

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. S G₂ P₁ A₀ USIA 36 TAHUN USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN PERSALINAN
DISTOSIA BAHU DI KLINIK SALLY
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

**WENNI GRECYANA SIHOTANG
02201569**

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

LEMBAR PERSETUJUAN**Laporan Tugas Akhir**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. S G₂ P₁ A₀ USIA 36 TAHUN USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN PERSALINAN
DISTOSIA BAHU DI KLINIK SALLY
TAHUN 2018**

Studi Kasus**Diajukan Oleh**

Wenni Grecyana Sihotang

NIM : 022015069

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

Oleh :

Pembimbing : Ermawaty S., SST., M.Kes

Tanggal : 19 Mei 2018

Tanda Tangan :

**Mengetahui
Ketua Progam Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**

Anita Veronika, S.SiT., M.KM



PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Wenni Greycyana Sihotang
NIM : 022015069
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 36 Tahun G₂ P₁ A₀ Usia
Kehamilan 39 Minggu 1 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di
Klinik Sally Tahun 2018

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
pada Senin, 21 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : R. Oktaviance, SST., M.Kes

Penguji II : Bernadetta Ambarita, SST., M.Kes

Penguji III : Ermawaty A. Siallagan, SST., M.Kes

Mengetahui
Kepala Program Studi D3 Kebidanan



Prodi D3 Kebidanan S.SiT., M.KM

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



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

CURRICULUM VITAE

Nama : Wenni Grecyana Sihotang
Tempat/ Tanggal Lahir : Siringo-ringo, 04 Mei 1997
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Parlilitan

PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri Inpres 177936 Parluasan (2003-2009)
2. SMP : SMP Swasta St. Yoseph Lintongniuta (2009-2012)
3. SMA : SMA Swasta Assisi (2012-2015)
4. D-III : Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Angkatan 2015

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. S G₂ P₁ A₀ Usia 36 Tahun Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu di Klinik Sally Tahun 2018”** 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

(Wenni Sihotang)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. S G₂ P₁ A₀ USIA 36 TAHUN USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN PERSALINAN
DISTOSIA BAHU DI KLINIK SALLY
TAHUN 2018¹**

Wenni Grecyana Sihotang², Ermawaty Siallagan³

INTISARI

Latar Belakang: Distosia bahu merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala. Kasus distosia bahu memang tidak umum terjadi namun membahayakan bagi ibu dan janin. di Indonesia kematian perinatal dilaporkan terjadi pada 0,4-0,5 % kasus distosia bahu tahun 2010.

Tujuan: Mampu melakukan Asuhan Kebidanan pada Ny. S GII PI A0 Umur 36 Tahun Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari dengan Persalinan Distosia Bahu di Klinik Sally dengan menggunakan pendekatan Manajemen 7 Langkah Varney.

Metode: Jenis laporan studi kasus dengan metode deskriptif. Lokasi studi kasus di Klinik Sally pada tanggal 26 Maret -18 April 2018

Hasil: Dari hasil penyusunan laporan tugas akihi ini mendapat gambaran dan pengalaman nyata dalam pembuatan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan distosia bahu dan bahu serta tubuh bayi seluruhnya dapat dilahirkan dengan melakukan Manuver McRobert

Kesimpulan: Distosia bahu merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan per vaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala. Pada Ny. S bahu telah dapat dilahirkan dengan melakukan Manuver McRobert

Kata Kunci : Distosia bahu

Referensi : 6 buku (2009-2017), 2 jurnal

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen 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 Ibu Bersalin Pada Ny. S G₂P₁ A₀ Usia 36 Tahun Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Klinik Sally Tahun 2018 ”**Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes St. Elisabeth Medan Program Studi D – III Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka dan lapang dada 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 mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes St. Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan St. Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.Si.T., M.KM selaku Kepala Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk

mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.

3. Flora Naibaho, SST., M.Kes dan Risda Mariana Manik, SST., M.KM selaku koordinator Laporan Tugas Akhir ini telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
4. Ermawaty Arisandi Siallagan SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama menyusun Laporan Tugas Akhir di Akademik Kebidanan Santa Elisabeth Medan.
5. R. Oktaviance S, SST., M.Kes dan Bernadetta Ambarita S, SST., M.Kes selaku dosen penguji Laporan Tugas Akhir ini.
6. Ucapan terimakasih yang terdalam dan rasa hormat kepada orangtua saya, Ayahanda Alfonsus Sihotang dan ibunda Ruslima Sihombing , adik saya Sastro Wijoyo Sihotang, Emima Patrisia Sihotang, Jusuf Sofian Sihotang, dan Arjuna Parlinggoman Sihotang yang telah menjadi motivator terbaik dan selalu mendoakan, memberi doa, semangat, dan dukungan dalam bentuk moral maupun material hingga akhir Laporan Tugas Akhir ini.
7. Seluruh Staf pengajar di STIKes St.Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di Program studi D – III Kebidanan

8. Kepada ibu R. Sianturi, Am.Keb selaku pemimpin Klinik Sally yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk memberikan kesempatan untuk mendapatkan ilmu selama praktik dilapangan.
9. Kepada Ibu Sofia yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
10. Kepada Sr. Flaviana FSE dan Ibu Ida Tamba, selaku ibu asrama St.Agnes yang dengan sabar membimbing dan memotivasi penulis selama tinggal di asrama St.Elisabeth Medan .
11. Buat seluruh teman Program studi Diploma III Kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan khususnya angkatan XIII atas segala dukungan dan bantuan kepada penulis selama menyelesaikan laporan tugas akhir ini .

Akhir kata penulis mengucapkan banyak 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

Penulis

(Wenni Grecyana)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
ABTRAC.....	vii
INTISARI	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv

BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan	6
1. Manfaat Teoritik.....	6
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Persalinan	7
1. Pengertian Persalinan	7
2. Teori Persalinan.....	9
3. Tanda-tanda Persalinan	12

4. Pembagian Kala dalam Persalinan	15
5. Asuhan Sayang Ibu.....	21
6. Partograf	22
B. Distosia Bahu.....	30
1. Pengertian Distosia Bahu	30
2. Tanda dan Gejala.....	31
3. Etiologi	31
4. Faktor Resiko	31
5. Syarat Penatalaksanaan Distosia Bahu.....	32
6. Penanganan Distosia Bahu.....	32
7. Komplikasi	36
C. Teoritis Manajemen 7 Langkah Helen Varney	37
BAB III METODE KASUS.....	42
A. Jenis Studi Kasus	42
B. Lokasi Studi Kasus	42
C. Subyek Studi Kasus	42
D. Waktu Studi Kasus.....	42
E. Teknik Pengumpulan Data	42
F. Alat-alat dan Bahan yang Digunakan	45
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	47
A. MANAJEMEN ASUHAN PADA IBU BERSALIN	47
B. Pembahasan.....	72
BAB V PENUTUP.....	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar manuver	35
--------------------------	----

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Jadwal Studi Kasus LTA
3. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
4. Partograf
5. Daftar Tilik
6. Daftar Hadir Observasi
7. Liflet
8. Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013).

Proses persalinan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu : kekuatan mendorong janin keluar (power) yang meliputi his (kekuatan uterus), kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma. Faktor lainnya adalah faktor janin (*passanger*) dan faktor jalan lahir (*passage*). Pada akhir kehamilan, agar dapat melewati jalan lahir kepala harus dapat mengatasi tebalnya segmen bawah rahim dan servik yang masih belum mengalami dilatasi (Paat, 2015).

Dalam keadaan normal, letak janin ialah belakang kepala. Apabila janin dalam keadaan malposisi atau malpresentasi, maka dapat terjadi distosia.

Malposisi adalah posisi abnormal ubun-ubun kecil relatif terhadap panggul ibu (misalnya posisi oksipto posterior), sedangkan malpresentasi adalah semua letak janin selain letak belakang kepala. Letak janin dapat menyebabkan perpanjangan masa persalinan (Paat, 2015).

Selain dari faktor yang dapat mempengaruhi jalannya persalinan ada juga yang menjadi penyulit dari persalinan, salah satunya yaitu distosia bahu. Distosia bahu merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala. Kasus distosia bahu memang tidak umum terjadi namun membahayakan bagi ibu dan janin. Distosia bahu memiliki kaitan erat dengan terjadinya cedera pleksus brakialis. Cedera brakialis berkisar 1-20% dari seluruh kasus distosia bahu (Paat, 2015).

Komplikasi dari distosia bahu yang dapat terjadi meliputi berbagai derajat cedera pleksus brakialis dan yang jarang terjadi, kerusakan sistem saraf pusat traumatis, asfiksia, dan fraktur klavikula hingga kematian neonatal. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain laserasi jalan lahir, perdarahan. Hingga kini distosia bahu masih menjadi tantangan medis karena resiko terjadinya distosia bahu masih belum dapat diprediksi dengan baik. Distosia bahu masih menjadi penyebab penting cedera neonatal dan maternal dengan tingkat insidensi 0,6-1,4 % dari persalinan pervaginam (Paat, 2015).

