

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. M. USIA 33 TAHUN
G₄P₃A₀ USIA KEHAMILAN 44 MINGGU DENGAN POST MATUR
DI RS SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh :

**MELISA ELISABETH SINAGA
022015043**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. M USIA 33 TAHUN
G₄P₃A₀ USIA KEHAMILAN 44 MINGGU DENGAN POST MATUR
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Melisa Elisabeth Sinaga
Nim : 022015043**

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program Studi
Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

Pembimbing : Merlina Sinabariba, SST., M.Kes

Tanggal : 19 MEI 2018

Tanda Tangan: 

Mengetahui

**Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita Veronika, S.SiT, M.KM



PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan



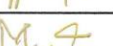
Nama : Melisa Elisabeth Sinaga
NIM : 022015043
Judul : Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. M Usia 33 Tahun G₄P₃A₀
Usia Kehamilan 44 Minggu Dengan Post Matur Di Rumah Sakit
Santa Elisabeth Batam Tahun 2017

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Selasa, 22 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI :

Penguji I : Aprilita Sitepu, SST
Penguji II : Ermawaty A. Siallagan, SST., M.Kes
Penguji III : Merlina Sinabariba, SST., M.Kes

TANDA TANGAN



Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan
(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)



Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns. M.Kep)

CURICULUM VITAE



Nama : Melisa Elisabeth Sinaga

Tempat/ Tanggal Lahir : Medan, 06 Januari 1998

Agama : Katolik

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. Pintu Air IV Gg. Ginting No. 3

Pendidikan

1. SD : SDN 060938 Medan
2. SMP : SMP NEGERI 21 MEDAN
3. SMA : SMK NEGERI 7 MEDAN
4. D-III : Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Angkatan 2015

Lembar persembahan ini ku persembahkan untuk wanita terhebatku 😊

Mak, mungkin aku bukan anak yang baik, anak yang penurut dan bukan juga anak yang bisa selalu membuatmu tersenyum.

Aku juga mungkin anak yang sering menyusahkan mu mak, tapi walaupun seperti itu, kau tak pernah mengeluh sedikit pun tentang semuanya.

Kau selalu menemani setiap langkahku, dan selalu menyemangati perjalanan hidupku.

Tidak jarang aku merepotkanmu dengan segala keluhanku, tetapi kau selalu mengingatkanku dengan perjuanganmu menjadi orangtua tunggal untuk kami.

Percayalah mak, memilikimu adalah anugerah bagiku, dan membuatmu bahagia adalah hal terindah untukku.

Motto : Sama seperti anak manusia datang bukan untuk dilayani, melainkan untuk melayani dan untuk memberikan nyawanya menjadi tebusan bagi banyak orang (Matius 20:28)



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan Post Matur di RS Santa Elisabeth Batam tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya 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 2018

Yang membuat pernyataan


6000
ENAM RIBURUPIAH
(Melisa Elisabeth Sinaga)

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. M. USIA 33 TAHUN
G₄P₃A₀ USIA KEHAMILAN 44 MINGGU DENGAN POST MATUR
DI RS SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017¹**

Melisa Elisabeth Sinaga² Merlina Sinabariba³

INTISARI

Latar belakang : Di Indonesia angka kejadian kehamilan lewat waktu kira kira 10% bervariasi antara 10,4 – 12% apabila diambil batas waktu 42 minggu dan 3,4–4% apabila diambil dalam batas waktu 43 minggu. Istilah lewat bulan digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin.

Tujuan : Penulisan laporan tugas akhir ini untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan post matur.

Metode : Laporan ini menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan post matur dilaksanakan pada tanggal 11 Desember 2017 di RS Santa Elisabeth Batam

Hasil : Dari hasil penyusunan laporan tugas akhir ini mendapatkan gambaran dan pengalaman nyata dalam pembuatan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan post matur. Dari hasil pelaksanaan asuhan kebidanan mulai dari pengumpulan data, interpretasi data, diagnosa potensial, tindakan segera, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi pada ibu bersalin dengan persalinan post matur di RS Santa Elisabeth Batam telah dilaksanakan dan pada ibu dilakukan tindakan SC..

Kesimpulan : Persalinan post matur 10% dikarenakan ibu lupa akan tanggal HPHT, sehingga sulit untuk menentukan secara tepat ovulasi. Bidan berperan untuk mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan rutin selama kehamilannya.

Kata Kunci : Persalinan Post Matur

Referensi : 17 Referensi (2006 - 2018)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON Mrs. M 33 YEARS OLD G₄ P₃ A₀ AGE OF
PREGNANCY 44 WEEKS WITH POST MATURE AT SAINT
ELISABETH HOSPITAL BATAM
YEAR 2017¹**

Melisa Elisabeth Sinaga² Merlina Sinabariba³

ABSTRACT

The Background: in Indonesia, the incidence rate of maternity post date a time of about 10% varies between 10,4 – 12% when taken from the 42 week time limit and 3,4 – 4% when taken within the 43 week time limit. The postmature term is used because it does not directly state the understanding of length of pregnancy and the maturity of the fetus

Objective: The writing of this final report is to gain real experience in implementing maternal midwifery care with postmature maternity.

The Method: This report used the midwifery management approach. Maternal midwifery care with postmature maternity was conducted on 11 December 2017 at Elisabeth Hospital in Batam

Result: From the result of this final project report gets real picture and experience in the making of midwifery care in the maternal mother with postmature maternity. From the results of implementation of midwifery care starting from data collection, data interpretation, potential diagnosis, immediate action, action plan, implementation and evaluation on maternity mothers with postmature maternity in Elisabeth Hospital Batam has been implemented.

Conclusions: postmature maternity is 10% because the mother forgot the date of HPHT, so it is difficult to determine ovulation exactly. Midwife plays a role to remind mothers to make regular visits during pregnancy.

Keywords: Post date Maternity

References: 14 Books, 2 PDFs, 1 Journal

¹ Title of final report

² Midwifery student of STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. M. Usia 33 Tahun G₄P₃A₀ Usia Kehamilan 44 Minggu Dengan Post Matur Di RS Santa Elisabeth Batam Tahun 2017”** Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi Diploma 3 Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka penulis mohon kiranya pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dan berharga dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Kaprodi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing LTA penulis yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Aprilita Sitepu, S.ST selaku Dosen Pembimbing Akademik penulis yang telah banyak meluangkan waktu serta perhatian untuk membimbing dan mengarahkan penulis selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Aprilita Sitepu, S.ST dan Ermawaty Arisandi Siallagan, S.ST., M.Kes selaku dosen penguji Laporan Tugas Akhir yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan mengoreksi serta memberi masukan, kritik dan saran terhadap hasil Laporan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh staff dosen, karyawan-karyawati pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di program studi D3 kebidanan baik teori maupun praktek.
7. Kepada Bidan/ Dokter yang berada di RSE Batam yang sudah memberi nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani praktik klinik di RSE Batam.
8. Kepada Ny. M yang telah bersedia menjadi pasien Laporan Tugas Akhir

9. Ucapan terimakasih terdalam dan rasa hormat kepada ibunda tercinta Hilderia Sigalingging dan ayahnda Yudo Sinaga. Kepada abang Agustinus Yulianto Sinaga dan kakak Tanty Ritanho yang telah memberi doa, semangat dan dukungan baik moril maupun material kepada penulis sehingga saya dapat menyelesaikan laporan ini..

10. Ucapan terima kasih bagi saudara Kristina Sagala dan Yulian Sari Nababan, adik Feronika Simanullang dan Inri Simatupang yang telah memberi doa, semangat dan dukungan kepada penulis.

11. Seluruh teman-teman program studi D3 Kebidanan angkatan 2015 yang banyak membantu penulis selama menempuh pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

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, Mei 2018



(Melisa Elisabeth Sinaga)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1.....	La
1.1.1 Latar Belakang	1
1.2.....	Tu
1.2.1 Tujuan Studi Kasus	6
1.2.1.1 Tujuan Umum.....	6
1.2.2.....	Tu
1.2.2.1 Tujuan Khusus	6
1.3.....	M
1.3.1 Manfaat Studi Kasus	7
1.3.1.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.3.2.....	M
1.3.2.1 Manfaat Praktis	8
 BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1.....	Pe
2.1.1 Persalinan	
2.1.1.1 Pengertian	9
2.1.1.2 Etiologi terjadinya persalinan	9
2.1.1.3 Pembagian Proses Persalinan.....	12
2.1.1.4 Partograf.....	18
2.1.1.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan	27
2.1.1.6 Perubahan Psikologis pada ibu bersalin.....	28
2.1.1.7 Proses Adaptasi dan perubahan kebutuhan dasar	29
2.1.1.8 Asuhan Persalinan Normal	29
2.1.1.9 Deteksi Dini Komplikasi	40
2.2 Persalinan Post Matur	

2.2.1 Pengertian	42
2.2.2 Etiologi.....	43
2.2.3 Fisiologi/Patofisiologi.....	44
2.2.4 Diagnosis persalinan post matur	45
2.2.5 Tanda dan Gejala	46
2.2.6.....	K
ompikasi persalinan post matur.....	46
2.2.7 Penangan persalinan post matur	50
2.2,8 Pencegahan	53
2.2.9.....	Ti
njauan umum tentang bayi baru lahir	54
2.2.10 Induksi Persalinan.....	56
2.3 Teori Manajemen Asuhan Kebidanan	
2.3.1 Pengertian manajemen kebidanan.....	60
2.3.2 Proses manajemen kebidanan	61
2.3.3 Data Perkembangan (SOAP)	68

BAB 3 STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus	69
3.2 Tempat dan waktu studi kasus	69
3.3 Subjek studi kasus.....	69
3.4 Metode pengumpulan data.....	69
3.5 Pengolahan Data	75

BAB 4 TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus	76
4.2 Pembahasan	99

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	107
5.2 Saran	108

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Daftar tabel

	Halaman
2.1 Derajat luas robekan perineum.....	17
2.2 Skor Bishop	58

Daftar Gambar

	Halaman
2.1 Posisi – posisi meneran	15
2.2 Partograf	26

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat permohonan Ijin Studi Kasus
3. *Informed Consent* (Lembar persetujuan Pasien)
4. Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan acuan dalam perundingan Negara-negara dunia untuk melanjutkan pembangunan paska *Millenium Development Goals (MDG's)* yang sudah mencapai tahap akhir di tahun 2015. SDGs ini tidak terpisah dari pencapaian MDGs. SDGs merupakan bentuk penyempurnaan dari MDGs. Bentuk penyempurnaan tersebut menurutnya dilakukan melalui sejumlah pendekatan yang di pandang perlu dengan melibatkan peran aktif warga dunia untuk terciptanya kepentingan global yang lebih luas. (SDG's, 2015).

Maka target *Sustainable Development Goals (SDGs)* pada tahun 2030 yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 kelahiran hidup. (SDG's, 2015).

Menurut laporan WHO tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di negara-negara berkembang pada tahun 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup versus 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju (WHO, 2015).

Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia pada tahun 2016 yaitu 2.614 ribu jiwa. Amerika Serikat yaitu 114 ribu jiwa, Afrika 9930 ribu jiwa, dan Asia Tenggara 817 ribu jiwa. Eropa yaitu 57 ribu jiwa Angka kematian bayi di negara-

negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, (WHO, 2016).

Di Indonesia angka kejadian kehamilan lewat waktu kira kira 10% bervariasi antara 10,4 – 12% apabila diambil batas waktu 42 minggu dan 3,4 – 4% apabila diambil dalam batas waktu 43 minggu. Istilah lewat bulan digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin (Freddy, 2016).

Angka kematian ibu saat melahirkan di Batam tergolong masih tinggi. Data 2017, dari seratus ribu kelahiran, angka kematian ibu jumlahnya hampir mencapai 300 kematian. Jumlah angka kematian ibu melahirkan di Batam ini hampir sama atau mendekati jumlah angka kematian ibu secara nasional. Mayoritas ibu yang meninggal ini adalah pasien rujukan dari pulau-pulau yang terlambat ditangani. Saat dirujuk ke rumah sakit di Batam, si ibu yang hendak melahirkan ini sudah meninggal dunia. (Batampos, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP H.adam malik pada tahun 2016, terdapat persalinan sebanyak 1512, dan persalinan dengan umur kehamilan lewat waktu sebanyak 519 (Elizawarda, 2016)

Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam menilai kesehatan suatu bangsa. Oleh sebab itu, melalui pembuatan berbagai program kesehatan, pemerintah berupaya keras menurunkan angka kematian ibu dan bayi, contohnya adalah dengan upaya Gerakan Sayang Ibu, *Safe Motherhood*, dan penempatan bidan di berbagai desa. Pelaksanaan berbagai program kesehatan

tersebut sangat membutuhkan sumber daya manusia yang kompeten agar dapat mencapai tujuannya, terutama bidan. (Khanna, 2014)

AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dll di setiap 100.000 kelahiran hidup. Tingginya AKI di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa hal yang lebih dikenal dengan istilah 4 terlalu dan 3 terlambat, yakni terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, terlalu sering melahirkan, terlambat dalam mencapai fasilitas kesehatan, terlambat mendapat pertolongan, serta terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan. (Anna, 2015)

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini.

Kehamilan post matur mempunyai hubungan erat dengan mortalitas, morbiditas perinatal, ataupun makrosomia. Sementara itu, resiko bagi ibu dengan kehamilan post matur dapat berupa perdarahan pascapersalinan ataupun tindakan obstetrik yang meningkat. (Sarwono, 2010)

Kematian janin akibat kehamilan lewat waktu ialah 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan, dan 15 % post natal. Penyebab utama kematian perinatal ialah hipoksia dan aspirasi mekonium.

Penyebabnya adalah dalam menentukan usia kehamilan. Perlu diingat bahwa para ibu sebanyak 10% lupa akan tanggal haid terakhir, sehingga sulit

untuk menentukan secara tepat saat ovulasi. Kekhawatiran dalam menghadapi kehamilan lewat waktu adalah meningkatkan resiko kematian perinatal. Resiko kematian perinatal kehamilan lewat waktu dapat menjadi 3 kali lipat dibandingkan kehamilan aterm. Sehingga komplikasi yang akan lebih sering terjadi seperti defleksi, posisi oksiput posterior, distosia bahu dan perdarahan post partum (wiknjosastro, 2016)

Resiko persalinan lewat waktu sulit dipastikan dan menjurus pada resiko kematian janin intrauterin. Pertolongan yang diberikan pada gangguan ini adalah dengan induksi oksitosin dan seksio sesarea. Induksi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun mendisional, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim, sehingga terjadi persalinan (Manuaba, 2014).

Bidan berperan penting sebagai ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan karena merupakan tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan wanita sebagai sasaran program. Oleh sebab itu, bidan perlu senantiasa meningkatkan kompetensinya, salah satunya dengan meningkatkan pemahaman mengenai asuhan kebidanan mulai dari wanita hamil hingga nifas serta asuhan kebidanan untuk kesehatan bayi.

Tugas bidan dalam perannya menurunkan AKI dan AKB adalah memberikan asuhan kebidanan ANC, INC, PNC, Bayi Baru Lahir, dan KB serta bimbingan terhadap kelompok remaja, masa pra nikah, pertolongan persalinan, melakukan pergerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, mahasiswi ikut berperan

serta dalam upaya menurunkan AKI dan AKB yaitu dengan memperdalam ilmu pengetahuan dan keterampilan salah satunya dengan praktek di Rumah Sakit guna mengasah dan melatih kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas dimasa kini dan masa yang akan datang (Saifuddin, 2010).

Sesuai dengan Visi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan sebagaimana diuraikan dalam kurikulum Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan **“Menghasilkan Tenaga Bidan yang Unggul dalam Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal Berdasarkan Daya Kasih Kristus yang Menyembuhkan Sebagai Tanda Kehadiran Allah di Indonesia Tahun 2022”**, maka dilakukan evaluasi dalam bentuk uji keterampilan atau kompetensi baik di laboratorium, dan dilahan praktek Rumah Saki. Pencapaian keterampilan atau kompetensi mahasiswa tersebut dalam mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana dan Asuhan Kebidanan Komunitas dilihat dengan memperhatikan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor setiap mahasiswa. Melalui penyusunan dan pengambilan kasus Laporan Tugas Akhir ini diharapkan pencapaian kompetensi mahasiswa tersebut dapat tercapai.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀ dengan Post Matur di RS Santa Elisabeth Batam.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan kebidanan kegawatdaruratan pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur dimana dilakukan dengan pendekatan 7 langkah varney.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.
- b. Mampu menginterpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.
- c. Mampu menetapkan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.
- d. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.
- e. Mampu merencanakan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. M Usia 33 Tahun $G_4P_3A_0$ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.

- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan pada Ny. M Usia 33 Tahun G₄P₃A₀ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.
- g. Mampu melakukan evaluasi hasil asuhan pada Ny. M Usia 33 Tahun G₄P₃A₀ Usia Kehamilan 44 Minggu dengan Post Matur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengaplikasikan konsep dan teori yang sudah didapat selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan secara langsung di lapangan khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan post matur.

1.3.2 Manfaat Praktis

- a. Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Sebagai bahan bacaan, masukan informasi yang dapat dipakai sebagai bahan penelitian, bahan ajar untuk meningkatkan pendidikan kebidanan dan sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa menguasai asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Persalinan Post Matur serta menambah wawasan mahasiswa-mahasiswi khususnya Program Studi D3 Kebidanan terutama yang berkaitan

dengan asuhan kebidanan kegawatdaruratan khususnya pada ibu bersalin dengan Persalinan Post Matur.

b. Institusi Kesehatan (RS Santa Elisabeth Batam)

Sebagai evaluasi bagi lahan praktek untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang lebih baik dalam memberikan asuhan kebidanan terutama pada ibu bersalin dengan persalinan post matur melalui pendekatan asuhan kebidanan 7 langkah Helen Varney.

c. Bagi Klien

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa diperlukan perhatian dan pemeriksaan pemantauan kesehatan pelayanan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan serta klien mendapatkan penanganan dalam persalinan post matur.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 . Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke luar dunia (Reni, 2011). 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. (Lydon, 2014)

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Persalinan (partus = *labor*) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lahir.

2.1.2 Etiologi Terjadinya 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.

a. Teori penurunan Progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai (Prawiroharjo, 2010). Terjadinya kontraksi otot polos

uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya. Tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- a) Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi
- b) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan
- c) 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
- d) Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan

b. Teori Keregangan

Ukuran uterus yang semakin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

c. Teori Oksitosin Interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dan mengubah tingkat sensitivitas otot rahim akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *braxton hicks*. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat.

Beberapa tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. Terjadinya His Persalinan

Sifat his persalinan adalah :

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c. Makin beraktivitas atau berjalan, kekuatan akan makin bertambah

2. Pengeluaran Lendir dengan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- a. Pendataran dan pembukaan
- b. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

3. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban diharapkan proses persalinan berlangsung kurang dari 24 jam.

4. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam:

- a. Pendataran serviks
- b. Pembukaan serviks

2.1.3 Pembagian Proses Persalinan

Tahap dari persalinan terdiri atas kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (pengawasan/ observasi/ pemulihan).

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm), proses ini terbagi dalam 2 fase :

Fase Laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm

Fase Aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm dimana kontraksi lebih kuat dan sering.

Fase aktif dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1) Fase akselerasi (percepatan)

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal (lengkung maksimal)

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi (perlambatan)

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam. (Jenny J.S. Sondakh, 2013:5)

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mencedan akibat tertekannya Fleksus Frankenhauser.
4. Kepala lahir seluruhnya diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
5. Setelah kepala putar paksi luar maka kepala akan segera dilahirkan
6. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

c. Kala III (kala pelepasan plasenta)

Kala II dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini.

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus mendorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

d. Kala IV (kala pengawasan/ observasi/ pemulihan).

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta samapai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi pada 2 jam pertama. Kehilangan darah saat persalinan disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, hal ini dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut :

1. Kontraksi rahim
2. Perdarahan
3. Kandung kemih
4. Luka-luka
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap
6. Keadaan umum ibu
7. Bayi dalam keadaan baik

Gambar 2.1 Posisi Meneran



(Jenny, 2013)

Asuhan pemantauan kala IV

Segera setelah plasenta lahir :

1. Lakukan rangsangan taktil (masase uterus) dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif.
2. Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari dibawah pusat.
3. Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan.
4. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
5. Evaluasi keadaan ibu.
6. Dokumentasi semua asuhan/temuan selama persalinan kala IV dihalaman 2 partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

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.

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

Derajat	Area Robekan
Derajat Satu	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum
Derajat Dua	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum
Derajat Tiga	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum • Otot sfingter ani
Derajat Empat	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum • Otot sfingter ani • Dinding depan rectum

(Jenny , 2013)

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.

2.1.4 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan (Depkes, 2008). Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan (Reni, 2011. Asuhan kebidanan pada masa persalinan).

a. Waktu pengisian partograf.

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

b. 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

Isi partograf antara lain:

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama dan umur.
 - b) Gravida, para, abortus.
 - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
 - a) Denyut jantung janin.
 - b) Warna dan adanya air ketuban.
 - c) Penyusupan(molase) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks.
 - b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
 - c) Garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Waktu dan jam
 - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 5) Kontraksi uterus
 - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.
 - b) Lama kontraksi (dalam detik).
- 6) Obat-obatan yang diberikan
 - a) Oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

7) Kondisi ibu

- a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
- b) Urin (volume, aseton atau protein).

c. Cara Pengisian Partograf

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 1) Denyut jantung janin : setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 3) Nadi : setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam.
- 7) 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 (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (*bradycardi*) atau diatas 160 permenit (*tachikardi*).

Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya

(2) Warna dan adanya air ketuban.

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

U : Selaput ketuban Utuh.

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban Jernih.

M : Air ketuban bercampur Mekonium.

D : Air ketuban bernoda Darah.

K : Tidak ada cairan ketuban/Kering.

(3) Penyusupan/molase tulang kepala janin.

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

0 : Sutura terpisah.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

c) Kemajuan persalinan.

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

(1)Pembukaan serviks.

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari 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 janin.

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

(3) Garis waspada dan garis bertindak.

(a) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.

(b) Garis bertindak, tertera sejajar 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 dimulainya fase aktif persalinan.


(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.


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:

(1)  : Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik.

(2)  : Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

(3)  : Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan.

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

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

g) Kondisi ibu.

(1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.

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

b. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. 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) Volume urine, protein dan aseton.

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

d. Lembar belakang partograf.

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru lahir (terlampir).

a) Data dasar.

b) Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/persalinan ini.

c) Kala I.

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.

d) Kala II.

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.

e) Kala III.

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

f) Kala IV.

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.

g) Bayi baru lahir.

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin.

Lampiran 4b. FORM PARTOGRAF

i

2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan, ada 5 faktor yang harus diperhatikan, yaitu :

a. Power

Adalah tenaga yang mendorong keluar janin. Kekuatan yang berguna untuk mendorong keluar janin adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Ada dua power yang bekerja dalam proses persalinan yaitu his dan tenaga mengejan ibu. His merupakan kontraksi uterus karena otot-otot polos bekerja dengan baik dan sempurna, pada saat kontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri lebih kecil mendorong janin dan kantong amnion ke arah bawah rahim dan serviks. Sedangkan tenaga mengejan ibu adalah tenaga selain his yang membantu pengeluaran.

b. Passage

Merupakan faktor jalan lahir, terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Bagian keras

Bagian ini terdiri dari tulang panggul (*os coxae*, *os Sacrum*, *os coccygisi*), dan artikulasi (*simphisis pubis*, artikulasi sakro-iliaka, artikulasi sakro-koksigi). Dari tulang-tulang dasar dan artikulasi yang ada, maka bagian keras janin dapat dinamakan ruang panggul (*pelvis mayor dan minor*), pintu panggul (pintu atas panggul, ruang tengah panggul, pintu bawah panggul, dan ruang panggul yang sebenarnya yaitu antara *inlet* dan *outlet*), Sumbu panggul (merupakan garis yang menghubungkan titik-titik

tengah ruang panggul yang melengkung ke depan), bidang- bidang (Hodge I, Hodge II, Hodge III, dan Hodge IV).

2. Bagian lunak

Jalan lunak yang berpengaruh dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri, dan vagina. Disamping itu otot—otot, jaringan ikat, dan ligament yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan penting dalam persalinan.

c. Passanger

Faktor yang juga sangat mempengaruhi persalinan adalah faktor janin. Meliputi sikap janin, letak janin, dan bagian terendah. Sikap janin menunjukkan hubungan bagian –bagian janin dengan sumbu tubuh janin, misalnya bagaimana sikap fleksi kepala, kaki, dan lengan. Letak janin dilihat berdasarkan hubungan sumbu tubuh janin dibandingkan dengan sumbu tubuh ibu. Ini berarti seorang janin dapat dikatakan letak longitudinal (preskep dan presbo), letak lintang, serta letak oblik. Bagian terbawah adalah istilah untuk menunjukkan bagian janin apa yang paling bawah.

2.1.6 Perubahan Psikologis Pada Ibu Bersalin

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya :

- a. Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- b. Kesaki
- c. tan saat kontraksi dan nyeri
- d. Ketakutan saat melihat darah

2.1.7 Proses Adaptasi Dan Perubahan Kebutuhan Dasar

KALA I

1. Mengatur aktivitas dan posisi ibu
2. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
3. Menjaga kebersihan ibu
4. Pemberian cairan dan nutrisi

KALA II

1. Menjaga kandung kemih tetap kosong
2. Menjaga kebersihan ibu
3. Pemberian cairan
4. Mengatur posisi ibu

KALA III

1. Menjaga kebersihan
2. Pemberian cairan dan nutrisi
3. Kebutuhan istirahat

2.1.8 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan Persalinan Normal 60 LANGKAH APN (Asuhan Persalinan Normal) yaitu sebagai berikut:

1) Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

1. Mengenali dan melihat adanya tanda persalinan kala II. Yang dilihat adalah:
tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda :
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
- c. Perineum menonjol .
- d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan.

2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi → tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
 - a. Menggelar kain di atas perut ibu. Tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Pakai celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan dan menyimpan semua periasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6. Masukkan oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril).

3) Memastikan Pembukaan Lengkap Dan keadaan Janin Bayi.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air disinfeksi tingkat tinggi.

a. Jika Introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan kasa dari arah depan ke belakang.

b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % → langkah 9.

8. Lakukan Periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi 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 selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.

4) Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu proses pimpinan meneran.

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
(pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan untuk meneran.
14. Ajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

5) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Meletakkan kain yang bersih di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

6) Persiapan Pertolongan Kelahiran kepala.

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan saat kepala lahir.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
Lahirnya Bahu
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar sehingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas(anterior)dari punggung ke arah kakibayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

7) Penanganan Bayi Baru Lahir.

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu di posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntukan oksitosin 10 unit IM (Intara muskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem dari arah bayi dan memasang klem ke dua 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penguntungan tali pusat diantara dua klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c. Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

8) Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III.

34. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga melakukan stimulasi puting susu.

9) Mengeluarkan Plasenta

37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir, (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

38. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

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

- b. Rangsangan Taktil (Masase) Uterus.

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan Masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus menjadi keras).

40. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

10) Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi placenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plesenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
42. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

11) Melakukan Prosedur paska persalinan

43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
44. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit (*skin to skin*) di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
45. Setelah 1 jam, lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vit K 1 mg IM di paha kiri anterolateral.

46. Setelah 1 jam pemberian vit K berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. Letakan bayi didalam jangkawan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
47. Letakan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

11) Evaluasi

48. Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - 3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan
 - 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.
49. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
50. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
51. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

52. Periksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh bayi normal (36,5- 37,5 °C).

- a. Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
- b. Jika bayi napas terlalu cepat, segera dirujuk.
- c. Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit ke kulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

12) Kebersihan Dan keamanan

53. Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
54. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Pastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Dekontaminasi tempat bersalin dengan klorin 0,5%.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikan bagian sarung tangan dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.

13) Pendokumentasian

60. Lengkapi patograf (Halaman depan dan belakang, periksa tanda vital dan asuhan kala IV).

2.1.9 Deteksi Dini Komplikasi

a. Persentasi

a. Persentasi muka

Merupakan akibat kelainan sikap (habitus) berupa defleksi kepala maksimum. Pada presentasi muka terjadi hiperekstensi maksimum kepala sehingga oksiput menempel dengan punggung janin dengan demikian maka yang merupakan presentasi (bagian terendah) janin dan sekaligus denominator adalah mentum.

b. Persentasi dahi

Bentuk dari kelainan sikap (habitus) berupa gangguan defleksi. Dan merupakan presentasi yang sangat jarang. Diagnosa ditegakkan apabila VT pada PAP meraba orbital ridge dan ubun-ubun besar. Biasanya kepala berada diantara posisi fleksi sempurna.

c. Persentasi rangkap/ majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan/atau tangan.

b. Posisi

a. Posisi oksipitalis posterior

Suatu bentuk kelainan putar paksi dalam(internal rotation) pada proses persalinan

b. Posisi oksipitalis transversal persisten pada umumnya bersifat sementara(penempatan) sebelum berakhir sebagai posisi occiput anterior atau posterior.

c. Letak

Letak lintang adalah sumbu panjang janin tegak lurus dengan sumbu panjang tubuh ibu. Kadang-kadang sudut yang tidak tegak lurus sehingga terjadi letak oblique yang sering bersifat sementara oleh karena akan berubah menjadi presentasi bokong. Pada letak lintang ini bahu biasanya berada di pintu atas panggul dengan bokong dan kepala berada pada fossa iliaca.

d. Kehamilan kembar

- Kehamilan kembar monozigotik
- Kehamilan kembar fraternal (dizigotik)

e. Distosia bahu

Distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas *sacral promontory* karena itu tidak bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (tulang ekor).

f. Kelainan letak sungsang

Merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian terendah dengan atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri).

2.2 Persalinan Post Matur

2.2.1 Pengertian

Post matur adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu (Lilis, 2013). Post matur adalah kehamilan lewat waktu dimana kehamilan berlangsung selama 42 minggu atau lebih dilihat dari siklus haid teratur dan haid terakhir yang diketahui dengan pasti (Kenneth, 2016)

Selain daripada itu, istilah postmatur dalam istilah lain disebut juga postterm. Kehamilan postterm disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/postdatetime* atau pascamaturitas, adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut Neagle dengan siklus haid rata – rata 28 hari (Sarwono, 2010)

Ballantyne 1902, seorang bidan skotlandia, untuk pertama kali menyatakan bahwa janin yang terlalu lama dalam kandungan dapat membahayakan dirinya dan ibunya saat persalinannya berlangsung. Kemudian berturut – turut 1950 Clifford mengemukakan tentang sindrom postterm baby, sedangkan 1960, McClure Borne menyatakan bahwa angka kematian bayi dengan kehamilan postdate semakin meningkat.

Persalinan post matur adalah persalinan yang usia kehamilannya berlangsung lebih dari 42 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir.

2.2.2 Etiologi

Sampai saat ini sebab terjadinya persalinan post matur belum jelas. Beberapa teori penyebab terjadinya persalinan post matur yang diajukan antara lain sebagai berikut :

1. Pengaruh progesteron

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endoktrin yang penting dalam memacu proses biomolekul pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga menduga bahwa terjadinya kehamilan karena berlangsungnya pengaruh progesteron.

2. Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada persalinan post date memberi kesan bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peran penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut.

3. Teori kortisol/ ACTH janin

Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin. Kadar kortisol rendah dapat menyebabkan tidak timbulnya HIS.

Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak di produksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

4. Saraf Uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari fleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak terjadi tekanan pada fleksus ini seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek, dan bagian bawah masih tinggi diduga sebagai penyebab persalinan post matur.

5. Herediter

Morgen (1999) seperti dikutip dalam cuningham, menyatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan post matur saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan post matur.

