviana S. ST, M. Kes	- Perbaiki BAB IV c Tabel, Daftar Pustaka - Pembahasan BAB II (Via email)	
4	Juma, 26 Mei 2016	R. Oktaviana S. ST, M. Kes	Perbaiki penulisan EYP Perbaiki Daftar Pustaka dan Pembahasan Jurnal	
5	Rabu 24 Mei 2016	R. Oktaviana S. ST, M. Kes		

### III. KEGIATAN KONSULTASI

#### 1. Konsultasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / KTI)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	Kamis, 25 Mei 2017	Fiora Nabaho ST, M.Kes	Revisi ETD, skripsi, Daftar pustaka; Pembahasan Bab III	
2	Jabtu, 27 Mei 2017	Fiora Nabaho ST, M.Kes	Revisi ETD Pembahasan / Revisi Bab IV Lampiran Lampiran sesuai prosedur KTI	