Menurut WHO, angka terjadinya distosia bahu berkurang dari 30/324 kelahiran (9,3%) menjadi 6/262 (2,3%). Sedangkan di Indonesia kematian perinatal dilaporkan terjadi pada 0,4-0,5 % kasus distosia bahu. Kematian perinatal didefinisikan sebagai tingkat kematian fetus dan neonatus per 1.000

kelahiran hidup. Kematian terjadi akibat kerusakan sistem saraf pusat akibat hipoksia akut atau trauma fetus sebagai komplikasi persalinan dengan distosia bahu.

Maka untuk menangani hal tersebut dapat dilakukan *Manuver McRobert* dengan posisi ibu berbaring, minta ibu untuk menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya, minta dua asisten (boleh suami atau anggota keluarganya) untuk membantu ibu. Jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan rupture uteri.

Yang kedua yaitu *Manuver Massanti* yaitu dengan posisi ibu berbaring, minta ibu untuk menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya, minta dua asisten (boleh suami atau anggota keluarganya) untuk membantu ibu, tekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simphysis pubis. Hindari tekanan yang berlebihan pada bagian kepala bayi karena mungkin akan melukainya, secara bersamaan minta salah satu bantuan asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah atas dengan lembut. Jangan lakukan dorongan pada pubis, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan rupture uteri (Maryunani, 2017).

Yang ketiga yaitu *Manuver Rubin* tangan yang berada di panggul meraih bahu yang paling mudah diraih, kemudian mendorongnya ke permukaan anterior bahu. Hal ini biasanya akan menyebabkan abduksi kedua bahu kemudian akan menghasilkan diameter antar bahu dan pergeseran bahu depan dari belakang simpisis pubis (Maryunani, 2017).

Yang keempat *Manuver Woods* yaitu masukkan satu tangan ke dalam vagina dan lakukan penekanan pada bahu anterior, ke arah sternum bayi, memutar bahu bayi dan mengurangi diameter bahu. Jika perlu, lakukan penekanan pada bahu posterior ke arah sternum (Maryunani, 2017).

Yang kelima yaitu *Manuver Gaskin*, manuver ini dengan melakukan perubahan posisi yaitu, saat ibu dalam posisi berbaring, si ibu langsung diminta untuk berputar dan mengubah menjadi posisi merangkak (Maryunani, 2017).

Untuk memenuhi pencapaian kompetensi visi misi Prodi DIII kebidanan tentang kegawatdaruratan Maternal dan neonatal dan berdasarkan survey di Klinik Sally Medan pada bulan April tahun 2018 yaitu sebanyak (5,5%) atau 1 orang dari 18 orang yang bersalin mengalami distosia bahu, sehingga penulis tertarik mengambil masalah tersebut menjadi kasus dengan judul Asuhan Kebidanan Pada Ny. S G₂ P₁ A₀ Usia 36 Tahun Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Klinik Sally Tahun 2018.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Kebidanan pada Ny. S G₂ P₁ A₀ Usia 36 Tahun Usia Kehamilan 39 minggu 1 hari Di Klinik Sally Tahun 2018 Dengan Persalinan Distosia Bahu menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengumpulan data dengan benar pada Asuhan Kebidanan pada Ny. S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.
- b. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa pada Asuhan Kebidanan Ny.S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun dengan usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah potensial dan mengantisipasi penanganan masalah pada Asuhan Kebidanan pada Ny.S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan dengan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.
- d. Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan untuk tindakan segera pada Asuhan Kebidanan pada Ny. S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.
- e. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan Asuhan Kebidanan pada pada Ny.S G₂ P₁ A₀ dengan persalinan dengan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada Ny.S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan dengan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.

- g. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan Asuhan Kebidanan pada Ny.S G₂ P₁ A₀ usia 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan persalinan dengan distosia bahu di Klinik Sally Tahun 2018.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritik

Sebagai bahan untuk masukan dan pengembangan materi baik dalam proses perkuliahan maupun praktek, agar mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan distosia bahu.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Institusi

Untuk menambah pengetahuan mahasiswa tentang penanganan distosia bahu, dan juga sebagai referensi perpustakaan untuk bahan bacaan yang dapat dimanfaatkan sebagai perbandingan untuk angkatan selanjutnya.

b. Bagi BPM

Sebagai evaluasi untuk tempat lahan praktek dalam meningkatkan pelayanan kebidanan dalam memberikan konseling pada ibu bersalin dengan persalinan distosia bahu.

c. Bagi Klien

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa di perlukan perhatian dan pemeriksaan pemantauan kesehatan selama masa bersalin dengan distosia bahu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Ari Sulistyawati, 2010).

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. (Prawirohardjo, 2014).

Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Penyesuaian ini sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Hal ini dikarenakan sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi di tingkat pelayanan kesehatan primer dengan penguasaan keterampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas pelayanan tersebut masih belum memadai. (Prawirohardjo, 2014).

Tujuan persalinan normal adalah tercapainya kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu serta bayinya, melalui berbagai

upaya yang terintegrasi dan lengkap namun menggunakan intervensi seminimal mungkin sehingga prinsip keamanan dan kualitas layanan dapat terjaga pada tingkat yang seoptimal mungkin. (Prawirohardjo, 2014).

Kegiatan yang tercakup dalam asuhan persalinan normal adalah sebagai berikut:

1. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi, misalnya mencuci tangan secara rutin, menggunakan sarung tangan sesuai dengan yang diharapkan, menjaga lingkungan yang bersih bagi proses persalinan dan kelahiran bayi, serta menerapkan standar proses peralatan.
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir termasuk penggunaan partograf.
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pascapersalinan, dan nifas, termasuk menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai proses persalinan dan kelahiran bayi.
4. Menyiapkan rujukan bagi setiap ibu bersalin atau melahirkan bayi.
5. Menghindari tindakan - tindakan berlebihan atau berbahaya, seperti episiotomi rutin, amniotomi, kateterisasi, dan penghisapan lendir secara rutin sebagai upaya mencegah perdarahan pascapersalinan.
6. Memberikan asuhan bayi baru lahir, termasuk mengeringkan dan menghangatkan tubuh bayi, memberi ASI secara dini, mengenal sejak dini komplikasi dan melakukan tindakan yang bermanfaat secara rutin.
7. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi baru lahir, termasuk dalam masa nifas dini secara rutin. Asuhan ini akan memastikan ibu dan bayinya

berada dalam kondisi aman dan nyaman, mengenal sejak dini komplikasi pascapersalinan dan mengambil tindakan sesuai dengan kebutuhan.

8. Mengajarkan kepada ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas dan pada bayi baru lahir.
9. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Terdapat lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang aman dan bersih. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologi (Sarwono, 2014).

2. Teori Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. (Manuaba, 2010).

Faktor Persalinan Ada Dua Hormon Yaitu :

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, mekanisme persalinan. (Ari Sulistyawati, 2010)

b. Progesteron

Untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his. (Ari Sulistyawati, 2010).

c. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus. (Ari Sulistyawati, 2010) :

a. Teori Distensi Rahim

1. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
2. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
3. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli menjadi persalinan yang lebih dini. (Ari Sulistyawati, 2010) .

b. Teori Iritasi Mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin) maka akan timbul kontraksi uterus. (Ari Sulistyawati, 2010)

c. Teori Oksitosin

1. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipotalamus posterior
2. Perubahan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
3. Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim.

d. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprenalis

1. Glandula Suprenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
2. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi ansefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F_2 atau E_2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelummelahirkan atau selama proses persalian.

f. Induksi Persalinan

Persalinan juga dapat di timbulkan dengan jalan sebagai berikut :

1. Gagang laminaria : dengan cara laminaria di masukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
2. Amniotomi : pemecahan ketuban.
3. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan infuse.

3. Tanda-tanda Persalinan

Beberapa tanda – tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut (Ari, 2010) :

a. Terjadinya His persalinan

Sifat His persalinan adalah:

1. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
2. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
3. Terjadi perubahan pada serviks
4. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran Lendir dengan Darah

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

1. Pendataran dan pembukaan
2. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
3. Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

c. 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 akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil-hasil yang di dapatkan dalam pemeriksaan dalam :

1. Perlunakan serviks
2. Pendataran serviks
3. Pembukaan serviks.

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*Passenger*), jalan lahir (*Passage*), kekuatan (*Power*), posisi ibu, dan respon psikologis. Masing-masing tersebut dijelaskan berikut ini:

a. Penumpang (*Passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan dari plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

b. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul; sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

c. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu :

1) Kekuatan Primer (Kontraksi Involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan Sekunder (Kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah

kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

3) Posisi Ibu (Positioning)

Posisi dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh : posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

d. Respons Psikologi

Respons psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- 1) Dukungan suami/pasangan selama proses persalinan
- 2) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan.
- 3) Saudara kandung bayi selama persalinan.

4. Pembagian Kala dalam Persalinan

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

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada

permulaan His, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 1998). Proses pembukaan serviks sebagai berikut akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1. Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2. Fase Aktif, dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu:

- a) Fase Akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

- b) Fase Dilatasi Maksimum, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung menjadi 9 cm.

- c) Fase Deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekal. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida maupun multigravida, tetapi pada muligravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung kurang lebih 12 jam dan pada multigravida kurang lebih 8 jam. (Puspita Sari, 2014).

Proses diatas terjadi pada primigravida maupun multigravida, tetapi pada muligravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung kurang lebih 12 jam dan pada multigravida kurang lebih 8 jam.