6. Kurangnya air ketuban

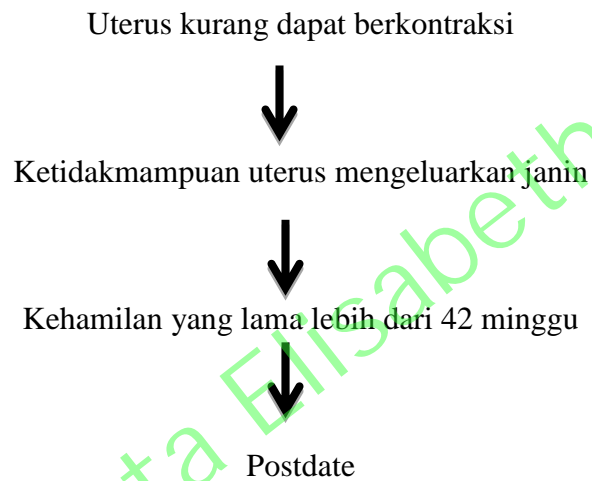
2.2.3 Fisiologi/ Patofisiologi

Produksi Hormon Progesteron kurang



Rangsangan uterus kurang





2.2.4 Diagnosis persalinan post matur

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendukung diagnosis persalinan post matur adalah :

- Pemeriksaan umur kehamilan, dihitung dengan menggunakan rumus Neagle berdasarkan anamnesis dan HPHT
- Pemeriksaan berat badan ibu dan lingkar perut, ditandai dengan berat badan ibu turun pembesaran perut mengecil karena air ketuban berkurang
- Pemeriksaan TFU (Tinggi Fundus Uteri)
- Pemeriksaan USG yaitu dengan pemeriksaan diameter biparietal kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa ada bahaya
- Pemeriksaan cairan amnion yaitu amniostopi dan pemeriksaan PH (dibawah 7,20) dianggap sebagai gawat janin

2.2.5 Tanda dan Gejala

- a. Gerakan janin jarang (secara subyektif kurang dari 7x/ 20 menit atau secara objektif kurang dari 10x/menit)
- b. Pada bayi ditemukan tanda lewat waktu yang terdiri dari :
 - Stadium I: Kulit kehilangan vernix caseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit menjadi kering, rapuh dan mudah terkelupas.
 - Stadium II: Seperti stadium I, disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
 - Stadium III: Seperti stadium I, disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusar.
- c. Berat badan bayi lebih berat dari bayi matur
- d. Tulang dan sutura lebih keras dari bayi matur
- e. Rambut kepala lebih tebal.

2.2.6 Komplikasi persalinan post matur

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan post matur :

- a) Perubahan pada plasenta
 1. Jika fungsi plasenta masih cukup baik dapat menyebabkan :
 - 1) Tumbuh kembang janin berlangsung terus, sehingga berat badan uterus bertambah sekalipun lambat, dapat mencapai lebih dari 4000 – 4500 gram, yang disebut bayi makrosomia.
 - 2) Bayi *postmature*/*hipermature* dengan kriteria :
 - a. Mungkin dengan berat badan yang besar/ makrosomia
 - b. Kuku panjang

- c. Pertumbuhan genitalia sekunder sudah ada
 - d. Mata besar dan terbuka
2. Jika fungsi plasenta telah mengalami disfungsi sehingga tidak mampu memberikan nutrisi dan O₂ yang cukup, akan terjadi sebaliknya, dan disebut sindrom *postmature* dengan kriteria berikut :
- 1) Penimbunan kalsium: pada kehamilan serotinus atau kehamilan lewat bulan terjadi peningkatan penimbunan kalsium, hal ini dapat menyebabkan gawat janin dan bahkan kematian janin intrauterin yang dapat menyebabkan gawat janin bahkan kematian janin intrauterin yang dapat meningkat sampai 2-4 kali lipat. Timbunan kalsium plasenta meningkat sesuai dengan progresivitas degenerasi plasenta, namun beberapa vili mungkin mengalami degenerasi tanpa mengalami klasifikasi.
 - 2) Selaput vaskulosinsial menjadi tambah tebal dan jumlahnya berkurang, keadaan ini dapat menurunkan mekanisme transport dari plasenta.
 - 3) Terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti edema, timbunan fibrinoid, fibrosis, thrombosis intervili, dan infark vili.
 - 4) Perubahan biokimia : adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar DNA dibawah normal, sedangkan konsentrasi RNA meningkat. transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium dan glukosa menurun. Pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak dan gama

globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin intrauterin

b) Pengaruh pada ibu

1. Morbilitas atau mortalitas ibu dapat meningkat sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras sehingga menyebabkan terjadinya distosia persalinan, incoordinate uterine action, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik dan perdarahan postpartum.
2. Aspek emosi: ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan

c) Pengaruh pada janin

Pengaruh kehamilan postterm atau serotinus terhadap janin sampai saat ini masih di perdebatkan. Beberapa ahli menyatakan bahwa kehamilan serotinus menambah bahaya pada janin, sedangkan beberapa ahli lainnya menyatakan bahwa bahaya kehamilan serotinus pada kehamilan postterm atau serotinus terhadap janin yaitu :

1. Berat janin, bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata – rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun sering kali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan.

2. Sindrom postmatur dapat dikenali pada neonatus melalui beberapa tanda seperti gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks kaseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipatan paha dan genital luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, serta muka dan rambut kepala banyak atau tebal.
3. Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Keadaan ini umumnya disebabkan karena hal – hal berikut :
 - a. Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan.
 - b. Insufisiensi plasenta dapat berakibat pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, hipoksia janin, asfksia mekonium oleh janin.
 - c. Cacat bawaan, terutama akibat hipoplasia adrenal dan *anensefalus*.

2.2.7 Penanganan persalinan post matur

Penanganan yang dapat dilakukan pada kasus persalinan post matur yaitu :

- a. Menentukan apakah kehamilan telah berlangsung lewat bulan (post matur) atau bukan.
- b. Mengidentifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin dengan cara pemeriksaan kardiotografi seperti *nonstress test* (NST) dan

contraction stress test untuk mengetahui kesejahteraan janin sebagai reaksi terhadap gerak janin atau kontraksi uterus dan pemeriksaan USG untuk menentukan besar janin, denyut jantung janin, gangguan pertumbuhan janin, keadaan dan derajat kematangan plasenta, jumlah dan kualitas air ketuban.

- c. Melakukan pemeriksaan serviks dengan skor bishop. *Bishop score* adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responsnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks *bishop score* rendah artinya serviks belum matang dan memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi dibanding servik yang matang.

Bishop Score >5 yaitu induksi persalinan, cara induksi persalinan adalah :

- Menggunakan tablet Misoprostol/ Cytotec yaitu 25-50 mg yang diletakkan di fornix posterior setiap 6-8 jam hingga munculnya his/ kontraksi.
- Menggunakan oksitosin intravena yaitu infus oksitosin biasanya mengandung 10-20 unit ekuivalen dengan 10.000-20.000 mU dicampur dengan 1000 ml larutan Ringer Laktat, masing masing menghasilkan konsistensi oksitosin 10-20 mU/ml.

Bishop Score <5

- Pemantauan janin dengan profil biofisik, *Nonstress test* (NST), *Contraction Stress Test* (CST).
- Volume ketuban normal, NST reaktif yaitu diulangi 2x/ minggu

- c. Volume ketuban normal, NST non reaktif, CST positif yaitu dilakukan SC.
- d. Volume ketuban normal, NST non reaktif dan CST negatif yaitu dilakukan pengulangan CST dalam 3 hari.
- e. *Oligohidramnion* (kantong amnion < 2 cm) yaitu dilakukan SC
- f. *Deselerasi variable*, yaitu matangkan serviks dan induksi persalinan
- g. Pematangan serviks dapat dilakukan dengan kateter *voley*, oksitosin, prostaglandin (*Misoprostol*) relaksin (melunakkan serviks), pemecahan selaput ketuban.
- h. Persalinan per vaginam yaitu ibu miring ke kiri, berikan oksigen, monitor DJJ, induksi persalinan dengan tetes Pitocin (jika tidak ada kontraindikasi dan belum ada tanda hipoksia *intrauterin*), tetes pitocin di naikan jangan melebihi 2 mU/menit atau di naikan dengan interval < 30 menit, amniotomi pada fase aktif, infus intraamniotik dengan 300 – 500 mL NaCl hangat selama 30 menit yaitu untuk mengatasi oligohidramnion dan mekonium, konfirmasi keadaan janin.
- i. Dilakukan *Section Casaria*, jika gawat janin (*deselerasi* lambat, pewarnaan mekonium), gerakan janin abnormal (< 5 kali/ 20 menit) *contraction stress test* (CST), berat badan > 4000 gr, malposisi, malpresentasi, partus > 18 jam bayi belum lahir (Kurniawati, 2010)

j. Dilakukan vakum ekstraksi, syarat vakum yaitu :

1. Pembukaan minimal 5 cm
2. Ketuban negatif atau dipecahkan
3. Anak hidup, letak kepala atau bokong
4. Penurunan minimal HII
5. His dan reflek mengejan baik.

Metode pertolongan persalinan pada persalinan post matur dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. *Expectative management* (manajemen menunggu)

- a. Prinsipnya mengharapkan proses persalinan spontan tanpa rangsangan dari luar.
- b. Sambil menunggu persalinan spontan, harus dilakukan evaluasi kesejahteraan janin dalam uterus dengan berbagai teknik yang adekuat sehingga dapat segera diketahui mulai terjadinya gangguan janin dalam bentuk gawat janin.
- c. Gawat janin merupakan indikasi mutlak untuk dilakukan terminasi secara induksi atau langsung seksio cesarea.
- d. Metode yang dipilih tergantung dari keadaan janin dan keadaan maternal saat itu.

2. Melakukan Induksi

- a. Induksi pada persalinan post matur hanya merupakan batu loncatan yang akhirnya akan diselesaikan dengan tindakan *sectio cesarea*.

- b. Saat induksi harus dilakukan observasi ketat terhadap kesejahteraan janin dalam uterus dengan alat yang cukup memadai.
- 3. Langsung dengan *sectio cesarea*.
 - a. Tindakan SC secara langsung dapat dikaji melalui berbagai pertimbangan. Salah satu pertimbangan nya yaitu AFI kurang dari 5 cm, yang merupakan indikasi mutlak untuk SC,
 - b. Indikasi SC menjadi lebih tegas jika terdapat kombinasi antara AFI kurang dari 5 cm dan janin yang makrosomia atau serviks belum matang.
 - c. Persiapan Operasi Bersalin

Persalinan anjuran induksi persalinan harus dilakukan di rumah sakit karena merupakan matrantai menuju persalinan operatif. Dalam persalinan induksi observasi merupakan langkah yang sangat penting

2.2.8 Pencegahan

Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu) 1 kali pada trimester kedua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ketiga (diatas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7 – 8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter mengetahui dengan benar usia kehamilan, dan mencegah terjadinya kehamilan serotinus yang berbahaya.

Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir ibu. Perhitungannya jumlah hari sejak hari pertama haid terakhir hingga saat itu dibagi 7 (jumlah hari dalam seminggu).

2.2.9 Tinjauan Umum Tentang Bayi Baru Lahir Dengan Persalinan Post

Matur

1. Pengertian Bayi Baru Lahir Post Matur

Bayi baru lahir post matur adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan > 42 minggu, tanpa memperhatikan berat badan (Reader, 2012)

2. Ciri – ciri bayi post matur

Pada bayi baru lahir post matur didapatkan ciri – ciri seperti : gangguan pertumbuhan, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks caseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipatan paha dan genitalia luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, muka terlihat tua, dan rambut kepala banyak dan tebal.

Tidak seluruh neonatus dari kehamilan serotinus menunjukkan postmaturitas, tergantung dengan fungsi plasenta. Umumnya didapat sekitar 12-20% neonatus dengan tanda postmaturitas pada kehamilan serotinus.

3. Penanganan bayi baru lahir post matur

Berikut ini langkah – langkah penanganan bayi baru lahir post matur :

- a) Keringkan bayi secepatnya dengan handuk bersih.
 1. Mengganti kain yang basah dengan yang kering
 2. Kepala bayi ditutup topi.
 3. Berikan oksigen sesuai kebutuhan.
 4. Berikan infuse dextrose 10% dan bikarbonas natricus 1,5 % 4:1.
Hari I 60 cc/kg/hari, hari II 70 cc/kg/hari.
 5. Memperhatikan suhu tubuh yaitu dengan menempatkan bayi didalam incubator.
 6. Memperhatikan pencegahan infeksi yaitu dengan memperhatikan teknik pencegahan infeksi salah satunya dengan mencuci tangan sebelum menyentuh bayi.
 7. Pengawasan nutrisi/ ASI pada bayi baru lahir sesuai dengan kebutuhannya, berikan melalui sonde/ tetesi ASI.
 8. Pengawasan berat badan dengan ketat karena berat badan berkaitan dengan status gizi/ nutrisi bayi yang berhubungan dengan daya tahan bayi (Saifuddin, 2010).

Alasan bayi *postmatur* sangat memerlukan unit perawatan intensif neonatus adalah :

- a. Bayi mengalami *postmature*
- b. Bayi mengalami kekurangan nutrisi dan O₂ selama dalam uterus.
- c. Sering terjadi aspirasi air ketuban dan mekonium.

- d. Bayi mengalami hipoglikemia dan tidak tahan dengan keadaan hipotermia, karena lapisan lemak kulit yang tipis dan terjadi kekurangan lemak coklat yang siap untuk dimetabolisme dengan cepat

2.2.10 Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah stimulasi kontraksi uterus sebelum persalinan spontan. Induksi persalinan merupakan intervensi obstetrik yang harus dilakukan jika kelahiran elektif akan menguntungkan bagi ibu dan bayi, tujuan induksi adalah menyebabkan kelahiran bayi sehingga mengakhiri kehamilan. Keberhasilan induksi bergantung pada kontraksi adekuat yang efektif dalam menimbulkan dilatasi serviks yang progresif.

Indikasi Induksi

Induksi diindikasikan jika manfaatnya bagi ibu atau janin lebih besar dibandingkan jika kehamilan dilanjutkan dan induksi berkaitan dengan berbagai faktor maternal dan janin.

Indikasi maternal

1. Kehamilan lebih bulan
2. Hipertensi termasuk preeklamsia
3. Diabetes
4. Masalah medis
5. Abrupsio plasenta
6. Riwayat obstetrik
7. Letak yang tidak stabil

8. Ketuban pecah dini

9. Permintaan ibu.

Indikasi janin

1. Dicurigai adanya gangguan pada janin

2. Kematian intrauterin

Kontraindikasi Induksi

1. Plasenta previa

2. Presentasi janin melintang atau campuran

3. Presentasi tali pusat atau prolaps tali pusat

4. Disproporsi sefalopelvik

5. Gangguan janin yang berat

6. Herpes genital akref

Pematangan Serviks

Serviks normalnya memiliki panjang 2cm, kaku dan tertutup selama kehamilan. Bentuknya seperti pipa dengan struktur kaku yang dirancang untuk menahan janin di dalam uterus sampai cukup bulan. Maturasi serviks terjadi akibat proses fisiologis yang melunakkan, menipiskan, dan mendilatasikan serviks sebelum waktunya persalinan. Pematangan ini dimulai 5-6 minggu sebelum persalinan.

Metode Induksi Persalinan

1. Prostaglandin dan Induksi

Untuk menentukan metode induksi, pengkajian serviks perlu dilakukan. Sebelum meresepkan prostaglandin, skor bishop harus diukur (Tabel 2.2). skor bishop adalah metode objektif untuk mengkaji apakah serviks siap untuk induksi persalinan. Unsur utama dalam pengkajian tersebut adalah dilatasi, penipisan, posisi, konsistensi, dan *station* bagian presentasi janin. Lima karakteristik yang berbeda dipertimbangkan dan masing – masing diberi skor antara 0 dan 3. Jika jumlah totalnya mencapai 6 atau lebih, prognosis untuk induksi adalah baik.

Tabel 2.2 Tabel Skor Bishop

Karakteristik induksi	0	1	2	3
Dilatasi serviks dalam cm	0	1-2	3-4	5-6
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	-
Panjang kanal serviks dalam cm	>2	1-2	0,5-1	0,5
Posisi serviks	Posterior	Di tengah	Anterior	-
Posisi bagian terbawah dalam cm	-3	-2	-1, 0	+1, +2

(Sarwono, 2014)

Amniotomi

Amniotomi pada janin dapat menjadi metode yang efektif untuk menginduksi persalinan pada kehamilan yang tidak mengalami komplikasi. Prosedur ini tidak harus dilakukan di rumah sakit, dan untuk sebagian wanita hal ini dapat diterima sebagai metode alternatif untuk menginduksi persalinan. Pada saat pemeriksaan vagina, petugas memasukkan satu jarinya melalui os serviks dan

menggunakan gerakan mengusap atau memutar untuk melepaskan selaput janin dari segmen bawah uterus.

Bahaya amniotomi adalah :

1. Infeksi intrauterus, terutama dari janin atau peralatan yang terkontaminasi
2. Prolaps tali pusat
3. Perdarahan dari pembuluh janin yang terdapat di dalam selaput janin (vasa previa), pembuluh yang rentan yang terdapat dalam serviks atau plasenta letak rendah (plasenta previa)

Oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang dilepaskan oleh kelenjar pituitari posterior. Hormon ini bekerja pada tingkat sel, pada otot polos, dan dilepaskan dengan cara berdenyut sebagai respons terhadap stimulasi. Reseptor oksitosin ditemukan dalam miometrium dan jumlahnya akan meningkat menjelang kehamilan cukup bulan dan selama persalinan.

Oksitosin digunakan bersamaan dengan amniotomi dan dapat dimulai beberapa jam setelah amniotomi. Tinjauan ulang sistematis terhadap berbagai percobaan yang ada menemukan bahwa terdapat peningkatan kecendrungan persalinan dalam 12 jam jika oksitosin dan amniotomi digunakan pada saat yang bersamaan. Dalam hal ini, hanya sedikit analgesik yang dibutuhkan dan angka perdarahan pascapartum juga menurun.

Oksitosin untuk induksi persalinan

Oksitosin digunakan secara intravena, dilarutkan dalam larutan isotonik. Larutan dekstrosa yang digunakan dalam jangka waktu lama, bersama dengan oksitosin dapat mengubah keseimbangan elektrolit karena adanya efek antidiuretik ringan pada hormon tersebut. Infus harus dikontrol dengan pompa agar pengkajian volume dan kecepatannya akurat. Dosis harus dicatat dalam miliunit per menit, dengan pelarutan 30 IU dalam 50 ml salin normal. Laju tetesan infus harus berdasarkan pengkajian kekuatan dan frekuensi kontraksi uterus. Bidan perlu mengurangi laju tetesan infus jika persalinan sudah dimulai karena uterus menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin seakan dengan kemajuan persalinan. Bidan harus memberikan dosis rendah yang diperlukan untuk mempertahankan kontraksi uterus yang efektif dan berjarak baik yaitu biasanya terjadi setiap 3 menit dan berlangsung selama 45 – 50 detik.

2.3 Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

2.3.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Menurut Varney Helen (1997), manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

2.3.2 Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen adalah proses pemecahan masalah yang memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang jelas dan menguntungkan, baik untuk klien maupun untuk tenaga kesehatan.

Langkah-langkah dalam proses manajemen asuhan kebidanan sebagai berikut :

1) Langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

a) Data Subyektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien / klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan, adalah

- 1) Identitas / Biodata Pasien suami dan istri adalah nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.
- 2) Alasan datang : untuk mengetahui alasan pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan.
- 3) Keluhan utama

Alasan wanita datang mengunjungi klinik / RB / RS / dan diungkapkan

dengan kata-kata sendiri.

- 4) Riwayat kesehatan antara lain riwayat kesehatan dahulu, sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga.

- 5) Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui berapa kali menikah, berapa usia pasien saat menikah, usia pasangan pasien saat menikah, berapa lama pasien menikah dan berapa jumlah anaknya.

- 6) Riwayat *obstetric*

- a. Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien Mendapatkan menstruasi (*menarce*), siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi, bentuk darah apakah cair atau menggumpal, warna darah, *dismenorea*, *flour albus* dan untuk mengetahui hari pertama menstruasi terakhir serta tanggal kelahiran dari persalinan.

- b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui pada tanggal, bulan, tahun berapa anaknya lahir, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis persalinan, penolong persalinan, penyulit dalam bersalinan, jenis kelahiran berat badan lahir, panjang badan lahir, riwayat nifas yang lalu, keadaan anak sekarang, untuk mengetahui riwayat yang lalu sehingga bisa menjadi acuan dalam pemberian asuhan.

- 7) Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui ibu hamil yang ke berapa, HPHT, HPL, berat badan

sebelum dan sekarang, periksa ANC sebelumnya dimana, berapa kali dan keluhannya apa, suntik TT berapa kali, obat-obatan yang pernah dikonsumsi apa saja, gerakan janin yang pertama pada usia kehamilan berapa bulan dan gerakan sekarang kuat atau lemah, kebiasaan ibu dan keluarga yang berpengaruh negatif terhadap kehamilannya.

8) Riwayat KB

Untuk mengetahui sebelum ibu hamil pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama menggunakannya, alasan mengapa ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut, dan mengapa ibu menghentikan pemakaian alat kontrasepsi tersebut, menurut Huliana

9) Pola kebutuhan sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas pekerjaan, pola istirahat, personal hygiene, pola seksual.

10) Psikososial spiritual meliputi tanggapan dan dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, ketaatan beribadah, lingkungan yang berpengaruh.

b) Data Obyektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, hasil laboratorium seperti VDRL, HIV, pemeriksaan radiodiagnostik, ataupun USG yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah. Data yang telah dikumpulkan diolah, disesuaikan dengan kebutuhan pasien kemudian dilakukan pengolahan data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan yang lainnya sehingga menunjukkan fakta. Tujuan dari pengolahan data adalah untuk menunjukkan fakta berdasarkan

kumpulan data. Data yang telah diolah dianalisis dan hasilnya didokumentasikan

1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum

Untuk menilai keadaan pasien pada saat itu.

b. Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah *composmentis* (Kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), *somnolen* (kesadaran yang mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rasa nyeri tetapi tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus yang diberikan atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada).

c. Tanda-tanda vital

Pada pengukuran tanda-tanda vital yang diukur adalah tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.

d. Berat badan

Untuk mengetahui berat badan pasien dalam satuan kilogram

e. Tinggi badan

Dikaji untuk mengetahui tinggi badan ibu dalam satuan sentimeter

f. LILA (Lingkar Lengan Atas)

Untuk mengetahui status gizi pasien.

2) Pemeriksaan fisik/*Status Present* adalah pemeriksaan kepala, muka, mata, hidung, telinga, mulut, leher, ketiak, dada, abdomen,

genetalia, ekstermitas atas dan bawah, anus.

3) Pemeriksaan khusus *obstetric*, menurut Hidayat (2008 : 142-145)

a. Inspeksi

Inspeksi adalah proses pengamatan dilakukan untuk mengetahui apakah ada pembengkakan pada wajah dan ekstermitas, pada perut apakah ada bekas operasi atau tidak.

b. Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, yang berguna untuk memeriksa payudara apakah ada benjolan atau tidak, pemeriksaan abdomen yaitu memeriksa Leopold I, II, III, dan IV.

c. Auskultasi

Denyut Jantung Janin (DJJ) yaitu salah satu tanda pasti hamil dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu.

Dengan dopler DJJ mulai terdengar usia kehamilan 12 minggu.

Normalnya denyut jantung janin (DJJ) yaitu 120- 160x/menit.

d. Pemeriksaan penunjang

Mendukung diagnosa medis, kemungkinan komplikasi, dan penyakit yang menyertai kehamilan, besalin dan nifas. Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya : memeriksa hemoglobin, golongan darah, rubella, VDRL / RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan persetujuan ibu hamil.

2) Langkah kedua yaitu Interpretasi data dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang dikumpulkan akan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

a. Diagnosa kebidanan

Ny...G...P...A...Umur...Tahun Usia Kehamilan...minggu, janin hidup intra uteri letak membujur presentasi kepala, PUKA / PUKI, konvergen atau divergen dengan serotinus.

Data dasar :

1. Data Subyektif

Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ibu mengatakan khawatir karena kehamilannya sudah lewat bulan tetapi belum juga ada tanda-tanda melahirkan.

2. Data Obyektif

Data obyektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain.

3. Masalah

Hal-hal ini bidan melakukan identifikasi diagnosis dan masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan masalah yang sudah teridentifikasi.

4. Kebutuhan

Hal-hal yang dibutuhkan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

3) **Langkah ketiga** yaitu mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa / masalah yang sudah diidentifikasi.

4) **Langkah keempat** yaitu mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Bidan atau dokter mengidentifikasi perlunya tindakan segera atau konsultasi atau penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan.

5) **Langkah kelima** yaitu perencanaan.

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

6) **Langkah keenam** yaitu pelaksanaan.

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah lima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lain.

7) Langkah ketujuh yaitu evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagian dari proses yang dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

2.3.2 Data Perkembangan (SOAP)

Menurut Wildan (2009 : 24), Berdasarkan evaluasi, selanjutnya rencana asuhan kebidanan dituliskan dalam catatan perkembangan yang menggunakan SOAP yang meliputi :

S : Subyektif

Berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Obyektif

Data yang mendapatkan hasil onservasi melalui pemeriksaan fisik.

A : Assessment

Berdasarkan data yang terkumpulkan kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera

P : Planning

Merupakan rencana tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

STIKes Santa Elisabeth
Medan

BAB 3

STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan penulis dalam laporan tugas akhir ini adalah metode observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus yang digunakan penulis dalam membuat laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan asuhan kebidanan menurut tujuh langkah Varney dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan data perkembangannya menggunakan SOAP pada asuhan kebidanan ibu bersalin dengan Persalinan Post Matur

3.2 Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi Kasus ini dilakukan di RS Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam pada tanggal 11 Desember 2017.

3.3 Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini adalah Ny. M G₄P₃A₀ umur 33 tahun usia kehamilan 44 minggu dengan persalinan post matur.

3.4 Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang digunakan dalam dokumentasi asuhan kebidanan yang telah diberikan dalam studi kasus ini adalah menggunakan 7 langkah Varney.

2. Jenis Data

Pada penyusunan studi kasus ini penulis menggunakan jenis data berupa :

1. Data Primer yang didapatkan dari hasil wawancara, observasi dan data penunjang lain sesuai dengan 7 langkah Varney dari mulai pengkajian sampai evaluasi. Penulis melakukan wawancara dengan ibu bersalin, melakukan pemeriksaan fisik dan observasi langsung terhadap ibu bersalin dengan post matur.

a. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada Ny. M, bidan dan dokter yang menangani kasus persalinan dengan kehamilan post matur di RSE Batam, wawancara yang dilakukan meliputi berisi biodata pasien secara lengkap, keluhan utama masuk rumah sakit, riwayat kesehatan keluarga, riwayat menstruasi, riwayat persalinan, hubungan sosial dan kebiasaan sehari – hari. Wawancara dicatat di lembar catatan yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu bersalin di Stikes Santa Elisabeth Medan

b. Observasi

Pada kasus ibu bersalin dengan postmatur yang diobservasi adalah keadaan umum dan kesadaran ibu, kondisi janin, keadaan serviks. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan observasi yang dilakukan seperti letak janin, kontraksi, djj, dan gerak

janin dilakukan untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan serta pemeriksaan head to toe yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu bersalin di Stikes Santa Elisabeth Medan

c. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan USG untuk melihat keadaan janin.

2. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari catatan medis klien berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, tindakan bidan dan dokter, catatan perkembangan yang berhubungan dengan klien dan data dari rekam medik RSE Batam.

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:

- a. Format pengkajian ibu hamil
- b. Buku tulis
- c. Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- Timbangan berat badan
- Alat pengukur tinggi badan

- Pita pengukur lingkaran lengan atas
- Jam tangan dengan penunjuk detik
- Bak instrumen
- Jangka panggul
- Alat – alat APN

SAFT 1

1. Partus set didalam wadah steril tertutup
 - Gunting tali pusat 1 buah
 - Arteri klem 2 buah
 - Benang tali pusat/umbilical cord 1 buah
 - Handscoon DTT/Steril 2 pasang
 - ½ kocher 1 buah
 - Gunting episiotomi 1 buah
 - Kassa steril atau kain kecil
2. Stetoskop bimonoral
3. Tensimeter
4. Stetoskop monoral
5. Obat oksitosin dan lidocain
6. Spuit 3 cc 1 buah , 5 cc 1 buah
7. Nierbeken
8. Kom berisi air DTT
9. Kom berisi kapas steril dan kering
10. Korentang

11. Tempat benda tajam dan tempat spuit bekas

SAFT 2

1. Bak instrumen steril (hecting set)

- Nald hecting 1 buah
- Nald folder 1 buah
- Pinset anatomis 1 buah
- Pinset surgis 1 buah
- Gunting benang 1 buah
- Handscoon DTT/ Steril 1 pasang
- Kain kassa secukupnya
- Benang hecting cutgut

2. Bak instrumen steril (emergency set)

- Kateter de lee/ slim seher 1 buah
- Kateter metal 1 buah
- Gunting episiotomi 1 buah
- Handscoon panjang 1 buah

3. Alat nonsteril

- Piring plasenta
- Betadine
- Cairan infus dan set infus

SAFT 3

1. Waskom berisi air DTT
2. Waskom berisi air klorin 1 buah
3. Brush
4. Sarung tangan rumah tangga untuk pencegahan infeksi
5. Alat resusitasi
 - Selang
 - Tabung O2
 - 2 buah kain sarung untuk alas dan penyangga bahu
 - 1 buah handuk bayi
 - Lampu sorot bayi
6. Perlengkapan ibu dan bayi
 - Waslap 2 buah
 - 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
7. Underpad
8. Handuk ibu dan bayi
9. Sepatu boot.

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis

3.5 PENGOLAHAN DATA

Semua bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen.

Pengumpulan data studi kasus ini menggunakan catatan yang ada atau status pasien untuk memperoleh informasi data medik yang ada di RSE Batam.