- b. Kala II (Kala Pengeluaran Bayi)

Kala dua adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap, dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir

dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. (Sulityawati, 2010)

Tanda dan Gejala kala II persalinan adalah:

1. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhouser.
4. Kedua kekuatan yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksopito bertindak sebagai hipomochlion, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
6. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:
 - a. Kepala dipegang pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curamkan keatas untuk melahirkan bahu belakang.

- b. Setelah kedua bahu bayi lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan lainnya.
- c. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- c. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III 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 terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial.

Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

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

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap.

Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu :

1. Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pengeluaran plasenta antara lain:

a) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya.

b) Duncan

Pada cara ini plasenta lepas di mulai dari pinggir. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase Pengeluaran Plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, maka bila pusat masuk berarti belum lepas.

b) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas.

c) Strassman

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

d. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Hal yang penting untuk diperhatikan pada pengawasan kala IV ialah :

1. Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotanika, seperti metergin atau oksitoksin.

2. Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.
3. Kandung kemih : harus kosong, jika penuh maka anjurkan ibu untuk ke kamar mandi, jika tidak memungkinkan maka lakukan kateter.
4. Luka perineum : Jahitan nya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi dan pernapasan.
7. Bayi dalam keadaan baik.

5. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “ Seperti inilah asuhan yang ingin saya dapatkan?” atau “Apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?”

Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan siamu dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vaku, curam, dan seksio caesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam persalinan :

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakuan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Secara konsisten lakukan praktek-praktek pencegahan infeksi yang baik.
10. Hargai privasi ibu.
11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
12. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia mengingikannya.
13. Hargai dan perbolehkan praktek-praktek tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
14. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera mungkin.

15. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.

6. 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 (Saifuddin, 2002 dalam APN 2012).

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 (Depkes, 2008 dalam APN 2012). 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
- 6. Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit
 - a. Lama kontraksi (dalam detik).
- 7. Obat-obatan yang diberikan
 - a. Oksitosin.
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 8. Kondisi ibu
 - a. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
 - b. Urin (volume, aseton atau protein).

9. 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:

A. Lembar depan partograf.

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

b. Kondisi janin.

1. Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak

menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (*bradycardi*) atau diatas 160 permenit (*tachikardi*).

Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100.

Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya

2. Warna dan adanya air ketuban.

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

U : Selaput ketuban **U**tuh.

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban **J**ernih.

M : Air ketuban bercampur **M**ekonium.

D : Air ketuban bernoda **D**arah.

K : Tidak ada cairan ketuban/**K**ering.

3. Penyusupan/molase tulang kepala janin.

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

0 : Sutura terpisah.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya CPD (*cephalo pelvic disproportion*).

c. Kemajuan persalinan.

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

1. 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.

2. 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. Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan. Cantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

2. Kontraksi uterus.

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



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



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



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

e. 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.

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

2. Kondisi ibu (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.

f. 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.

B. 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).

1. Data dasar

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

2. Kala I

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

3. Kala II

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

4. 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, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

5. 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.

B. Distosia Bahu

1. Pengertian

Distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum. Lebih mudahnya distosia bahu

adalah peristiwa dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin lahir.(Maryunani,2017)

2. Tanda Dan Gejala

1. Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva
2. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar
3. Daggu tertarik dan menekan perinium
4. Penarikan kembali kepala terhadap perenium sehingga tampak masuk kembali ke dalam vagina
5. Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simpisis

3. Etiologi

1. Deformitas panggul, kegagalan bahu “melipat” ke dalam panggul (misal : pada makrosomia) disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara.
2. Pada keadaan tersebut diatas menyebabkan penurunan kepala yang terlalu cepat yang menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul setelah mengalami pemanjangan kala II sebelah bahu berhasil melipat masuk ke dalam panggul.

4. Faktor Resiko

1. Ibu dengan diabetes, 7% insiden disdosia bahu terjadi pada ibu dengan diabetes gestasional.

2. Janin besar, distosia lebih sering terjadi pada bayi dengan berat lahir yang lebih besar, meski demikian hampir separuh dari kelahiran distosia bahu memiliki berat kurang dari 4000 gram.
3. Riwayat obstetri / persalinan dengan bayi besar
4. Ibu dengan obesitas
5. Multiparitas
6. Kehamilan postterm, dapat menyebabkan distosia bahu karena janin terus tumbuh setelah usia 42 minggu
7. Riwayat obstetri dengan persalinan lama / persalinan sulit atau riwayat distosia bahu, terdapat kasus distosia bahu rekuren pada 5 (12%) diantara wanita
8. Cephalopelvic disproportion

5. Syarat Penatalaksanaan Distosia Bahu

1. Kondisi vital ibu cukup memadai sehingga dapat bekerja sama untuk menyelesaikan persalinan
2. Jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi tubuh bayi
3. Bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup
4. Tidak ada kelainan kongenital untuk melahirkan bayi

6. Penanganan Distosia Bahu

- Lakukan anastesi
- Kemudian lakukan episiotomi secara mediolateral
- Lalu lakukan Manuvert :

1. Manuver McRobert

- a. Dengan posisi ibu berbaring, minta ibu untuk menarik kedua lutunya sejauh mungkin ke arah dadanya, minta dua asisten (boleh suami atau anggota keluarganya) untuk membantu ibu
- b. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah symphysis pubis. Hindari tekanan yang berlebihan pada bagian kepala bayi karena mungkin akan melukainya
- c. Secara bersamaan minta salah satu bantuan asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah bawah dengan lembut. Jangan lakukan dorongan pada pubis, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan rupture uteri

2. Manuver Massanti

- a. Dengan posisi ibu berbaring, minta ibu untuk menarik kedua lutunya sejauh mungkin ke arah dadanya, minta dua asisten (boleh suami atau anggota keluarganya) untuk membantu ibu
- b. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah symphysis pubis. Hindari tekanan yang berlebihan pada bagian kepala bayi karena mungkin akan melukainya
- b. Secara bersamaan minta salah satu bantuan asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah atas dengan

lembut. Jangan lakukan dorongan pada pubis, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan ruptur uteri

3. Manuver Rubin

- a. Tangan yang berada di panggul meraih bahu yang paling mudah diraih, kemudian mendorongnya ke permukaan anterior bahu. Hal ini biasanya akan menyebabkan abduksi kedua bahu kemudian akan menghasilkan diameter antar bahu dan pergeseran bahu depan dari belakang simpisis pubis.

4. Manuver Corkscrew Woods

- a. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan lakukan penekanan pada bahu anterior, ke arah sternum bayi, memutar bahu bayi dan mengurangi diameter bahu.
- b. Jika perlu, lakukan penekanan pada bahu posterior ke arah sternum


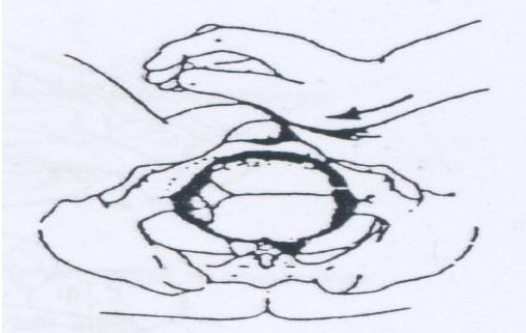
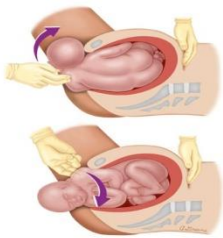
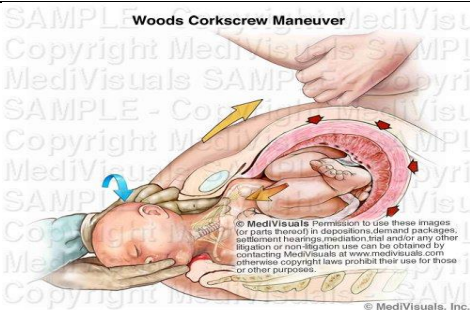
Teknik kelahiran bahu belakang

- a. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior.
- b. Fleksikan lengan bayi di bagian siku dan letakkan lengan tersebut melintang di dada bayi

5. Manuver Gaskin

- a. Manuver ini dengan melakukan perubahan posisi yaitu, saat ibu dalam posisi berbaring, si ibu langsung diminta untuk berputar dan mengubah menjadi posisi merangkak

TABEL 2.1 Gambar Manuver dalam Pertolongan Persalinan Distosia bahu

NO	MANUVER	GAMBAR
1	MANUVER MCROBERT	
2	MANUVER MASSANTI	
3	MANUVER RUBIN	<p>+ Management - Rubin</p> 
4	MANUVER WOODS	<p>Woods Corkscrew Maneuver</p> 

5	MANUVER GASKIN	
---	-------------------	--

7. Komplikasi Persalinan Distosia Bahu

Pada Ibu:

1. Perdarahan post partum (atonia uteri, rupture uteri, laserasi vagina)

Pada bayi:

1. Morbiditas dan mortalitas
2. Kecacatan pleksus brachialis
3. Fraktur klavikula
4. Fraktur humerus

C. Teoritis Manajemen 7 Langkah Manajemen Helen Varney

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih rinci dan bisa berubah sesuai dengan kondisi klien.

Ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I: Identifikasi Data Dasar

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah pembuatan keputusan klinik. Data utama (misalnya, riwayat persalinan), data subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya keluhan pasien), dan data obyektif dari pemeriksaan fisik (misalnya tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis dan pada akhirnya, membuat keputusan klinik yang tepat.

Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh para anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika hal tersebut dapat ditelusuri untuk mengetahui penyebab masalah atau kondisi gawat-darurat seperti rasa nyeri, kehilangan kesadaran, atau syok. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

- Anamnesa dan observasi langsung
- Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda - tanda vital

- Pemeriksaan penunjang (Laboratorium)
- Catatan medik

Langkah II: Interpretasi Data untuk Mendukung Diagnosis atau Identifikasi Masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis untuk membuat alur algoritma menuju suatu diagnosis. Peralihan dari analisis data hingga diagnosis, bukanlah suatu proses yang linier (berada pada suatu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus-menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas ulang berdasarkan waktu, pengamatan dan pengumpulan data secara terus-menerus.

Untuk membuat diagnosis dan identifikasi masalah, diperlukan:

- Data yang lengkap dan akurat
- Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada atau sedang dihadapi

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi suatu kondisi yang berkisar diantara normal dan patologik dan memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki dimensi yang luas dan mungkin berada di luar konteks sehingga ketertarikan atau batasannya menjadi tidak jelas

jika dirujuk ke diagnosis yang akan dibuat sehingga sulit untuk menentukan masalah apa yang harus segera diselesaikan. Masalah obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga penatalaksanaan masalah tersebut memerlukan upaya penyerta atau tambahan tersendiri selain upaya korektif terhadap diagnosis kerja yang telah dibuat.

Langkah III: Antisipasi Diagnosa / Masalah Potensial

Bagian ini dianalogikan dengan proses membuat pilihan definitif setelah mempertimbangkan berbagai pilihan lain dengan kondisi yang hampir sama atau mirip. Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar – benar terjadi . Langkah ini sangat penting didalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah IV: Tindakan Segera dan Kolaborasi

Pada langkah ini petugas kesehatan atau bidan desa, tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya, untuk

mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan bagi ibu dan bayi jika situasi gawat darurat terjadi.

Langkah V: Rencana Tindakan Asuhan

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan dan kesiapan asuhan atau intervensi efektif, dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki.

Langkah VI: Implementasi Tindakan

setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini penting untuk menghindari terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan atau bayi baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan.

Langkah VII: Evaluasi

Rencana kerja yang telah dikerjakan, akan dievaluasi untuk menilai tingkat efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau dianggap sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar).

Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektif apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa

dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah ditegakkan. apapun jenisnya, asuhan dan intervensi yang diberikan harus efisien, efektif dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa datang. bila asuhan tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat member dampak seperti yang diharapkan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. S G₂ P₁ A₀ Umur 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan Persalinan Distosia Bahu di Klinik Sally Tahun 2018.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Sally, Jl.Tempuling, Medan Tembung

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subjek yaitu Ny.S G₂ P₁ A₀ umur 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan Persalinan Distosia Bahu di Klinik Sally Medan Tahun 2018.

D. Waktu Studi Kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 26 Maret - 18 April 2018

E. Teknik Pengumpulan Data

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

1. Data Primer
 - a. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris.. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

2) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi uterus . Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi palpasi abdomen.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana penulis mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penulis (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu bersalin Ny. S G₂ P₁ A₀ umur 36 tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan Persalinan Distosia Bahu.

c. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan

kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus ibu bersalin dengan Persalinan Distosia Bahu dilakukan untuk memantau lahirnya bahu bayi

2. Data Sekunder

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

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus persalinan dengan distosia bahu diambil dari catatan status pasien di klinik Sally.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2009– 2017.

F. 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:

- d. Format pengkajian ibu hamil
- e. Buku tulis
- f. Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- Tensimeter
- Stetoskop
- Thermometer
- Timbangan berat badan
- Alat pengukur tinggi badan
- Pita pengukur lingkaran lengan atas
- Jam tangan dengan penunjuk detik
- Bengkok
- Bak instrumen
- Jangka panggul
- Kertas kering + kapas alkohol
- Set infuse dan cairan infuse RL
- Spuit 3 cc

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

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

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. S G₂ P₁ A₀ USIA 36
TAHUN USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN
PERSALINANDISTOSIA BAHU DI KLINIK SALLY
APRIL TAHUN 2018**

A. Tinjauan Kasus

Tanggal Masuk	: 05-04-2018	Tgl pengkajian	: 05-04-2018
Jam masuk	: 05.00 wib	Jam pengkajian	: 05.00 wib
Tempat	: Klinik Sally	Pengkaji	: Wenni

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS/BIODATA

I. Biodata

Nama Ibu	: Ny.S	Nama Suami	: Tn.S
Umur	: 36 tahun	Umur	: 34 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Mandailing	Suku	: Jawa
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Pimpinan	Alamat	: Jl. Pimpinan

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

Pada Tanggal: 05 April 2018 Pukul: 05.00 wib Oleh: Wenni

1. Alasan utama masuk kamar bersalin : ibu mengatakan merasa nyeri yang menjalar dari pinggang ke perut dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan mulai pukul 01.00 WIB

2. Riwayat menstruasi :

Menarche : 14 thn, siklus 28 hari, teratur.

Lama : 4 hari,

Banyak : 2x ganti pembalut

Dismenorea/tidak : Tidak

3. Tanda-tanda persalinan

Kontraksi sejak tanggal : 05 April 2018 pukul : 01.00 Wib

Frekuensi : 3-4 kali dalam 10 menit

Lamanya : 40 detik

Lokasi ketidaknyamanan : nyeri yang menjalar dari pinggang ke perut

4. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir ada/tidak Jumlah : 100 cc warna : merah

Air Ketuban ada/tidak Jumlah : \pm 50 cc warna : \pm 30 cc

Darah ada/tidak Jumlah : 50 cc warna : merah

5. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

No	Tgl lahir / usia	UK	Jenis persalinan	Tempat	Peno long	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Ibu	Bayi	PB/BB/JK	Keadaan	Kead aan	Laktasi
1	9 tahun	Aterm	Normal	Klini k	Bida n	-	-	49/3200/LK	Baik	Baik	Baik
2		H	A	M	I	L		I	N	I	

6. Riwayat Kehamilan sekarang

GII PI A0

HPHT : 04- 07-2017 HPL : 11 – 04 - 2018

UK : 39 minggu 1 hari

ANC : teratur frekuensi : 4 x di: Klinik Sally

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : aktif > 10 x/i

Riwayat Imunisasi : TT 1 : tidak pernah TT 2 : tidak pernah

Keluhan: tidak ada

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : tablet FE dan vitamin

Tanda-tanda bahaya : tidak ada

7. 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

8. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : tidak ada riwayat kembar

9. Riwayat KB : Tidak ada

10. Riwayat Psikososial

Status Perkawinan : sah kawin: 2 kali

Lama menikah 1 tahun, menikah pertama pada umur 26 tahun

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : bahagia

Pengambilan keputusan dalam keluarga : bersama

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan: klinik dan bidan

Tempat rujukan jika ada komplikasi :RS

Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan,persalinan dan nifas : -

11. Activity daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari,

- Pagi : 1 piring nasi + 1 potong ikan + 1 gelas air mineral + 1 gelas susu.
- Siang : 1 piring nasi + 1 potong ikan + Sayur + 1 gelas air mineral + buah.
- Malam : 1 piring nasi + 1 potong ikan + Sayur + 1 gelas air mineral.

Porsi : 1 porsi

Minum : ± 8 gelas/hari

Keluhan/Pantangan : Tidak Ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : $\pm 1-2$ jam

Tidur malam : ± 8 jam

Keluhan : tidak ada

c. Pola eliminasi

BAK : ± 10 kali/hari, warna: Kuning Jerami

BAB : 1 kali/hari, konsistensi :lembek warna: kuning
lendir darah:Tidak ada

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam: 2-3 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari :Mengerjakan pekerjaan ibu rumah tangga

Keluhan :tidak ada

Hubungan seksual : -

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak pernah

Minum-minuman keras : Tidak pernah

Obat terlarang : Tidak pernah

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum : Baik kesadaran : Compos Mentis

Tanda-tanda vital :

- Tekanan darah : 110/70mmHg

- Nadi : 80 kali/menit
- Suhu : 36°C
- Respirasi : 22 kali/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

- Berat badan : 56 kg, kenaikan BB selama hamil : 10 kg
- Tinggi badan : 149 cm
- LILA : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

- a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

- Muka : Simetris Cloasma : ada Oedema : tidak ada
- Mata : Simetris Conjunctiva: Merah muda Sclera : putih
- Mulut/bibir: Terdapat caries, tidak ada sariawan, bibir merah muda
- Hidung : Simetris Polip : Tidak Meradang

- c. Leher : Simetris, tidak ada pembengkakan kel.tiroid

d. Payudara

Bentuk Simetris : ya

Keadaan puting susu : Menonjol

Areola mammae : Hyperpigmentasi

Colostrum : Ada

Palpasi

Colostrum : ada

Benjolan : tidak ada

e. Ekstremitas

Tangan dan kaki : tidak oedema, kuku bersih, dan jari-jari lengkap

Simetris/tidak : ya

Oedema pada tungkai bawah : tidak ada

Varises : tidak ada

Pergerakan : aktif

f. Abdomen

- Inspeksi : pembesaran perut sesuai UK, terdapat linea dan striae, perut condong ke kanan.

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak : ya

Linea nigra : ada

Bekas luka/Operasi : tidak ada

Palpasi :

Leopold I : TFU 36 cm Di fundus teraba lunak, bulat, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Sebelah kanan abdomen ibu teraba keras dan memapan dan memanjang yaitu punggung sedangkan sebelah kiri abdomen teraba bagian kecil janin.

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

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP.

TBB : (TFU-11) x 155

= (36-11) x 155

= 3875 gram

TFU : 36 cm

Kontraksi : 3-4x/10 menit, lama 40-50 detik, teratur

Kandung kemih : kosong

- **Auskultasi**

DJJ :

Frekuensi : 146 x/i , teratur

- **Perkusi**

CVAT : negatif

3. Pemeriksaan panggul

Lingkar Panggul : tidak dilakukan

Distansia cristarum : tidak dilakukan

Distansia Spinarum : tidak dilakukan

Conjugata Bourdeloque : tidak dilakukan

4. Pemeriksaan genetalia

Varises : tidak ada

Oedema : tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini: tidak ada

Pengeluaran pervaginam : tidak ada

Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada

Anus : tidak ada

Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : Menilai kemajuan persalinan pukul :05.00 wib

Portio : Tipis

Pembukaan Serviks : 3 cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : utuh

Presentasi fetus : letak belakang kepala

Posisi : ubun-ubun kecil

Penurunan bagian terendah : Hodge II kala I

5. Pemeriksaan penunjang : Tidak Dilakukan

Tanggal :

jenis pemeriksaan :

Hasil :

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa: Ny. S umur 36 Tahun G₂ P₁ A₀ Usia kehamilan 39 minggu 1 hari,
janin tunggal hidup intrauterin, punggung kanan, presentase
kepala, inpartu kala I fase aktif

Data Dasar :

Data Subyektif :

1. Ibu mengatakan usianya saat ini 36 tahun
2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua
3. Ibu mengatakan HPHT 04-07-2017

Data Obyektif :

1. Keadaan umum ibu : baik
2. Kesadaran : compos mentis

3. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36°C

Pernafasan : 22 kali/menit

- Palpasi :

Leopold I : TFU 36 cm Di fundus teraba lunak, bulat, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Sebelah kanan teraba keras dan memapan dan memanjang yaitu punggung sedangkan sebelah kiri teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat dan melenting (kepala).

Leopold IV : kepala masuk PAP.

TBBJ : (TFU-11) x 155

= (36-11) x 155

= 3875 gram

TFU : 36 cm

Kontraksi : 3-4x/10 menit, lama 40-50 detik, teratur

- Auskultasi : DJJ : 146^x/_i

- Pemeriksaan dalam: VT : Pembukaan 3 cm.

- TTP : 11-04-2018

- UK : 39 minggu 1 hari

Masalah : Nyeri punggung yang menjalar dari pinggang ke perut

- Kebutuhan : - Ajarkan tehnik relaksasi
- Beri posisi yang nyaman
 - Masase punggung

III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

Ibu : - perdarahan

Bayi: - makrosomia

- distosia bahu
- hipoksia

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

Tanggal: 05-04-2018 Pukul: 05.00 wib Oleh: Wenni

No.	INTERVENSI	RASIONAL
1	Beritahu ibu hasil pemeriksaan	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaan.
2	Beri dukungan selama proses persalinan	Agar ibu lebih nyaman dan dapat meningkatkan semangat ibu
3	Beritahu ibu tentang posisi yang nyaman	Posisi yang nyaman selama proses persalinan dapat mengurangi rasa sakit dan mempercepat penurunan bayi
4	Lakukan massase punggung	Masase di punggung dapat meningkatkan rasa aman pada ibu
5	Beritahu tentang asupan nutrisi	Makanan ringan dan asupan nutrisi yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi
6	Pantau kemajuan persalinan	Memantau dengan partograf membantu bidan dalam mengambil keputusan klinik. Dan dapat membantu untuk memantau kemajuan persalinan.
7	Persiapkan alat-alat persalinan dan ruangan	Agar mempermudah persalinan normal sesuai dengan APN

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal: 05-04-2018

Pukul: 05.05 wib

Oleh: Wenni

Tgl/ waktu	TINDAKAN	Paraf
05-04-2018/ 05.05 wib	<p>Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>Tanda-tanda vital:</p> <p>Tekanan darah : 110/70 mmHg</p> <p>Nadi : 80 x/menit</p> <p>Pernafasan : 22 x/menit</p> <p>Suhu : 36°C</p> <p>Pemeriksaan dalam : 3 cm</p> <p>Evaluasi: ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan</p>	WENNI
05.18 wib	<p>Menganjurkan keluarga untuk memberikan dorongan motivasi pada ibu dengan kata-kata yang membesarkan hati seperti, "Sabar ya Bu, sekarang ibu memang merasakan sakit tetapi setelah adek nanti lahir pasti perasaan sakit yang ibu rasakan saat ini akan terbayar dengan kebahagiaan yang tak ternilai harganya"</p> <p>Evaluasi: keluarga terutama suami sudah mau memotivasi ibu</p>	WENNI
05.22 wib	<p>Mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan-lahan</p> <p>Evaluasi : ibu sudah mau dibimbing</p>	WENNI
05.23 wib	<p>Melakukan masase punggung dapat mengurangi rasa nyeri yang datang saat kontraksi dengan cara melakukan pemijatan secara lembut serta memberi afirmasi positif pada ibu agar tidak terlalu fokus pada rasa nyeri yang dirasakan ibu</p> <p>Evaluasi : ibu bersedia di masase</p>	WENNI
07.00 wib	<p>Menyiapkan ruangan dan alat-alat persalinan.</p> <p>Persiapan Alat</p> <p>SAFT 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Partus set di dalam wadah steril tertutup <ul style="list-style-type: none"> Gunting tali pusat : 1 buah Arteri klem : 2 buah Benang tali pusat /umbilical cord : 2 buah Handscone DTT/steril : 2 pasang ½ kocher : 1 buah Gunting episiotomi : 1 buah 	WENNI

	<ul style="list-style-type: none"> • Kassa atau kain kecil <ol style="list-style-type: none"> 2. Stetoskop monoral 3. Tensi meter 4. Stetoskop bimonoral 5. Obat-obat oksitosin : lidocain 6. Spuit 3 cc 1 buah, 5 cc 1 buah 7. Neirbeken 8. Kom bertutup berisi air DTT 9. Kom bertutup berisi kapas steril dan kering 10. Korentang dan tempatnya 11. Tempat benda-benda tajam (ampul) dan tempat spuit bekas <p>SAFT 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak instrument steril (heacting set) <ul style="list-style-type: none"> • Nald heacting : 2 buah • Nald folder : 1 buah • Pinset anatomis : 1 buah • Pinset cirurgis : 1 buah • Gunting benang : 1 buah • Kain kassa : secukupnya • Handscone : 1 pasang 2. Bak instrument steril (emergency set) <ul style="list-style-type: none"> • Kateter de lee/slim seher : 1 buah • Kateter nelaton : 1 buah • Kateter metal : 1 buah • Gunting episiotomy : 1 buah • Handscone panjang : 1 pasang 3. Alat non steril <ul style="list-style-type: none"> • Piring plasenta • Betadine • Cairan infus dan peralatan infus lainnya <p>SAFT 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waskom berisi air DTT : 1 buah • Waskom berisi air klorin : 1 buah • Brush • Sarung tangan Rumah Tangga untuk PI • Alat resusitasi : <ul style="list-style-type: none"> - Selang - Tabung O₂ - 2 buah kain sarung tangan untuk alas dan penyangga buah - 1 buah handuk bayi - Lampu sorot 60 watt • Perlengkapan ibu dan bayi : <ul style="list-style-type: none"> - Waslap 2 buah 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">- Celemek, tutup kepala, masker, dan kaca mata- 2 buah kain lap pribadi- Pakaian bayi, topi, kain bedong- Doek ibu- Kain sarung ibu 2 buah <ul style="list-style-type: none">• Underpad• Handuk ibu dan bayi• Sepatu karet <p>Dan ruangan yang bersih,nyaman dan menjaga privasi klien. Evaluasi: alat dan tempat persalinan sudah disiapkan dengan baik.</p>																																																																
07.00 wib, 11.00	<p>Memasukkan pemantauan persalinan ke dalam partograf</p> <table><tr><td>PENILAIAN</td><td>09.00</td><td>09.30</td><td>10.00</td></tr><tr><td>DJJ</td><td>150 x/i</td><td>150 x/i</td><td>144 x/i</td></tr><tr><td>PEMBUKAAN</td><td>4 cm</td><td></td><td></td></tr><tr><td>KONTRAKSI</td><td>3x/40''/10'</td><td>3x/40''/10'</td><td>4x/40''/10'</td></tr><tr><td>TEKANAN DARAH</td><td>110/70</td><td></td><td></td></tr><tr><td>NADI</td><td>80</td><td>78</td><td>78</td></tr><tr><td>SUHU</td><td>36,1</td><td></td><td></td></tr></table> <table><tr><td>PENILAIAN</td><td>10.30</td><td>11.00</td><td>11.30</td><td>12.00</td></tr><tr><td>DJJ</td><td>144 x/i</td><td>150 x/i</td><td>150 x/i</td><td>144 x/i</td></tr><tr><td>PEMBUKAAN</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>KONTRAKSI</td><td>4x/40''/10'</td><td>4x/40''/10'</td><td>4x/40''/10'</td><td>4-5x/40''/10'</td></tr><tr><td>TEKANAN DARAH</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NADI</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>SUHU</td><td></td><td>36</td><td></td><td></td></tr></table>	PENILAIAN	09.00	09.30	10.00	DJJ	150 x/i	150 x/i	144 x/i	PEMBUKAAN	4 cm			KONTRAKSI	3x/40''/10'	3x/40''/10'	4x/40''/10'	TEKANAN DARAH	110/70			NADI	80	78	78	SUHU	36,1			PENILAIAN	10.30	11.00	11.30	12.00	DJJ	144 x/i	150 x/i	150 x/i	144 x/i	PEMBUKAAN					KONTRAKSI	4x/40''/10'	4x/40''/10'	4x/40''/10'	4-5x/40''/10'	TEKANAN DARAH					NADI	80	80	80	80	SUHU		36			WENNI
PENILAIAN	09.00	09.30	10.00																																																														
DJJ	150 x/i	150 x/i	144 x/i																																																														
PEMBUKAAN	4 cm																																																																
KONTRAKSI	3x/40''/10'	3x/40''/10'	4x/40''/10'																																																														
TEKANAN DARAH	110/70																																																																
NADI	80	78	78																																																														
SUHU	36,1																																																																
PENILAIAN	10.30	11.00	11.30	12.00																																																													
DJJ	144 x/i	150 x/i	150 x/i	144 x/i																																																													
PEMBUKAAN																																																																	
KONTRAKSI	4x/40''/10'	4x/40''/10'	4x/40''/10'	4-5x/40''/10'																																																													
TEKANAN DARAH																																																																	
NADI	80	80	80	80																																																													
SUHU		36																																																															