BAB 4

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY M. USIA 33 TAHUN
G₄ P₃A₀ USIA KEHAMILAN 44 MINGGU DENGAN POST MATUR
DI RS SANTA ELISABETH BATAM**

Tanggal masuk : 11 Desember 2018 Tanggal pengkajian : 11 Desember 2017

Jam masuk : 16.10 wib Jam pengkajian : 16.10 wib

Pengkaji : Melisa Sinaga

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata :

Nama ibu	: Ny. M	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 33 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Agama	: Kristen Protestan	Agama	: Kristen Protestan
Suku/Bangsa	: Toba/ Indonesia	Suku/Bangsa	: Toba/ Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: K. Swasta
Alamat	: Balai Kolam	Alamat	: Balai Kolam

2. Alasan utama masuk kamar bersalin : ibu merasa perutnya agak mules sejak tadi siang dan keluar lendir darah dari kemaluan dan mengatakan bahwa kehamilannya sudah lewat waktu

3. Riwayat menstruasi

Menarche : 12 thn

Siklus: 28 hari

Teratur/tidak : teratur

Lama hari : 3-4 hari

Banyak : ± 4 x ganti pembalut/hari

Dismenorea/tidak : tidak

4. Tanda-tanda persalinan

Kontraksi : ada sejak tanggal : 11 des 2017 pukul : 12.00

Frekuensi : 2 kali

Lamanya : 15 – 30 dtk kekuatannya : lemah

Lokasi ketidaknyamanan : perut

5. Pengeluaran pervaginam

Darah lender : ada/tidak : , jumlah : ± 10 cc warna : merah

Air ketuban : ada/tidak : , jumlah : warna :

Darah : ada/tidak : , jumlah : warna :

6. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

Anak ke	Tgl lahir /Umur	UK	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Peno long	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	11 thn	39 Mg	Normal	Klinik	Bidan	-	-	52/ 3200/ Laki laki	Baik	Baik	Baik
2	8 thn	40 mg	Normal	Klinik	Bidan	-	-	50 /3300/ Laki laki	Baik	Baik	Baik
3	5 thn	40 mg	Normal	Klinik	Bidan	-	-	50/3000/ Pr	Baik	Baik	Baik
	H	A	M	I	L			I		N	I

7. Riwayat kehamilan sekarang

G₄ P₃ A₀

HPHT : 5 Februari 2017

HPL : 12 November 2017

UK : 44 minggu 1 hari

ANC : teratur/tidak : tidak frekuensi : 2 x di : klinik

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 8 x sehari

Riwayat Imunisasi : sudah TT1 : sudah TT2 : sudah

Keluhan : tidak ada

Obat yang biasa di konsumsi selama hamil : tidak ada

Tanda-tanda bahaya : ada (postdate)

8. 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

9. Riwayat penyakit keluarga :

Hipertensi : Tidak Ada

Diabetes Melitus : Tidak Ada

Asma : Tidak Ada

Lain-lain : tidak ada riwayat kembar

10. Riwayat KB : KB Implant

11. Riwayat Social Ekonomi & Psikologi

- Status perkawinan : sah kawin : 1 kali :
- Lama nikah : 13 tahun, menikah pertama pada umur : 20 tahun
- Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan : direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : kepala keluarga
- Tempat rujukan jika terjadi komplikasi :
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas :
tidak ada

12. ACTIVITY DAILY LIVING

a. Pola makan & minum :

Frekuensi : 3 x sehari, makan terakhir jam 13.00 wib

Jenis : nasi + lauk + sayuran

Porsi : 1 porsi

Minum : 10 gelas/hr, jenis : air putih dan susu

Keluhan/pantangan : tidak ada

b. Pola istirahat :

Tidur siang : 2 jam

Tidur malam : 7 jam

Keluhan : susah tidur

c. Pola eliminasi :

BAK : 8 x/hari, Konsistensi : cair Warna : kuning jerami

BAB : 1 x/hari, Konsistensi : lunak Warna : kuning

kecoklatan lendir darah : tidak ada

BAB terakhir jam : 06.00 wib

d. Personal hygiene

Mandi : 2 x sehari, Terakhir mandi : 10.00 WIB

Ganti pakaian dan pakaian dalam : 3 x/sehari

e. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : mencuci, menyapu, memasak

Keluhan : tidak ada

Hubungan sexual : 2 x/mgg,

Hubungan sexual terakhir : 3 minggu yang lalu

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak Ada

Minum-minuman keras : Tidak Ada

Obat terlarang : Tidak Ada

Minum jamu : Tidak Ada

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

▪ **Keadaan umum : baik**

Kesadaran : Compos Mentis

▪ **Tanda-tanda vital**

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/mnt

Suhu : 36,2 ° C

RR : 20 x/mnt

▪ **Pengukuran tinggi badan dan berat badan**

Berat badan : 77 kg,

Kenaikan berat badan selama hamil : 7 kg

Tinggi badan : 163 cm

LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan fisik

▪ Inspeksi

- Postur tubuh : lordosis

- Kepala

Rambut : bersih, tidak ada ketombe

Muka : bersih Cloasma : tdk ada Odema : tdk oedema

Mata : simetris Conjunctiva : merah muda Sclera : tdk ikterik

Hidung : bersih Polip : tidak meradang

Gigi dan mulut: bersih, tidak ada stomatitis

- Leher

Pembesaran kelenjar tyroid : tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

- Payudara

Bentuk simetris : simetris

Keadaan putting susu: menonjol

Aerola mammae : hiperpigmentasi

Colostrum : tidak ada

- Abdomen

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak : ya

Linea nigra : ada

Bekas luka/operasi : tidak ada

- Genetalia

Varises : tidak ada

Odema : tidak oedema

Pengeluaran pervaginam : lendir darah

Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada

Anus : tidak haemoroid

- Tangan dan kaki

Simetris/tidak : simetris

Odema pada tungkai bawah : tidak ada

Varises : tidak ada

Pergerakan : aktif

- Palpasi

- Payudara

Colostrums : tidak ada

Benjolan : tidak ada

▪ Abdomen

TFU : 32 cm

Leopold I : pada fundus teraba lunak dan bulat (bokong)

Leopold II : pada kiri ibu teraba keras dan memapan (PUKI) dan pada kanan ibu teraba bagian bagian kecil (ekstremitas)

Leopold III : pada bagian terbawah teraba keras, bulat dan melenting (kepala)

Leopold IV : sudah masuk PAP

TBJ : 3255 KG

Kontraksi : 2 x/10 mnt, lama : 15 - 30 detik, kuat/lemah, teratur/tidak

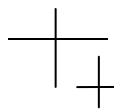
Kandung kemih : kosong

▪ Auskultasi

• DJJ : ada

Frekuensi : 154 x/mnt, teratur/tidak

Punctum maksimum :



▪ Perkusi

• CVAT : -

▪ Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : inpartu pukul : 16.10 oleh : bidan

Dinding vagina : licin

Portio : tebal

Pembukaan serviks : 1 cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : utuh

Presentasi fetus : UUK

Posisi : LBK

Penurunan bagian terendah : H1

▪ Pemeriksaan penunjang

Tgl : 11 des 2017 jenis pemeriksaan : pemeriksaan darah

Hasil : HB : 11 gr%

HT : 32,8 %

Golongan darah : B

Rhesus : +

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

Diagnosa : Ny. M usia 33 tahun G₄ P₃ A₀, uk 44 minggu 1 hari, dengan Post

Matur inpartu kala I fase laten

Data Dasar :

1. Ibu Multigravida (G4P3A0)

DS : Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang keempat dan belum pernah keguguran

DO :

2. Usia Kehamilan 44 Minggu 1 Hari

DS : Ibu mengatakan HPHT 05 Feb 2017

DO : (2) 2 Minggu 2 Hari

(3) 4 Minggu 3 Hari

(4) 4 Minggu 2 Hari

(5) 4 Minggu 3 Hari

(6) 4 Minggu 2 Hari

(7) 4 Minggu 3 Hari

(8) 4 Minggu 3 Hari

(9) 4 Minggu 2 Hari

(10) 4 Minggu 3 Hari

(11) 4 Minggu 2 Hari

Tanggal kunjungan 11 Des 17 (12) 1 Minggu 4 Hari

Jumlah : 44 Minggu 1 Hari

3. Janin Tunggal

DS : Ibu mengatakan hanya merasakan gerakan pada satu sisi

DO : Pada saat dilakukan Leopold, hanya teraba satu kepala, satu punggung dan bagian-bagian kecil janin

4. Hidup

DS : Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif

DO : DJJ = 148 kali/menit dan Tampak janin bergerak saat dilakukan pemeriksaan

5. Intrauterine

DS : Ibu merasakan tidak ada merasakan sakit pada kehamilannya

DO : TFU sesuai dengan usia kehamilan

6. Punggung Kiri (PU-KI)

DS : Ibu mengatakan sering merasakan gerakan pada sisi sebelah kanan perut ibu

DO : Pada saat dilakukan Leopold II : Teraba bagian keras, panjang, memapan pada perut sebelah kiri ibu

7. Presentasi Kepala

DO : Pada saat dilakukan Leopold III Teraba bagian keras, bulat, tidak melenting (Susah digoyangkan)

8. Sudah Masuk PAP

DS : Ibu mengatakan sudah merasakan nyeri pada bagian pinggang

DO : Pada saat dilakukan Leopold IV : Tangan tidak dapat bersatu , kepala tidak bisa/sulit digoyangkan dan sudah divergen. Pemeriksaan luar 4/5 dimana bagian terbesar kepala belum masuk panggul dan sulit digerakkan

9. Keadaan ibu dan janinnya baik dengan post matur

DS : Ibu mengatakan usia kehamilannya sudah lewat waktu

DO : Tanda Vital Sign (TTV)

- Tekanan Darah : 110/80 mmHg

- Suhu : 36,0 °C

- Nadi : 82 kali/menit

- Pernapasan : 24 kali/menit

- Keadaan janinnya baik : - DJJ : 148 kali/menit dan bayi bergerak aktif

Masalah : - Kontraksi lemah

- Bayi belum lahir sudah lewat 2 minggu
- ibu merasa cemas dengan persalinannya

Kebutuhan :

1. Pantau DJJ dan KU ibu
2. Induksi Persalinan
3. Pantau Kemajuan Persalinan
4. Asuhan sayang ibu
5. Persiapan alat persalinan

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Pada Ibu : Perdarahan post partum

Pada Bayi : Gawat Janin / Asfiksia

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan

V. INTERVENSI

No.	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini hasil pemeriksaan yang telah	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan adalah suatu tindakan objektif dan memberikan

	dilakukan.	kenyamanan bagi pasien karena sudah mengetahui kondisinya.
2	Beri nutrisi dan cairan pada ibu	Pemberian cairan dan nutrisi kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan ibu serta agar ibu tidak merasa kelelahan saat menghadapi persalinan
3	Lakukan pemantauan DJJ dan his	Pemantauan DJJ dilakukan untuk mengetahui apakah ada tanda – tanda gawat janin, dan pemantauan his dilakukan untuk melihat apakah kontraksi sudah teratur
4	Lakukan pemasangan infus untuk memulai induksi persalinan	Induksi persalinan bertujuan untuk menambah kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan
5	Hubungi dokter untuk berkolaborasi tentang tindakan selanjutnya	Untuk penanganan pada ibu yang akan operasi.
6	Beri dukungan emosional pada ibu	Dengan memberikan dukungan emosional, ibu lebih nyaman cemas dengan proses operasi yang akan di alaminya.
7	Lakukan tindakan pre-op yaitu mencukur ibu	Tindakan ini untuk menghindari terjadinya infeksi pada saat melakukan insisi
8	Lakukan pemasangan kateter pada ibu	Untuk mempertahankan kandung kemih kosong selama operasi
9	Lakukan skin test antibiotik pada ibu	Pemberian antibiotik pada ibu harus dilakukan skin test, agar kita tahu apakah ibu alergi terhadap antibiotik tersebut.

VI. IMPLEMENTASI

No.	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
1	11-12-17	16.10 wib	Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang telah di lakukan: Keadaan Umum : baik TTP: 12-11-2017 UK: 44 minggu 1 hari - Tanda-tanda vital	Melisa Sinaga

			<ul style="list-style-type: none"> - Temp: 36,2° C - Pols : 82 x/m - RR : 20x/m - TD : 110/70 mmHg - Tinggi Badan ibu : 163 cm - Berat badan sebelum hamil : 77 kg, kenaikan BB selama hamil 7 kg - LILA : 28 cm <p>Pemeriksaan fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh : Lordosis - Muka: simetris, tidak ada cloasma, tidak ada oedema. - Mata: simetris, Konjungtiva tidak pucat, sklera: tidak ikterik <p>Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leopold I : bagian fundus teraba lunak, bulat dan tidak melenting, yaitu bokong. - Leopold II : bagian kiri teraba keras, memanjang, memapan, yaitu punggung. - Leopold III : bagian bawah teraba keras, bulat dan melenting yaitu kepala - Leopold IV : bagian bawah sudah masuk PAP <p>TFU : 32 cm</p> <p>TBJ: 3255 gram</p> <p>- Auskultasi</p> <p>DJJ : Ada ,teratur</p> <p>Frekuensi : 148 x/m</p> <p>- VT : 1 cm</p> <p>Ev: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.</p>	
2	11-12-17	16.15	Berkolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya dengan advice dokter memantau kemajuan persalinan hingga pukul 19.00, lakukan induksi	Melisa Sinaga

			persalinan, dan jika tidak ada kemanduan persiapkan pasien untuk SC Ev: ibu masih dalam pemantauan	
3	11-12-17	16.20	Melakukan pemasangan infus di tangan kiri ibu untuk memulai induksi persalinan Ev: infus sudah terpasang baik dengan abocath 18, cairan RL+ Cytocinon 10 IU dengan 4 tts/i di tangan sebelah kiri	Melisa Sinaga
4	11-12-17	16.30	Melakukan pemeriksaan DJJ pada Ny. M, yaitu hasil 150 x/i Ev : DJJ dalam batas normal, keluarga sudah tahu hasil pemeriksaan	Melisa Sinaga
5	11-12-17	17.00	Melakukan pemeriksaan DJJ pada Ny. M, hasil : 144 x/i Ev: DJJ dalam batas normal	Melisa Sinaga
6	11-12-17	17.30	Melakukan pemeriksaan DJJ pada Ny. M, hasil 154 x/i Ev: DJJ dalam batas normal	Melisa Sinaga
7	11-12-17	17.00	Melakukan pemeriksaan DJJ pada Ny. M, hasil : 136 x/i Ev: DJJ dalam batas normal	Melisa Sinaga
8	11-12-17	17.30	Melakukan pemeriksaan DJJ pada Ny. M, hasil 140 x/i Ev: DJJ dalam batas normal	Melisa Sinaga
9	11-12-17	19.00	Melakukan VT kepada ibu : pembukaan 2 cm, portio tebal Ev: Ibu sudah tahu hasil pemeriksaannya	Melisa Sinaga
10	11-12-17	19.05	Menghubungi dokter kembali, memberitahu keadaan ibu bahwa VT : 2 cm, DJJ dalam batas normal, ku ibu baik, dimana instruksi dokter, pasien akan operasi SC jam 19.30 wib, memasang infus RL 20tetes/i, memasang kateter dan beri skin tes ceftriaxone 1gr. Ev : Instruksi dokter sudah dilakukan.	Melisa Sinaga
11	11-12-17	19.08	Menghadirkan keluarga di dekat ibu untuk mempersiapkan ibu untuk operasi	Melisa Sinaga

			SC, dan menganjurkan keluarga berdoa terlebih dahulu Ev: Keluarga sudah berada di dekat ibu dan sudah berdoa bersama	
11	11-12-17	19.10 wib	Melakukan pemasangan kateter pada ibu no. 18, urine (+) keluar Ev : Kateter terpasang dengan baik.	Melisa Sinaga
12	11-12-17	19.12 wib	Melakukan skin tes obat antibiotik pada ibu dengan injeksi ceftriaxone 1g Ev : Skin tes sudah di lakukan dan observasi tanda alergi	Melisa Sinaga
13	11-12-17	19.20 wib	Melakukan pemantauan observasi DJJ Ev : Observasi DJJ dalam batas normal 148 x/i teratur	Melisa Sinaga
14	11-12-17	19.22 wib	Mengantar ibu keruangan operasi dengan surat persetujuan yang telah di tanda tangani Ev : Persiapan sudah dilakukan dan ibu sudah berada di ruang operasi	Melisa Sinaga

VII. Evaluasi

S

: Ibu mengatakan sudah siap untuk operasi

O

: Vt : 2 cm, his lemah, dan tidak teratur, ketuban utuh

Portio : tebal, eff: 20% penurunan 4/5,

DJJ : 150 x/i

A

: Ny. M usia 33 tahun G₄ P₃ A₀, uk 44 minggu 1 hari dengan persalinan post matur, inpartu kala I fase laten
Masalah belum teratasi

P

: Pantau skin test obat
Persiapkan incubator
Membawa ibu ke ruangan operasi

DATA PERKEMBANGAN KALA II

S : - Ibu siap untuk operasi

O : - Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos menthis

- Tanda vital

* TD : 110/70 mmHg

* P : 82 x/i

* RR : 20 x/i

* T : 36,2 °C

- Kontraksi : 2x/10 menit, lemah, dan tidak teratur

- Kandung kemih : Kosong

- Auskultasi : DJJ : 148 x/i

A : Diagnosa : Ibu inpartu kala II dengan section ceasar atas indikasi

persalinan post matur

Masalah : - tidak ada

Kebutuhan : - Beri dukungan emosional kepada ibu

- Lakukan Pertolongan Persalinan secara SC dengan

nyaman

Antisipasi Masalah potensial : tidak ada

Tindakan segera : tidak ada

P : 1. Melakukan prosedur operasi SC oleh Dr. Anton SpOG

Evaluasi : Pukul : 20:04 wib Bayi Lahir SC, segera menangis kuat,

APGAR 8/9 Jenis kelamin :Perempuan, BB = 3600 gr, PB =51 cm LK = 34
cm,

DATA PERKEMBANGAN KALA III

S : - Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya

O : - Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos menthis

- Status emosional : Stabil

- Pukul : 20:04 wib, Bayi lahir segera menangis kuat,

* Jenis kelamin : Perempuan

* BB = 3600 gr

* PB = 51 cm

* APGAR Score : 8/9

- Tampak ibu senang saat mendengar suara tangis bayi

A : Diagnosa : Ibu inpartu kala III

Antisipasi Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : Lahirkan Plasenta

P : 1. Dokter Anton SpOG melahirkan plasenta secara manual dengan melahirkan plasenta dari tempat implantasinya.