	PENILAIAN	12.30	13.00
	DJJ	144 x/i	150 x/i
	PEMBUKAAN		10 cm
	KONTRAKSI	4- 5x/40"/10'	4- 5x/40"/10'
	TEKANAN DARAH	110/80	
	NADI	78	80
	SUHU		
Evaluasi: pemantauan kemajuan persalinan sudah dimasukkan ke dalam partograf			

VII. EVALUASI

Pukul : 13.00

Oleh : Wenni

- S:**
- Ibu mengatakan keadaannya saat ini baik
 - Ibu mengatakan rasa nyeri semakin sering datang

O: Keadaan umum : Baik

VT : 10 cm

KU : Baik

TTV : TD : 110/70 mmhg

T_p : 36°C/80x/i

RR : 22x/i

DJJ : 146 kali/menit

Kontraksi : 3-4 x dalam 10'

- Tampak ibu meringis kesakitan
- Tampak keluar darah bercampur lendir yang semakin banyak.

A: Diagnosa: Ny. S umur 36 Tahun G₂ P₁ A₀ Usia Kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, inpartu kala I fase aktif

Masalah : teratasi sebagian

P: Lakukan pertolongan persalinan

KALA II

Pukul 13.00

S: - Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB

- Ibu mengatakan perut semakin mules
- Ibu mengatakan tidak ada tenaga untuk mendedan

O: Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Kontraksi : Baik

DJJ : 146 x/i

Kontraksi : 4 x/ 40"/10'

Pemeriksaan dalam : 10 cm

Ada tanda-tanda persalinan :

- Perineum menonjol
- Tekanan pada anus
- Vulva dan sfingterani membuka
- Kepala maju mundur di vulva

- Kepala tidak melakukan putar paksi luar

A. Diagnosa : Ny. S inpartu kala II dengan distosia bahu

Masalah : Ibu merasa perut semakin mules

Kebutuhan : - Pimpin persalinan

- Beri dukungan dan motivasi

- Penuhi cairan ibu

- Pertolongan persalinan

Masalah potensial : pada ibu : perdarahan, laserasi jalan lahir

Pada bayi : fraktur klavikula, fraktur humerus, asfiksia

Tindakan segera : lakukan episiotomi dan salah satu manuver

P: 1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu memasuki proses persalinan

kala II yaitu kala pengeluaran bayi dimana keadaan ibu dan janin baik.

Ev: Ibu dan keluarga sudah mengerti tentang keadaan ibu saat ini

2. Memberikan pendidikan kesehatan asuhan pertolongan persalinan

- memberikan dukungan terus-menerus kepada ibu dengan tetap menghadirkan keluarga

Ev: Ibu memilih suami sebagai pendamping dan suami sudah berada di dekat ibu

3. Mengatur posisi ibu setengah duduk.

Ev: Ibu sudah nyaman dalam posisi semi fowler

4. Memimpin ibu mendedan dengan benar saat ada kontraksi dan dorongan.

Ev: Ibu dapat mengedan sesuai dengan instruksi, kepala tampak membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

5. Memberikan kata-kata yang mendukung ibu ketika ibu mengedan dengan baik.

Ev: Ibu tampak semangat

6. Melakukan pertolongan persalinan dengan cara tangan kanan menahan perineum dengan kain bersih, memimpin ibu mengedan dengan benar saat ada kontraksi dan dorongan, memperhatikan pengeluaran kepala janin, saat kepala muncul di vulva, tangan kiri menahan puncak kepala agar tetap fleksi maksimal. Setelah kepala lahir seluruhnya, menyeka mulut, hidung, mata dengan kasa steril, memeriksa lilitan tali pusat.

Ev: Tidak terdapat lilitan tali pusat

7. Menunggu kepala bayi putar paksi luar, dan setelah kepala putar paksi luar akan melahirkan bahu

Ev: kepala bayi sudah keluar tapi tidak dapat melakukan putar paksi luar

8. Melakukan pertolongan persalinan dengan distosia bahu

- tetap pimpin ibu untuk meneran
- terdapat distosia bahu yaitu bahu anterior tertahan di simfisis pubis
- Melakukan Manuver McRobert

1. Dengan posisi berbaring pada punggungnya minta ibu untuk menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya, minta suami atau keluarga untuk membantu ibu

2. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk mengeluarkan bahu anterior
3. Jangan lakukan dorongan pada fundus
4. Lahirkan bahu belakang dan tubuh bayi seluruhnya

Ev : bahu bayi dan tubuh bayi lahir seluruhnya dengan melakukan manuver McRobert pada pukul 13.45 dengan BB 3950 gr, PB : 49 cm, JK : perempuan

9. Memeriksa apakah ada laserasi jalan lahir

Ev : terdapat robekan jalan lahir derajat IV

KALA III

Pukul : 13.47

S : - Ibu mengatakan senang dan lega atas kelahiran bayinya

- Ibu mengatakan masih mules pada perutnya

O : - Ibu tampak tersenyum saat ditanya

- Keadaan umum : baik

- Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Pernafasan : 22 kali/menit

Suhu : 36°C

- TFU : 2 jari dibawah pusat

- Kontraksi uterus : baik

- Kandung kemih : kosong

- Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta

Semburan darah tiba-tiba

Tali pusat bertambah panjang

Uterus berbentuk globuler

A : Diagnosa : Ny. S inpartu kala III

Masalah : - perut masih mules

- plasenta belum lahir

Kebutuhan : - pemenuhan nutrisi

- melakukan masase pada fundus

Antisipasi masalah potensial : retensio plasenta

Tindakan segera : lahirkan plasenta

P : 1. Melakukan pemeriksaan pada fundus dan memastikan tidak ada janin kedua, kandung kemih kosong, dan kontraksi uterus baik.