Evaluasi : plasenta lahir pukul 20.07 WIB keadaan plasenta lengkap.

DATA PERKEMBANGAN KALA IV

S : - Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya

O :- Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos menthis

- Keadaan emosional : Stabil

- Tanda Vital :

* TD : 110/80 mmHg

* P : 86 x/i

* RR : 24 x/i

* T : 37° C

- Perdarahan : 100 cc
- TFU : 12 cm
- D. Cath : terpasang baik
- Luka operasi SC : Horizontal
-

A : Diagnosa : Ibu post SC dalam pemantauan kala IV

Masalah : Teratasi sebagian

Kebutuhan : Pemantauan kala IV

Hacting luka insisi/operasi

Antisipasi Masalah Potensial : infeksi pada luka insisi

Tindakan Segera : hacting luka insisi

P : 1. Dokter Anton SpOG menghacting luka insisi

Evaluasi : Luka operasi telah di hacting dan di fiksasi dengan menggunakan supratul, kasa steril dan hifafix

2. Memindahkan ibu dari ruangan operasi keruangan nifas.

- Melakukan kontak kulit ibu/bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)
- Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

- Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes salep mata antibiotik profilaksis dan Vit.K 1 mg /IM dipaha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak kulit ibu/bayi
- Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian Vit.K dipaha kanan anterolateral)
- Meletakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

Evaluasi : ibu tampak sudah berada di ruangan nifas, dan bayi belum di beri Vit. K dan imunisasi HB 0 karena usia bayi belum 1 jam.

3. Melanjutkan pemantauan mencegah perdarahan pervaginam, tanda vital sign dan kandung kemih dua jam setelah plasenta lahir di ruangan nifas

- Satu jam pertama empat kali pemantauan setiap 15 menit pasca persalinan
- Dua jam pertama dua kali pemantauan setiap 30 menit pasca persalinan

Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	TFU	kontraksi	Kandung kemih	perdarahan
20.30	110/70 mmHg	80x/i	36,8 C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±20 cc
20.45	120/80 mmHg	82x/i	36,5 C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±20 cc
21.00	110/70 mmHg	80x/i	36□ C	2 jari di bawah	Baik	Kosong	±15 cc

				pusat			
21.15	110/80 mmHg	82x/i	36,2 □C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
21.45	110/70 mmHg	82x/i	36,5 □C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
22.15	120/70 mmHg	80x/i	36,3 C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc

B. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. M dengan persalinan postmatur maka penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk diagnosis yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhannya, meninjau catatan medik pasien. Untuk memperoleh data penulis melakukan pendekatan dengan pengamatan langsung, wawancara kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik baik inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi serta data penunjang berupa catatan medik dan buku status ibu.

Menurut Sarwono (2010), persalinan post matur adalah persalinan yang umurnya lebih dari 294 hari atau 42 minggu. Persalinan post matur dapat diketahui dengan cara menghitung usia kehamilan yaitu di hitung berdasarkan HPHT, pemeriksaan umur kehamilan dihitung dengan rumus neagle berdasarkan anamnesis dari hari pertama haid terakhir, jika waktu tidak sesuai dengan tafsiran persalinan menurut neagle, maka besar kemungkinan terjadi persalinan post matur. Pemeriksaan TFU juga salah satu pendukung post matur. Jika pembesaran uterus lebih besar dari diagnosis persalinan normal, maka kemungkinan terjadi usia kehamilan

lebih tua dari taksiran. Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic untuk mendukung diagnosis persalinan post matur, pada pemeriksaan USG tersebut dapat dilihat usia kehamilan, ukuran plasenta, jumlah cairan amnion, dan berat janin.

Pada studi kasus Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur data subjektif adalah ibu mengatakan HPHT pada tanggal 05 Februari 2017, dan ibu mengatakan kehamilannya sudah lewat waktu, sedangkan data objektif didapatkan yaitu TTP ibu pada tanggal 12 November 2017, TFU ibu 32 cm, TBBJ 3.255 gr, dan dilakukan USG usia kehamilan sudah mencapai 44 – 45 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sarwono (2010). Pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Interpretasi Data

Menurut Sarwono (2010) diagnosis persalinan post matur tidak sulit ditegakkan dengan keterangan ibu merasakan gerakan janin jarang, ibu mengetahui HPHT, berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil serta air ketuban berkurang. Pada studi kasus Ny. M usia 33 tahun G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan persalinan post matur ditemukan masalah yaitu gerakan janin jarang dirasakan, dan berat badan ibu akhir – akhir ini berkurang. Sehingga kebutuhan yang diberikan adalah penjelasan tentang keadaannya dan penyebabnya, penjelasan tentang tehnik relaksasi dan pemberian terapi. Pada langkah ini tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Diagnosa potensial

Dalam merumuskan diagnosa/ masalah potensial dengan manajeen asuhan kebidanan adalah pengambilan keputusan untuk mempersiapkan segala sesuatu yang mungkin saja terjadi yang dapat membahayakan pasien.

Menurut Manuaba, (2013) bahaya persalinan post matur adalah partus lama, inersia uteri, distosia bahu dan perdarahan postpartum. Oleh karena itu, pemberian induksi persalinan dalam kasus persalinan postmatur perlu dilakukan untuk memperbaiki kontraksi ibu sehingga diagnosis masalah potensial dapat di perkecil untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Diagnosa potensial dapat terjadi pada ibu maupun janin. Pada studi kasus Ny. M usia 33 tahun G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan persalinan postmatur, Ny. M potensial mengalami kala I memanjang. Jika pembukaan servik pada nulipara adalah kurang dari 1,2 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 1 cm per jam, untuk multi para pembukaan serviks kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 2 cm per jam. Pada kasus Ny. M didapatkan masalah yang terjadi pada ibu adalah kala I memanjang. Hal ini ditandai dengan pembukaan serviks yang tidak mengalami perubahan pada saat pemeriksaan dalam pada jam 16.00 WIB pembukaan serviks 1 cm dan penurunan janin 4/5, pada saat pemeriksaan dalam selanjutnya pada pukul 19.00 WIB pembukaan 2 cm dan penurunan janin 4/5 . Hal ini sesuai dengan teori yang dijelaskan pada tinjauan teori.

Menurut Manuaba, (2013) bayi dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu, dapat mengalami gawat janin, berat badan janin dapat bertambah besar dan janin lebih peka terhadap sedatif dan norkosa. Potensial yang lebih mungkin terjadi adalah risiko terjadinya gawat janin pada bayi. Gawat janin terjadi jika perubahan pada plasenta terjadi, yang menyebabkan terjadinya peningkatan penimbunan kalsium, pada kasus Ny. M didapatkan tidak ada data yang menunjukkan bahwa terjadi gawat janin, hal ini ditandai dengan djf kembali normal saat kontaksi selesai. Sesuai dengan teori bahwa Gawat janin dapat terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup sehingga mengalami hipoksia, dan tanda gawat janin bisa dilihat jika djf dalam proses persalinan bervariasi dan akan kembali normal dalam beberapa waktu, namun jika djf tidak kembali normal setelah kontraksi ini merupakan tanda gawat janin. Pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Tindakan segera

Tindakan ini dilakukan jika ditemukan adanya diagnosa potensial dan atau masalah emergency sehingga membutuhkan tindakan segera atau tindakan kolaborasi.

Menurut teori jika mengalami komplikasi diluar wewenang bidan maka tindakan segera yang harus dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter atau merujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas lengkap.

Menurut Lesinski dan Manuaba (2010) persalinan post matur termasuk dalam kehamilan risiko tinggi. Sesuai standar pelayanan kebidanan nomor 4 tujuan nomor 1 yaitu memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan. Sehingga sikap bidan sebagai tenaga kesehatan dalam menangani komplikasi ini yaitu melakukan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter kandungan dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

Pada kasus Ny. M, didapatkan perlunya kolaborasi dengan dokter untuk mengantisipasi komplikasi – komplikasi yang akan terjadi terhadap ibu. Sesuai dengan teori apabila persalinan dibiarkan berlangsung terus, tindakan segera yang dapat dilakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemberian oksitosin 5 U/L drip kedalam cairan RL 500 cc (Sarwono, 2010).

Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

5. Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah kelanjutan manajemen terhadap masalah yang dialami atau antisipasi diagnosa potensial yang mungkin akan terjadi. Di lapangan, penulis merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa/masalah aktual dan potensial sebagai berikut, rencana tindakannya terdiri dari , beri asuhan sayang ibu seperti dukungan emosional untuk mengurangi rasa cemas yang di rasakan ibu saat ini. Berkolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya pre operasi seksio

sesaria. Pasang infus RL 500 ml dengan abocath 18 di tangan kiri ibu. Pasang kateter 18 untuk menjaga kandung kemih ibu tetap kosong selama proses operasi berlangsung. Kemudian lakukan skin tes antibiotik injeksi Ceftriaxone 1g/IC. Lakukan pemantauan DJJ serat mempersiapkan ibu dengan mengantar ibu ke ruangan operasi.

Di ruang operasi dokter anastesi melakukan anastesi spinal pada lumban V ibu, setelah beberapa menit menunggu obat bereaksi dan dokter bedah melakukan insisi membujur sampai garis tengah korpus uteri di atas segmen bawah Rahim sepanjang 12 cm. setelah cavum uteri terbuka dokter melahirkan janin dengan tangan kiri memegang kepala bayi dan tangan yang lain memegang kaki bayi, kemudian dilakukan pemotongan tali pusat. Pada kala III dokter melahirkan plasenta secara manual dengan melepaskan plasenta dari tempat implantasinya. Kemudian Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan segera yang diberikan dilapangan sesuai dengan teori yang ada (Sarwono, 2010). Pada kala IV penulis menemukan kesenjangan teori dan praktek dimana pada teori kala IV di lakukan pemantauan satu jam pertama empat kali pemantauan setiap 15 menit pasca persalinan. Dan dua jam pertama dua kali pemantauan setiap 30 menit pasca persalinan. Sedangkan di lapangan setelah plasenta lahir dokter langsung menjahit luka insisi lapis demi lapis, membersihkan ibu dan langsung mengantar ibu ke ruang nifas sehingga pemantauan kala IV di lakukan di ruangan nifas 25 menit setelah plasenta lahir.

6. Implementasi

Rencana tindakan dibuat berdasarkan intervensi yang dibuat sebelumnya. Rencana tindakan yang dibuat sesuai dengan teori yaitu melakukan pemantauan his, nadi, DJJ setiap 30 menit, melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau jika ada indikasi, serta memantau ttv dan suhu ibu setiap 4 jam dan sesuai anjuran dokter jika induksi persalinan tidak berhasil maka pasien di persiapkan untuk dilakukan SC (Sarwono, 2010)

Dan dilapangan, Ny. M dengan persalinan post matur secara SC semua tindakan yang telah direncanakan sudah dilaksanakan sebagian dengan baik, tanpa hambatan karena kerjasama dan penerimaan yang baik dari keluarga klien dan petugas kesehatan yang ada di Rumah Sakit. Sehingga dalam tahap pelaksanaan, ada sedikit kesenjangan teori dan praktek, pada pemantauan Kala IV, dimana pemantauan Kala IV dilakukan 25 menit pertama setelah plasenta lahir di ruangan nifas.

7. Evaluasi

Menurut Prawirohardjo, pada teori manajemen asuhan kebidanan evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan. Mengevaluasi pencapaian dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah tercapai atau belum tercapai (Prawirohardjo, 2012).

Pada teori, evaluasi yang telah ditunjukkan adalah menilai apakah bayi dapat dilahirkan. Pada pemantauan Kala IV, dimana pemantauan

Kala IV dilakukan 25 menit pertama setelah plasenta lahir di ruangan nifas. Maka dari hasil yang diperoleh dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan praktek, pada kala IV karna evaluasi yang didapatkan di lapangan tidak sesuai dengan teori yang ada.

STIKes Santa Elisabeth
Medan

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis membahas tentang asuhan kebidanan dengan Persalinan Post Matur di RS Elisabeth Batam tanggal 11 Desember 2017, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada Ny. M usia 33 tahun $G_4P_3A_0$ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur dimana data yang diperoleh dari data subjektif dan data objektif ibu mengalami persalinan lewat waktu.
2. Interpretasi data pada kasus didapatkan diagnosa sebagai berikut “ Ny. M usia 33 tahun $G_4 P_3A_0$ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur. Masalah dari kasus ini adalah tidak terjadinya persalinan dan ibu merasakan kontraksi tetapi kontraksi masih jarang dan lemah. Kebutuhan yang diperlukan Ny. M adalah memberikan penjelasan atas keluhan dan kondisi persalinan ibu saat ini, pemantauan kemajuan persalinan dan pemberian terapi.
3. Diagnosa potensial dalam kasus Ny. M usia 33 tahun $G_4P_3A_0$ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur adalah kala I memanjang dan resiko terjadinya gawat janin.
4. Tindakan segera pada kasus Ny. M usia 33 tahun $G_4P_3A_0$ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur adalah pemberian terapi dan tindakan kolaborasi dengan dokter kandungan.

5. Perencanaan pada kasus Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur adalah melakukan induksi persalinan dan pemantauan pembukaan, DJJ, his dan ttv ibu dan jika induksi persalinan tidak berhasil maka dilakukan *sectio cesarea* pada ibu.
6. Pelaksanaan yang dilakukan di klinik telah diberikan asuhan kebidanan pada tanggal 11 des 2017 yaitu memberikan induksi persalinan, memantau *vital sign* ibu, dan memantau adanya gawat janin dengan mengobservasi DJJ, dan dilakukan VT pada pukul 19.00, pembukaan 2cm, dan instruksi dokter segera dilakukan SC pada ibu. Ibu sudah dilakukan tindakan *sectio cesarea*, dan setelah selesai ibu langsung di antar ke ruangan nifas untuk dilakukan pemantauan.
7. Evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan asuhan di RS Santa Elisabeth Batam yaitu didapatkan karena tidak adanya kemajuan persalinan pada ibu sehingga dilakukan tindakan *sectio cesarea* pada ibu untuk menghindari terjadinya gawat janin pada bayi dan *sectio cesarea* sudah dilakukan dan ibu diantar ke ruangan nifas untuk dilakukan pemantauan.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Agar institusi pendidikan menambah sumber kepustakaan yang terbaru khususnya kegawadaruratan maternal dan neonatal sehingga menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan juga dalam tahap penyelesaian tugas akhir.

2. Bagi Institusi Kesehatan (RS Santa Elisabeth Batam)

Pelayanan Kesehatan (RS) lebih meningkatkan pelayanan kebidanan dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai dengan masalah yang terjadi pada pasien.

3. Bagi Klien

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan dan melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya. Sehingga ibu hamil mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat atas komplikasi yang dialaminya.