Ev : tidak ada janin kedua dan kontraksi uterus baik

2. Melakukan PTT dengan cara memindahkan klem di depan vulva lalu letakkan tangan kiri diatas fundus lalu lakukan duntuk mencegah dorsokranial untuk mencegah inversio uteri yaitu keluarnya uterus bersamaan dengan plasenta

Ev : sudah dilakukan

3. Mengeluarkan plasenta dengan cara tangan kanan memegang klem dan meregangkan tali pusat . Apabila 2/3 plasenta tampak di depan vulva maka pindahkan tangan kiri dibawah plasenta dan tangan kanan memutar plasenta searah jarum jam. Setelah plasenta lahir, tangan kiri melakukan

massase fundus, sementara tangan kanan memeriksa kelengkapan plasenta

Ev : plasenta lahir secara spontan pukul 13.48, selaput lengkap, kotiledon lengkap, berat 500 gr, panjang 50 cm

4. Melakukan massase fundus secara sikuler sampai uterus teraba keras

Ev : keadaan uterus baik

KALA IV

Pukul : 13.50

S : - Ibu mengatakan perut masih mules

- Ibu mengatakan nyeri pada bagian perineum

O : - tampak ibu meringis kesakitan

Keadaan umum : baik

Keadaan : CM

Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,5°C

TFU 2 jari dibawah pusat

Kandung kemih kosong

Uterus teraba keras

Lacerasi jalan lahir derajat IV

Pengeluaran per vaginam : 100 cc

A : Diagnosa : Ibu parturien dalam pemantauan kala IV

Masalah : ibu merasa lelah

Kebutuhan : - pemenuhan nutrisi

- personal hygiene

Antisipasi masalah potensial : infeksi pada robekan jalan lahir, atonia uteri, dan perdarahan

Tindakan segera : Melakukan penjahitan perineum

P : 1. Melakukan penjahitan perineum dengan catgut tehnik simpul dengan

lidocain 1,5 amp

Ev : perineum telah dijahit dengan rapi dan tidak terjadi bengkak pada bekas jahitan

2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Keadaan umum : baik

Keadaan : CM

Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,5°C

TFU 2 jari dibawah pusat

Kandung kemih kosong

Uterus teraba keras

Ev : Ibu sudah mengerti

3. Memberitahu ibu tentang perubahan fisiologis kala IV yaitu mules yang ada pada perut karena adanya kontraksi pengeluaran lochea rubra

Ev : ibu sudah mengerti

4. Melakukan pemantauan kepada ibu dengan 2 jam pertama

No	Waktu	Nadi	Suhu	Tekanan darah	TFU	Kontraksi	Kandung kemih	Perdarahan
1	14.00	80 x/i	36,5	110/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
2	14.15	78 x/i	36,5	110/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
3	14.30	80 x/i	36,5	120/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
4	14.45	78 x/i	36,5	110/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
5	15.15	80 x/i	36,5	120/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	100 cc
6	15.45	78 x/i	36,5	110/80	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	10 cc

B. Pembahasan

1. Identifikasi Masalah

Distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum. Lebih mudahnya distosia bahu adalah peristiwa dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin lahir.(Maryunani,2017)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Berdasarkan pada kasus ibu bersalin dengan distosia bahu Ny. S usia 36 tahun G₂P₁A₀ komplikasi yang akan terjadi pada ibu yaitu perdarahan post partum (atonia uteri, rupture uteri, laserasi vagina) dan pada bayi yaitu morbiditas dan mortalitas, kecacatan plexus brachialis, fraktur klavikula, dan fraktur humerus.

Untuk mengatasi masalah tersebut ibu membutuhkan pendidikan kesehatan tentang apa saja yang mnejadi faktor resiko terjdinya persalinan distosia bahu melalui asuhan kebidanan yang diterapkan dalam manajemen asuhan kebidanan.

2. Pembahasan masalah

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang ada, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimaksud agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat

digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada ibu bersalin dengan distosia bahu.

a. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan distosia bahu

1. Pengkajian

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data melalui anamnese dan pemeriksaan secara langsung atau yang disebut juga data subjektif dan data objektif (JNPK-KR, 2012).

Menurut teori, data subjektif yaitu Ibu mengatakan tidak ada tenaga untuk mendedan dan data objektif: setelah kepala tampak di vulva, bayi tidak melakukan putar paksi luar, kepala tertahan diperineum (Maryunani, 2017). Pada saat melakukan pengkajian di lapangan, penulis mengkaji data subjektif: ibu mengatakan sudah tidak ada tenaga untuk mendedan dan data objektif: setelah kepala bayi tampak di vulva, bayi tidak dapat melakukan putar paksi luar. Sehingga dalam pengumpulan data dasar tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena pengumpulan data yang diperoleh di lapangan sesuai dengan teori.

2. Interpretasi Data Dasar, Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik (JNPK-KR, 2012).

Secara teori, diagnosis ditegakkan jika kepala bayi sudah lahir tetapi tidak dapat melakukan putar paksi luar sehingga masalah yang akan terjadi pada bayi

yaitu morbiditas dan mortalitas, kecacatan pleksus brachialis, fraktur klavikula, dan fraktur humerus sedangkan masalah yang terjadi pada ibu yaitu perdarahan post partum (atonia uteri, rupture uteri, laserasi vagina). Dan kebutuhan yang harus diberi pada ibu yaitu memberikan asuhan sayang ibu seperti memberikan dukungan pada saat bersalin, menganjurkan ibu posisi yang nyaman pada saat bersalin dan memenuhiasupan nutrisi ibu.

Data yang diperoleh di lapangan, masalah yang terjadi yaitu ibu merasa tidak ada tenaga lagi untuk mengedan. Dan kebutuhan yaitu memberi asuhan sayang seperti memberi dukungan pada saat bersalin, memberi posisi yang nyaman, dan memenuhi kebutuhan nutrisi ibu maka dari itu tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena kebutuhan ibu dilaksanakan di lapangan.

3. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial merupakan langkah dimana bidan melakukan indentifikasi diagnosis atau masalah potensial berdasarkan diagnosis / masalah yang sudah diidentifikasi (JNPK-KR, 2012).

Secara teori, masalah potensial yang terjadi pada ibu yaitu terjadinya laserasi jalan lahir dan pada bayi akan terjadi asfiksia, kematian neonatal, fraktur klavikula, fraktur humerus . Dan di lapangan terjadi laserasi jalan lahir pada ibu. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena masalah potensial terjadi pada ibu di lapangan .

4. Mengidentifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kalaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (JNPK-KR, 2012).

Pada teori dijelaskan tindakan yang dapat segera dilakukan untuk mengatasi distosia bahu adalah melahirkan bahu dengan menggunakan salah satu manuver tetapi terlebih dahulu dilakukan episiotomi (Maryunani, 2015). Dan yang terjadi di lapangan telah dilakukan pertolongan persalinan distosia bahu dengan tehnik Manuver McRobert tetapi tidak dilakukan episiotomi. Maka dapat dilihat terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena penanganan segera yang dilakukan di lapangan tidak sesuai dengan teori yang ada.

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada teori dijelaskan bahwa suatu rencana tindakan yang termasuk indikasi dan yang dapat ditimbulkan berdasarkan kondisi klien, serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap keluarga klien dan rencana tindakan harus disetujui oleh keluarga klien, semua tindakan harus berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya (JNPK-KR, 2012).

Secara teori, asuhan yang dapat diberi yaitu melakukan pertolongan persalinan dengan distosia bahu dengan melakukan salah satu dari manuver yaitu manuver McRobert, Manuver Massanti, Manuver Rubin, Manuver Woods dan Manuver Gaskin. Dan di lapangan manuver yang dilakukan yaitu Manuver

McRobert. Maka dapat diketahui tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena asuhan yang dilakukan di lapangan sesuai dengan teori yang ada.

6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilakukan secara efisien dan aman (JNPK-KR, 2012). Pada teori, saat pelaksanaan perencanaan yang dibuat membutuhkan kerjasama yang baik antara penulis dan pasien.

Dan di lapangan, Ny. S dengan persalinan distosia bahu semua tindakan yang telah direncanakan sudah dilaksanakan seluruhnya dengan baik yaitu Manuver McRobert dan penjahitan perineum, tanpa hambatan karena kerjasama dan penerimaan yang baik dari keluarga klien dan petugas kesehatan yang ada di klinik. Sehingga dalam tahap pelaksanaan, tidak ada kesenjangan teori dan praktek, karena pelaksanaan yang dilakukan di lapangan sesuai dengan teori yang ada.

7. Evaluasi

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 (JNPK-KR, 2012).

Pada teori, evaluasi yang telah ditunjukkan adalah menilai apakah bahu bayi dapat dilahirkan. Dan di lapangan, Ny S dengan persalinan telah diberikan asuhan yang tepat sehingga bahu bayi dapat dilahirkan. Maka dari hasil yang diperoleh dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek, karna evaluasi yang didapatkan di lapangan dengan distosia bahu

Kesenjangan Teori Dengan Asuhan Kebidanan Yang Diberi

1. Pada langkah keempat dalam memberikan tindakan segera pada ibu bersalin dengan distosia bahu seharusnya dilakukan episiotomi tetapi di lapangan tidak dilakukan sehingga terjadi laserasi pada ibu dan terjadi kesenjangan antara teori dan praktek

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus Ny. S dengan Distosia bahu menggunakan 7 langkah varney dapat disimpulkan yang meliputi:

1. Pengkajian dilakukan dengan cara mengumpulkan data subjektif yaitu data yang diperoleh dari pasien dan keluarga pasien. Data objektif yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan pada pasien seperti pemeriksaan head to toe. Data subjektif yang didapat yaitu ibu mengatakan ini adalah anak keduanya, dan belum pernah keguguran, ibu mengatakan HPHT tanggal 04 juli 2017. Data objektif yaitu ibu tampak lelah, tampak kepala maju mundur di vulva.
2. Dari data yang diperoleh saat melakukan pengkajian dapat ditegakkan diagnosa Ny. S usia 36 tahun G₂P₁A₀ bersalin dengan distosia bahu. Masalah yang terjadi adalah ibu sudah tidak ada tenaga lagi untuk mendedan. Kebutuhan yang diberikan adalah memberikan asuhan sayang ibu.
3. Pada kasus Ny. S dengan distosia bahu terjadi komplikasi yaitu laserasi jalan lahir derajat IV karena tidak dilakukan episiotomi.
4. Pada kasus tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yaitu dengan melahirkan bahu bayi
5. Dalam perencanaan asuhan pada Ny. S dengan distosia bahu adalah pertolongan persalinan pada distosia bahu.
6. Pada langkah pelaksanaan, tindakan yang di berikan sesuai dengan rencana yang ditentukan yaitu manuver McRobert

7. Evaluasi dilakukan secara sistematis untuk melihat hasil dari asuhan yang diberikan. Hasil yang diperoleh Ny. S setelah dilakukan penanganan distosia bahu adalah bahu bayi dapat dilahirkan, keadaan ibu dan bayi sehat.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan laporan studi kasus ini dapat menjadi bahan bacaan pustaka di STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Bagi Klinik

Diharapkan dapat mempertahankan kualitas pelayanan yang diberikan di klinik, dan memberikan asuhan kebidanan sesuai standar operasional prosedur khususnya pada pasien dengan persalinan distodia bahu.