4. Bagi Mahasiswa/Penulis berikutnya

Agar mahasiswa lebih meningkatkan kemampuan dan *skill* dengan rajin membaca dari berbagai referensi, memfokuskan diri dalam pembelajaran maupun praktek selama proses kuliah serta *up to date* dalam informasi dan isu mengenai pendidikan dan kesehatan. Sehingga ketika terjun langsung ke lapangan mahasiswa sudah siap, mempunyai modal serta mampu memberikan asuhan kebidanan nyata dan berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

Anwar, Nadhifa. (2018) Hubungan usia, paritas ibu bersalin dengan kejadian persalinan postterm. Jurnal berkala epidemiologi. Vol 6 (37-46)

Depkes, 2017, Data AKI dan AKB Indonesia : <http://www.depkes.go.id> diunduh pada tanggal 10 Februari 2018

Evi, 2015, Kehamilan Serotinus : <https://www.thieryabde.wordpress.com> diunduh pada tanggal 15 April 2018

Fraser, Diane & Cooper, Margaret. 2012. Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta : EGC (Hal 289 - 302)

Freddy, 2014, Landasan teori persalinan serotinus : <https://www.repository.unimus.ac.id> diunduh pada tanggal 13 Maret 2018

Hollingworth, Tony. 2014. Diagnosis Banding dalam Obstetri & Ginekologi. Jakarta : EGC (Hal 113 – 117)

Hutahaean, Serri. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika

Lisnawati, Lilis. 2013. Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan. Jakarta: Trans Info Jakarta (hal 114 - 116)

Manuaba, Chandranita & dkk. 2013. Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk profesi Bidan. Jakarta: EGC (Hal 104 – 106)

Martaadisoebrata, Djamhoer & dkk. 2015. Obstetri Patologi. Jakarta : EGC (Hal 74 – 77)

Mochtar, Rustam. 2010. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Norma, Nita. 2013. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta : Nuha Medika (hal 202 – 204)

Prawirhardjono, sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT. Bina Pustaka (Hal 685 – 695)

Saputra, Lyndon. 2014. Masa Persalinan Fisiologi & Patologi. Jakarta : Binarupa Aksara

Saswita, Reni . 2011. Asuhan Kebidanan pada masa persalinan. Jakarta : Salemba medika

Sinclair, Constance. 2010. Buku Saku Kebidanan. Jakarta: EGC HAL 130

Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga

WHO, 2017, Data Angka Kematian Ibu dan Bayi :
<http://www.who.int/mediacentre> diunduh pada tanggal 10 Februari 2018

STI Kes Santa Elisabetin
Medan

FORMULIR
SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, April 2018

Kepada Yth:

Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Melisa Elisabeth Sinaga

Nim : 022015043

Program Studi : D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Persalinan dengan Post Matur

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀ usia kehamilan 44 minggu dengan post matur di RS Santa Elisabeth Batam”

Hormat saya



Melisa Elisabeth Sinaga

Disetujui oleh



Merlina Sinabariba SST, M.Kes

Diketahui oleh



Sr. Lidwina FSE

MIDWIFERY CARE ON Mrs. M 33 YEARS OLD G₁P₀ AGE OF
PREGNANCY 44 WEEKS WITH POST MATURE AT SANTA
ELISABETH HOSPITAL BATAM
YEAR 2017¹

Melisa Elisabeth Sinaga² Merlina Sinabariba³

ABSTRACT

The Background: in Indonesia, the incidence rate of maternity post date a time of about 10% varies between 10,4 – 12% when taken from the 42 week time limit and 3,4 – 4% when taken within the 43 week time limit. The postmature term is used because it does not directly state the understanding of length of pregnancy and the maturity of the fetus.

Objective: The writing of this final report is to gain real experience in implementing maternal midwifery care with postmature maternity.

The Method: This report used the midwifery management approach. Maternal midwifery care with postmature maternity was conducted on 11 December 2017 at Elisabeth Hospital in Batam.

Result: From the result of this final project report gets real picture and experience in the making of midwifery care in the maternal mother with postmature maternity. From the results of implementation of midwifery care starting from data collection, data interpretation, potential diagnosis, immediate action, action plan, implementation and evaluation on maternity mothers with postmature maternity in Elisabeth Hospital Batam has been implemented.

Conclusions: postmature maternity is 10% because the mother forgot the date of HPHT, so it is difficult to determine ovulation exactly. Midwife plays a role to remind mothers to make regular visits during pregnancy.

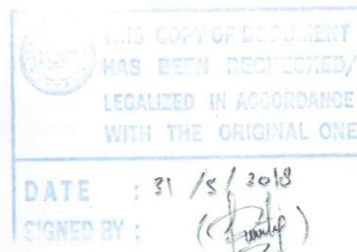
Keywords: Post date Maternity

References: 14 Books, 2 PDFs, 1 Journal

¹ Title of final report

² Midwifery student of STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

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, 21 Oktober 2017

Nomor : 984/STIKes/RSE BATAM/X/2017

Lamp. : -

Hal : Permohonan Ijin Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III

Kepada Yth :

Direktur

Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam

di

Tempat

Dengan hormat,

Sesuai dengan Kalender Akademik Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Tahun Akademik 2017/2018 bahwa Mahasiswa Semester V akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di rumah sakit dan klinik, maka melalui surat ini kami memohon kepada Bapak agar kiranya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut untuk melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di Rumah Sakit yang Bapak pimpin. Adapun pelaksanaan praktek tersebut dimulai tanggal 20 November – 09 Desember 2017.

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

Respectfully,

STIKes Santa Elisabeth Medan



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

Ketua

Tembusan Yth.:

1. Wadir Pelayanan Keperawatan RS Santa Elisabeth Batam
2. Ka.Sie Diklat RS Santa Elisabeth Batam
3. Arsip

NAMA MAHASISWA GELOMBANG I DAN II PRAKTEK KLINIK KEBIDANAN II
PRODI DIII KEBIDANAN STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAMI LUBUK BAJA

Tanggal 17 Nopember - 1 Desember 2017

NO	GELOMBANG I
1	ASIMA ROYANI S
2	ENNY ANDRIYANI HUTAPEA
3	JAYANTI TAFONAO
4	KRISTINA SAGALA
5	MONA ANGELINA NAPITUPULU
6	PESTA MARSAULINA SITINJAK
7	STELLA STEVANIE
8	YENIMAN WARUWU
9	YUYUN HARTANTI
10	BEATA ARNIAT BATEE
11	EVA ANREANI
12	JUMERLI ROMINDO
13	LIA OKTANITA SIHOMBING
14	NILA MAGDALENA S
15	RANI EWITA NAINGGOLAN
16	SUSI HERIYANTI M
17	YENNI RAJAGUKGUK
18	BERIANA DEBORA ZEGA
19	PUTRI LUHA
20	JURANI SIMANGUNSONG
21	LORENA YANTI SIRAIT
22	NURCAHAYA SULAMIN LUBIS
23	RANI KRISTINA SIMBOLON
24	TRI GUSTI PARDEDE
25	YOHANA SRIANI RAJAGUKGUK
26	CHINDY ANASTASYA S
27	FITIRI MANURUNG
28	JUSLY SIMAMORA
29	LISMAWATI WARUWU
30	NINGSIH RANI MARPAUNG
31	RAVIKA VALENTINE MALAU
32	TIURMA SIMBOLON
33	YULIAN SARI NABABAN
34	ANGELINA SILVIA B
35	DEWI SANTI PASARIBU
36	IMELDA JULI
37	KLARA BASIFITI FAU

Tanggal 3 - 16 Desember 2017

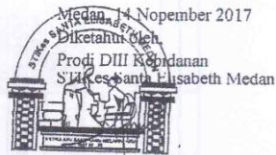
NO	GELOMBANG 2
1	ADE PYSESA SARAGIH
2	DEBORA KRISDAYANTI
3	FITRIANA SIHOMBING
4	KASRIANA THERESIA TURNIP
5	MARISA RONAULI SIANIPAR
6	PASKA SIANIPAR
7	RONAULI SINAGA
8	VALENTINA ZAI
9	ADRIANA DANITA
10	DESI VALENTINA
11	FRANSISCA PRILLY
12	SR. M. GISELA SFD
13	MARTA YULIA HALAWA
14	PASKARIA SITINJAK
15	SANTA MONALISA GINTING
16	WENNI GRECYANA
17	ANASTASIA PERMATA GEA
18	DESY NATALINA SINAGA
19	GITA GLORI
20	KETRIN SARI RUMAPEA
21	MELDA HUTAHEAN
22	PERONIKA KRISTIANI
23	SAUR MELIANA
24	WINDA MINTAULI
25	ANGGI TRESNA
26	DIANA GABRIELLA
27	INES DAMAYANTI
28	KLARA ZIDOMI
29	MELISA ELISABETH SINAGA
30	PUTRI AFRI S
31	SISTER IBAROTUA
32	YANTI MAHULAUE
33	YUSTINA INDIANIS M
34	PUTRI MISERI
35	SILVESTRI PANE
36	WYNDA IRMAYANTI
37	YUNITA ANGGRAINI G

Disusun oleh,

Ermawaty Arisandi

Ermawaty Arisandi Siallagan, SST., M.Kes
Koordinator

Medan, 14 Nopember 2017



Anita Veronika SST., M.KM
Kaprosdi

KELOMPOK 1	KELOMPOK 2	KELOMPOK 3	KELOMPOK 4	KELOMPOK 5	KELOMPOK 6
ASMA ROYANI S	ENNY ANDRIYANI HUTAPEA	JAYANTI TATONAO	KRISTINA SAGALA	MONA ANGELINA NAPTUPULU	PESTA MARSAULINA SITINJAK
STELLA STEVAMIE	YENIMAN WARUWU	YUTUN HARTANTI	BEATA ARNIAT BATEE	JUMERLI ROMINDO	LIA OKTANTA SIHOMBING
RANI EWITA NAINGGOLAN	YENNI RAJAGUKGUK	EVA ANREANI	BERIANA DEBOR AZEGA	NILA MAGDALENA S	SUSI HERIYANTI M
FITRI LUHA	JURANI SIMANGUNSONG	LORENA YANTI SIRAIT	NURCAHAYA SULAMIN LUBIS	YOHANA SRIANI RAJAGUKGUK	RANI KRISTINA SIMBOLON
NINGSIH RANI MARPAUNG	FITRI MANURUNG	JUSLY SIMAMORA	TRI GUSTI PARDEDE	LISMAWATI WARUWU	CHINDY ANASTASYA S
IMELDA JULI	TIURMA SIMBOLON	YULIAN SARI NABABAN	RAVIKA VALENTINE MALAI	ANGELINA SILVIA B	DEWI SANTI PASARIBU
KLARA BASIFITI FAU					

DINAS RUANGAN	IGD	POLI	OK	VK	BAYI	N
18/11-24/11	VK	BAYI	NIFAS	IGD	POLI	
25/11 - 01/12	1	2	3	4	5	
KELOMPOK						

DAFTAR NAMA MAHASISWA BERDASARKAN KELOMPOK DINAS GELOMBANG 2
PRODI DIII KEHIDUPAN STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

KELOMPOK 1	KELOMPOK 2	KELOMPOK 3	KELOMPOK 4	KELOMPOK 5	KELOMPOK 6
PASKA SIANIPAR	MARISA RONALDI SIANIPAR	KASRIANA THERESIA TURNIP	FITRIANA SIHOMBING	DEBORA KRISDAYANTI	ADE PYSESA SARAGIH
SR M GISELA SFD	FRANSISCA PRILLY	DESI VALENTINA	ADRIANA DANITA	VALENTINA ZAI	RONALI SINAGA
SANTA MONALISA GINTING	WENNI GRECYANA	PASKARIA SITINJAK	ANASTASIA PERMATA GEA	DESY NATALIA SINAGA	MARTA YULIA HALAWA
PUTRI AFRI S	GITA GLORI	INES DAMAYANTI	MELDA HUTAHEAN	DIANA GABRIELLA	KETRIN SARI RUMAPEA
SILVESTRI PANE	WINDA MINTAULI	SISTER IBAROTUA	PUTRI MISERI	YANTI MAHULAE	SAUR MELIANA
MELISA ELISABETH SINAGA	KLARA ZIDOMI	YUSTINA INDIANIS M	YUNITA ANGGIRANI G	WYNDIA IRMAYANTI	PANGGI TRESNA
PERONIKA KRISTIANI					

DINAS RUANGAN	IGD	POLI	OK	VK	BAYI
04/12-10/12	VK	BAYI	NIFAS	IGD	POLI
11/12 - 16/12	1	2	3	4	5
KELOMPOK					

Disusun oleh,

[Signature]

Emawaty Arisandi Siailagan, SST, M.Kes
Koordinator

Medan, 14 Nopember 2017
Diketahui oleh,

Prodi DIII Kehidupan STIKes Santa Elisabeth Medan



Asma Veronika, SST, M.KM
Kaprodi

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal Masuk : 11 des 2013 Tgl pengkajian : 11 des 2013
 Jam Masuk : 16.10 WIB Jam Pengkajian : 16.10 WIB
 Tempat : RSG Botam Pengkaji : Melsa Sinaga
 No. Register :

II. PENCUMPULAN DATA

A. BIODATA

Nama Ibu : Ny. M Nama Suami : Tn. A
 Umur : 33 tahun Umur : 38 tahun
 Agama : Kristen protestan Agama : Kristen protestan
 Suku/bangsa : Toba (Indonesia) Suku/bangsa : Toba (Indonesia)
 Pendidikan : SMP Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT Pekerjaan : K. Swasta
 Alamat : Balai kolam Alamat : Balai kolam

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Alasan utama masuk kamar bersalin : Ibu merasa perutnya mules serak
 jadi siang & keluar lendir darah sedikit dari kemaluan.

b. Riwayat menstruasi

Menstruasi : 12 th,
 Siklus : 28 hari, teratur/tidak teratur
 Lama : 3-4 hari,
 Banyak : ± 4 x ganti pembalut/hari
 Dismenorea/tidak : tidak

c. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi sejak tanggal: 11 des 2013 pukul: 12.00
 Frekuensi : 2 x
 Lamanya : 15-30 detk kekuatannya lemah
 Lokasi ketidaknyaman perut

d. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir : Ada/tidak Jumlah : banyak Warna : merah
 Air Ketuban : Ada/tidak Jumlah : - Warna : -
 Darah : Ada/tidak Jumlah : - Warna : -

e. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	T Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas		
						Bayi	Ibu	BB/BK	Kedua	Kedua	laktasi	
1	11 thn	1	Normal	Botam	-	-	-	35/500/14	baik	baik	baik	
2	8 thn	1	Normal	Botam	-	-	-	30/500/14	baik	baik	baik	
3	5 thn	1	Normal	Botam	-	-	-	30/500/14	baik	baik	baik	

f. Riwayat kehamilan sekarang

G 4 P 3 A 0

HPHT : 5 feb 2018

HPL : 12 nov 17

UK : 44 mg 1 hr

ANC : teratur/tidak, frekuensi : 2 x di: rumah

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 8 x

Riwayat Imunisasi: TT 1: ✓ TT 2: -

Keluhan : tidak ada

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : -

Tanda-tanda bahaya : post date

g. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu :

Jantung : tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Diabetes Mellitus : 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 Mellitus : tidak ada

Asma : tidak ada

Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

i. Riwayat KB ~~16~~ Implan

j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi :

Status perkawinan : sah Kawin : 1 kali

Lama nikah : 13 tahun, menikah pertama pada umur 20 tahun

Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah kepala keluarga

Tempat rujukan jika ada komplikasi : -

Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : -

k. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari, makan terakhir jam 13.00 wib

Jenis : nasi + lauk + sayur

Porsi : 1 porsi

Minum : 10 gelas/hr, jenis air putih & susu

Keluhan/pantang : tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam

Tidur malam : 7 jam

Tidur terakhir jam :
Keluhan : tdk ada

- c. Pola eliminasi
BAK : 4 kali/hari, konsistensi cair, warna : kuning jernih
BAB : 1 kali/hari, konsistensi padat, warna : kuning lendir darah : -
BAB terakhir jam : 06.00 wib
- d. Personal hygiene
Mandi : 2 kali/hari
Ganti pakaian/pakaian dalam : 3 sehari
- e. Pola aktivitas
Pekerjaan sehari-hari : mencuci, menyapu, memasak
Keluhan : tdk ada
Hubungan seksual : 2 x/mgg, Hubungan seksual terakhir
- f. Kebiasaan hidup
Merokok : tdk ada
Minum-minuman keras : tdk ada
Obat terlarang : tdk ada
Minum jamu : tdk ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum :
Keadaan umum : baik kesadaran : cm
Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 110/70 mmHg
Nadi : 80 kali/menit
Suhu : 36,2 °C
Respirasi : 20 kali/menit
Pengukuran tinggi badan dan berat badan
Berat badan : 71 kg, kenaikan BB selama hamil : 7 kg
Tinggi badan : 163 cm
LILA : 28 cm
2. Pemeriksaan fisik
Inspeksi
a. Postur tubuh : lordosis
b. Kepala
Muka : Bersih, Cloasma : tdk ada, edema : tdk ada
Mata : Simetris, Conjunctiva : tdk ada, Sclera : tdk ikterik
Hidung : Bersih, polip : tdk meradang
Gigi dan Mulut/bibir : Bersih, tdk ada caries
c. Leher : tdk ada pembesaran kelenjar tiroid
d. Payudara :
Bentuk simetris : simetris
Keadaan puting susu : menonjol

Areola mammae : hiperpigmentasi
 Colostrum : -
 Palpasi :
 Colostrum : -
 Benjolan : tdk ada

e. Ekstremitas

f. Tangan dan kaki : Gerak, tdk ada Oedema, tdk varises.

Simetris/tidak : ya
 Oedema pada tungkai bawah : tdk ada
 Varices : tdk ada
 Pergerakan : aktif

g. Abdomen

Inspeksi

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak

Linea nigra : ada

Bekas luka/operasi : -

Palpasi

TFU : 32 cm

Leopold I : pd fundus teraba lunak & bulat (bokong)

Leopold II : pd bti lu teraba keras & memapan (Pukl)

Leopold III : pd bagian terendah teraba keras, bulat & merenting

Leopold IV : sudah masuk PAP

TBJ : 32 ss gr.

Kontraksi : 2 x/10 menit, la na detik, kuat/lemah, teratur/tidak

Kandung kemih : kosong

Auskultasi

DJT : ada

Frekuensi : 154 x/menit, teratur/tidak

Punctum maksimum : +

Perkusi

CVAT : tdk dilakukan

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : tdk dilakukan

Distosia Cristarum : tdk dilakukan

Distosia Spinarum : tdk dilakukan

Coniungata Bourdeloque : tdk dilakukan

4. Pemeriksaan Genitalia

Varises : tdk ada

Oedema : tdk ada

Pembesaran kelenjar bartholini : tdk ada

Pengeluaran pervaginasi : tdk ada

Bekas luka/jahitan perineum : tdk ada

II. Identifikasi Diagnosa, Masalah, dan kebutuhan

Diagnosa : Ny. M usia 33 tahun G₄P₃A₀, usia kehamilan 44 minggu 1 hari, dengan post matur inpartu kala I fase laten.

Data Dasar:

1. Ibu multigravida (G₄P₃A₀)

DS: Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang keempat dan belum pernah keguguran.

DO:

2. Usia kehamilan 44 minggu 1 hari

DS: Ibu mengatakan HPHT 05 Feb 2013

DO: (2) 2 minggu 2 hari

(3) 4 minggu 3 hari

(4) 4 minggu 2 hari

(6) 4 minggu 3 hari

(6) 4 minggu 2 hari

(7) 4 minggu 3 hari

(8) 4 minggu 3 hari

(9) 4 minggu 2 hari

(10) 4 minggu 3 hari

(11) 4 minggu 2 hari

(12) 1 minggu 1 hari

= 44 minggu 1 hari

3. Janin tunggal

DS: Ibu mengatakan hanya merasakan gerakan pada satu sisi

DO: pada saat dilakukan Leopold, hanya teraba satu kepala, satu punggung, dan bagian-bagian kecil janin.

4. Hidup

DS: Ibu mengatakan gerakan janin makin aktif

DO: DD = 148 x 11, dan tampak janin bergerak saat dilakukan pemeriksaan

5. Intrauterine

- DS: Ibu merasakan tidak ada merasa sakit pada kehamilannya
DO: TFU sesuai dan usia kehamilan

6. Punggung kiri

- DS: Ibu mengatakan sering merasakan gerakan pada sisi sebelah kanan
DO: pada saat dilakukan Leopold II, terasa bagian keras, panjang menonjol pada perut sebelah kiri ibu.

7. Presentasi kepala

- DS: pada saat dilakukan Leopold III terasa bagian keras, bulat dan tidak merenting.

8. Sudah masuk PAP

- DS: Ibu mengatakan sudah merasakan nyeri pada bagian pinggang
DO: pada saat dilakukan Leopold IV, tangan tidak dit beratu, kepala, tidak bisa digoyangkan dan sudah divergen.

9. Keadaan ibu dan janinnya baik dan post matur

- DS: Ibu mengatakan UK : 44 minggu 1 hari

DO : TTU : TD : 110/80 mmHg

Tp: 36,°C / 02 x li

rr: 24 x li

DJ: 145 x li dan bayi bergerak aktif

Masalah : - kontraksi lemah

- Bayi belum lahir sudah 2 minggu

- Kebutuhan :
1. Pantau DJ dan KU ibu
 2. Induksi persalinan
 3. Pantau kemajuan persalinan
 4. Asuhan sayang ibu
 5. Persiapan alat persalinan

- III. Antisipasi Masalah Potensial
 Pada Ibu : perdarahan post partum
 Pada bayi : Gawat janin asfiksia

IV. Tindakan Segera
 kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan

V. Intervensi

No	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Beritahu Ibu dan keluarga tentang kondisi Ibu saat ini dan hasil pemeriksaan yang dilakukan.	Memberitahu Ibu hasil pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan dapat memberikan kenyamanan bagi pasien karena sudah mengetahui kondisinya
2.	Beri nutrisi dan cairan Ibu	Pemberian cairan dan nutrisi kpd Ibu & memenuhi kebutuhan Ibu serta agar Ibu tdk merasa kelelahan saat menghadapi persalinan.
3.	Lakukan pemantauan DJJ dan his	Pemantauan DJJ dilakukan & mengetahui apakah ada tanda gawat janin, dan pemantauan his dilakukan & melihat kemajuan persalinan.
4.	Lakukan pemasangan infus & memulainya induksi persalinan	Induksi persalinan dilakukan & menambah kontraksi & mempercepat kemajuan persalinan
5.	Konsultasi dokter & berkolaborasi tentang tindakan selanjutnya.	berkolaborasi & penanganan pd Ibu
6.	Beri dukungan emosional pd Ibu	Dengan memberikan dukungan emosional, Ibu lebih nyaman cemas dan proses operasi yg akan dialami
7.	Lakukan tindakan pre-op seperti mencuci Ibu	Tindakan ini & menghindari terjadinya infeksi pd saat melakukan insisi.
8.	Lakukan pemasangan kateter pd Ibu	Pemasangan kateter & mempermudah tindakan kandas kemih tetap kosong
9.	Lakukan skin test antibiotik pd Ibu	Pemberian antibiotik pd Ibu harus dilakukan skin test, agar kita tahu apakah Ibu alergi terhadap antibiotik tersebut.

No	Tanggal	Implementasi	Paraf
9.	11-12-17 19.06	Melakukan VT pada Ibu, pembukaan 2 cm, portio tebal, eff : 10 %	
10.	19.06	Menghubungi dokter kembali, memberitahu keadaan Ibu bahwa VT: 2 cm di dalam batas normal, dan instruksi dokter, pasien mempersiapkan di SC. ev: Instruksi dokter sudah dilakukan	
11.	19.08	Menghadirkan keluarga di dekat Ibu & mempersiapkan Ibu di operasi, SC, dan menganjurkan keluarga berada terlebih dahulu ev: keluarga sudah berada di dekat Ibu & sudah berada bersama.	
12.	19.10	Melakukan pemasangan kateter pd Ibu no. 10, urine (+) keluar. ev: kateter terpasang baik	
13.	19.11	Melakukan skin test Obat antibiotik pd Ibu dgn Injeksi ceftriaxone 1g. ev: Skin tes sudah dilakukan & observasi tanda alergi	
14.	19.26	Melakukan pemantauan DJJ, hasil : 140 x 6 ev: DJJ dalam batas normal	
15.	19.12	Mengantar Ibu ke ruangan operasi dgn surat persetujuan yg telah ditandatangani ev: persiapan sudah dilakukan & Ibu sudah berada di ruangan operasi	

VI. Implementasi

NO	Tanggal	Implementasi	Pasien
1.	11-12-17 16.10	<p>Membantu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan</p> <p>ku: baik</p> <p>TRP: 12-11-2017</p> <p>UK: 44 mg t hr</p> <p>TTV: TD: 110/70 mmHg</p> <p>Tp: 36,2°C / 98,4°F</p> <p>rr: 20 x/m</p> <p>TB: 163 cm TFU: 32 cm</p> <p>B/B: 77 kg TBB: 32,5 gr</p> <p>LLA: 20 cm DJJ: 140 x/m</p> <p>leapold: VT: 1 cm</p> <p>I: pada fundus teraba lunak, bulat & tidak mementing (bokong)</p> <p>II: pada kiri ibu teraba keras, memanjang, memapah (putri)</p> <p>III: bagian teraba teraba keras, bulat & mementing (kepala)</p> <p>IV: bagian bawah sudah masuk PAP</p> <p>ev: ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan</p>	
2.	16.15	berkolaborasi dengan dokter di tindakan selanjutnya dan advice dokter pantau kemajuan persalinan hingga pukul 19.00, lakukan induksi persalinan, dan jika tidak ada kemajuan persiapkan pasien untuk sc	
3.	16.20	melakukan pemasangan intus ditangan kiri ibu untuk memulai induksi persalinan ev: intus sudah terpasang baik, cairan RL teteskan 10 ml dgn tetesan 4 H ₂ O di sebelah kiri	
4.	16.30	Melakukan pemeriksaan DJJ pd ny. m hasil 144 x/m ev: DJJ dalam batasan normal	
5.	17.00	melakukan pemeriksaan DJJ pada ny. m hasil 144 x/m ev: DJJ dalam batas normal	
6.	17.30	melakukan pemeriksaan DJJ pada ny. m, DJJ 136 x/m ev: DJJ dalam batas normal	
7.	18.00	melakukan pemeriksaan DJJ pada ny. m, DJJ 140 x/m ev: DJJ dalam batas normal	
8.	18.30	melakukan pemeriksaan DJJ pd ny. m, DJJ 154 x/m ev: DJJ dalam batas normal	

VII. Evaluasi

S : - Ibu mengatakan sudah siap untuk operasi

O : - VT : 2 cm, his lemah, tdk teratur, ketuban utuh.
perko : tebal : ett : 20%, penurunan 4/c
DJJ : 140 x/l

A : Ny. M usia 33 tahun G₄ P₃ A₀, uk 44 mg + han
dan post matur. Input kala I fase laten
Masalah belum teratur

P : - Pantau skin test obat
- Bawa ibu ke ruangan operasi.

Data Perkembangan kala II

S: Ibu siap untuk operasi

O: KU: baik,
kes: cm

TTV: TD: 110/70 mmHg
T/P: 36,2°C / 02 x 6
RR: 20 x 6

Kontraksi 2x 10 menit, lemah & tdk teratur
Kandung kemih: kosong

DJ: 140 x 6

A: Diagnosa: Ibu impartu kala II dgn SC atas indikasi post matur
Masalah: tdk ada

Kebutuhan: - Dukungan emosional
- Lakukan SC

Antisipasi masalah potensial: tdk ada

Tindakan segera: tdk ada

P: Melakukan operasi SC oleh dr. Anton SpOG

CU: pukul 20.04 WIB bayi lahir SC, segera menangis kuat,

APGAR 0/1, Jk: PR, BB: 3600 gr, PB: 51 cm, Lk: 34 cm.

Data Perkembangan kala III

S: - Ibu mengatakan serang atas kelahiran bayinya

O: KU: baik
kes: cm

Pukul 20:04 WIB, bayi lahir segera menangis
JK: PR, BB: 3600 gr, PB: 51 cm, A/S: 8/9.

A: :Diagnosa: Ibu mpartu kala III

Antisipasi masalah potensial: tidak ada

Tindakan segera: Tidak ada

P: 1. Dokter anton Sp OG melahirkan plasenta secara manual

EV: plasenta lahir pukul 20.07 WIB, keadaan plasenta lengkap.

Data Perkembangan kala IV

S: - Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya.

O: Ku: baik
kes: cm

TTV: TD: 110/80 mmHg

P: 86 x /m

RR: 24 x /m

T: 37°C

Perdarahan: ± 100 cc

Tfu: 12 cm

D.Cath: terpasang baik

Luka operasi sc: Horizontal

A: Diagnosa: Ibu post sc dalam pemantauan kala IV

Masalah: Teratasi sebagian

kebutuhan: pemantauan kala IV

Heching luka insisi / operasi

Antisipasi masalah potensial: Infeksi luka insisi

Tindakan segera: Heching luka insisi.

P. 1. Dokter anton SpOG menghecing luka insisi
ev: Luka operasi sudah di hecing.

2. Memindahkan ibu dari ruangan ~~ruangan~~ ^{operasi} ke ruangan
~~keperawatan~~ nifas.
→ Melatukan IMD pada bayi.
ev: IMD sudah dilakukan

3. Melakukan pemantauan kepada ibu 2 jam pertama.

Waktu	Tekanan darah	nadi	Suhu	T F U	Kontraksi	andung kemih	perdarahan
20.30	110/70 mmHg	80x4	36,8°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 20cc
20.45	110/80 mmHg	82x4	36,5°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 20cc
21.00	110/70 mmHg	80x4	36,5°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 15cc
21.15	110/80 mmHg	82x4	36,5°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 10cc
21.45	110/70 mmHg	82x4	36,5°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 10cc
22.15	120/70 mmHg	80x4	36,5°C	2 sisi & pusat	baik	kosong	± 10cc

STIKES Medan Santa Elisabeth

Hari / tanggal : Senin, 11 Desember 2017
Dinas Sore. VK / St. Kataina.

Jam	kegiatan
14.00	Tiba di RS. Berdoa. Operan dari shift pagi ke shift sore.
14.10	Keserikan ruangan
16.00	Menerima PB via Paj. Observasi Ny. M BB: 77 kg, TP: 110/70 mmHg, TP: 36.2°C/80.4°F, RR: 20 x 4, O2: 144 x 4, VT: 1 cm
16.30	Menerima ds ds / sedangkan jam' pd ny. M.
16.40	Melakukan pemantauan intake DS 1/2 2014 / i
18.00	Melakukan ds DS: 140 x 4
18.30	Melakukan ds ds: 142 x 4
19.00	Melakukan ds DS: 152 x 4, VT: 2 cm. Mengaspirasi pasien 5 cc. & mengaspirasi pasien 1 cc. OK
21.00	Melakukan ds DS pada Ny. M DS: 150 x 4

16.30	Melakukan ds ds pada Ny. M. DS: 152 x 4
21.00	Mengaspirasi tempat tidur.
21.05	Membenturkan Fleet enema pada Ny. J

1) Shift Mahasiswa

Shift

(Lomas - M) (Marta E. Sinaga)

Dosen Pembimbing

Surpes

(Ermaudy A. Scallagan SST, M. Ter)



GARDA

DAFTAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf dosen
1.	Senin, 14 Mei 2018	Meruna Sinambing SST. M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Meminta tanda tangan persetujuan judul - menyerahkan Bab 1 dan bab 2, dan 3. 	M. Kes
2.	Selasa, 15 Mei 2018	Meruna Sinambing SST. M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Menjumpai Ibu di rumah kedaton Wngsa bab 5. 	M. Kes
3.	Rabu 16 Mei 2018	Meruna Sinambing SST. M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Menjumpai Ibu, dan intruksi mengerjakan seluruh LTA 	M. Kes
4.	Kamis, 17 Mei 2018	Meruna Sinambing SST. M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki tulisan yang salah pada laporan. 	M. Kes

5.	Jum'at 18 Mei 2018	Meruna Sinabanta SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun laporan yang sudah diperbaiki. - Perbaiki daftar pustaka, dan kesesuaian pustaka. 	Munir
6.	Sabtu 19 Mei 2018	Meruna Sinabanta SST, M.Kes.	ada judul laporan.	Munir
	Sabtu 20 Mei 2018	Meruna Sinabanta SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun laporan yang sudah diterima pengusul 	Munir
9.	Senin 28 Mei 2018	Meruna Sinabanta SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> - Konsumsi laporan yang sudah direvisi oleh pengusul - Perbaiki penulisan 	Munir

STIKES Santa Elisabeth Medan

4.	Sabtu, 26.05.2018	Ermawaty A. Siallagan S.ST., M.Kec	- Persalinan tubedan SPB → Kembali ke pelayanan konsultasi ACC.	
5	Sabtu, 26.05.2018	Aprilia Sihpu, S.ST	Konsultasi ke pendarungan Konsultasi kembali → ACC.	
6.	Sabtu, 02.06.2018	Sr. Lidwina PSE	- Perawatan cover - Perawatan Manajemen. (data perkembangan) - Perawatan dokter pusi - Lengkapi lampiran. ACC jhid	