3. Bagi Klien

Diharapkan pasien mampu menambah wawasan tentang faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya distosia bahu.



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, 20 Februari 2018

Nomor : 264/STIKes/Klinik/II/2018

Lamp. : 1 (satu) set

Hal : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan III

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:

Pimpinan Klinik / RB :

di -

Tempat.

Dengan hormat,

Melalui surat ini kami mohon kesediaan dan bantuan Ibu untuk menerima dan membimbing mahasiswa Semester VI Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di klinik/rumah bersalin yang Ibu pimpin.

Praktek klinik tersebut akan dimulai **tanggal 01 Maret – 18 April 2018**, yang dibagi dalam 2 (dua) gelombang, yaitu:

1. Gelombang I : tanggal 01 – 24 Maret 2018
2. Gelombang II : tanggal 26 Maret – 18 April 2018

Daftar nama mahasiswa dan kompetensi terlampir.

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

Hormat kami,

STIKes Santa Elisabeth Medan

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

Ketua

Cc. File

FORMULIR
SURAT PERSETUJIAN JUDUL LTA

Medan, 18 Mei 2018

Kepada Yth.
Ketua Program Studi D-III Kebidanan Santa Elisabeth Medan
Anita Veronika S.SiT, M.KM
Di Tempat

Dengan Hormat
Saya Yang Bertandatangan di bawah ini :
Nama Mahasiswa : Wenni Grecyana Sihotang
Nim : 022015069
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S G₂ P₁ A₀
usia 36 Tahun usia kehamilan 39 minggu 1 hari Persalinan
distosia bahu di Klinik Sally tahun 2018

Hormat Saya



(Wenni Grecyana Sihotang)

Disetujui oleh
Dosen Pembimbing



(Ermawaty S, SST., M.Kes)

Diketahui Oleh
Koordinator LTA

(Risda Manik, SST., M.K.M)

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Sofia

Umur : 36 tahun

Alamat : Jln.Pimpinan

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien dalam studi kasus kegawatdaruratan pada ibu bersalin oleh mahasiswa prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Medan, 05 April 2018

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan



(Wenni Sihotang)

Klien



(Sofia)

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

di Klinik Sally

Nama : Romauli S, Am.Keb

Jabatan : Ibu Klinik

Nama Klinik : Klinik Sally

Alamat : Jl. Tempuling

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Wenni Grecyana Sihotang

NIM : 022015069

Tingkat : D3 Kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan

Benar telah melakukan asuhan kegawat daruratan pada ibu bersalin Ny S dengan persalinan distosia bahu pada tanggal 05 April 2018. Dan merekomendasikan sebagai Laporan Tugas Akhir Asuhan Kegawat daruratan.

Demikianlah surat rekomendasi ini di dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 05 April 2018

Bidan Lahan Praktek

(Romauli S, Am.Keb)

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal masuk : 05-04-2018

Jam masuk : 05.00 WIB

Pengkaji : Klinik Sally

Tanggal pengkajian : 05-04-2018

Jam pengkajian : 05.00

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama ibu : Ny. S
Umur : 36 tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Mandarling / Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Pimpinan

Nama suami : Tri. S
Umur : 34 tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jl. Pimpinan

2. Alasan utamamasukkamarsalin : ibu mengatakan merasa nyeri yang menjalar dari pinggang ke perut dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan pukul 01.00

3. Riwayat menstruasi

Menarche : ... 14 ... thn
Siklus : ... 28 ... hari
Teratur/tidak : ya
Lama hari : 4 hari
Banyak : \pm ... 2 ... x ganti pembalut/hari
Dismenorea/tidak : tidak

4. Tanda-tanda persalinan

Kontraksi : sejak tanggal : 05-04-2018
Frekuensi : 3-4 kali dalam 10 menit
Lamanya : 40 detik kekuatannya :
Lokasi ketidaknyamanan : pinggang dan perut

pukul : 01.00 WIB

5. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir : ada/tidak : jumlah : 100 cc warna : merah
Air ketuban : ada/tidak : jumlah : warna :
Darah : ada/tidak : jumlah : 50 cc warna :

6. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

Anak ke	Tgl lahir / Umur	UK	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Peno Long	Ko m plikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	gtr	Alam	Normal	Klinik	Bidan	-	-	49/3200/1 kg	Batk	Batk	Batk
2	+	+		A	M		1	L	1	N	1

7. Riwayat kehamilan sekarang

G2 P1 A0

HPHT : 04-07-2017 HPL : 11-04-2018

UK : 39 minggu 1 hari

ANC teratur/tidak : frekuensi : 4 x di : Klinik Sally

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir :

Riwayat Imunisasi : TT1 :

TT2 :

Keluhan :

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : tablet Fe dan Vitamin

Tanda-tanda bahaya :

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 :

9. Riwayat penyakit keluarga :

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

10. Riwayat KB :

11. Riwayat Social Ekonomi & Psikologi

- Status perkawinan : ~~tidak~~ kawin : 2 kali :
- Lama nikah : 1 tahun, menikah pertama pada umur : 26 tahun
- Kehamilan ini direncanakan / ~~tidak direncanakan~~ : ya
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : bersama
- Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RS
- 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 20.00 wib
Jenis : nasi + ikan + gelas + susu
Porsi : 1 piring nasi + 1 potong ikan + 1
Minum : 8 gelas/hr, jenis : air putih + susu
Kelebihan/pantangan :

b. Pola istirahat :

Tidur siang : ± 1-2 jam
Tidur malam : ± 8 jam
Tidur terakhir : 21.30 jam
Keluhan :

c. Pola eliminasi :

BAK : ± 10 x/hari, Konsistensi : cair, Warna : kuning jerami
BAB : 1 x/hari, Konsistensi : lembek, Warna : kuning
lendir darah :
BAB terakhir jam : wib

d. Personal hygiene

Mandi 2x sehari, Terakhir mandi : 16.45
Ganti pakaian dan pakai dalam : 2 x sehari

e. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : mengerjakan pekerjaan rumah tangga
Keluhan :
Hubungan sexual : x/mgg,
Hubungan sexual terakhir :

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada
Minum-minum keras : Tidak ada
Obat terlarang : Tidak ada
Minum jamu : Tidak ada

- Tangandan kaki

Simetris/tidak : ya
 Odemapadatungkaibawah : tidak ada
 Varises : tidak ada
 Pergerakan : aktif

- **Palpasi**

- Payudara
 Colostrums : ada
 Benjolan : -

- **Abdomen**

TFU : 36 cm
 Leopold I : teraba lunak, bulat dan tidak melenting
 Leopold II : sebelah kanan abdomen ibu teraba keras dan memapan dan memanjang, sebelah kiri abdomen ibu teraba bagian keut janin
 Leopold III : bagian terbawah janin teraba keras, bulat dan melenting
 Leopold IV : kepala sudah masuk PAP

TBJ : 38,5

Kontraksi : 3-4 x/10 mnt, lama : detik, kuat/lemah, teratur/tidak
 Kandungkemih : kosong

- **Auskultasi**

DJJ :
 Frekuensi : 144 x/mnt, teratur/tidak
 Punctum maksimum:



- **Perkusi**

CVAT :

- **Pemeriksaan Dalam**

Atasindikasi : Menten Benyuan pukul : 05.00 oleh :
 Dinding vagina : tipis licin
 Portio : 3 cm tipis
 Pembukaanserviks : kurang 3 cm
 Konsistensi : lunak
 Ketuban : utuh
 Presentasi fetus : kepala keci letak bolakang kepala
 Posisi : uk
 Penurunan bagian terendah : 1

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ny. S ~~um~~ G1P1 A0 umur 36 tahun Usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intra uterine, punggung kanan, presentasi kepala, Inpartu Kala I fase aktif

Data Dasar :

- DO : - Ibu mengatakan usianya saat ini 36 th
- Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua
- Ibu mengatakan HPHT 04-07-2017

DO : K.U : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

TTV : Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/1'

Suhu : 36°C

Pernafasan : 22 x/1'

Palpasi :

L1 : 0 TFU 36 cm, teraba bulat, lunak dan tidak melembung

L2 : 0 sisi kiri perut ibu : teraba bagian kecil janin
sisi kanan perut ibu : teraba keras, memapan dan memapan

L3 : 0 teraba keras, dan bulat

L4 : 0 kepala masuk PAP

TBBJ : 3875 gr

Kontraksi : 3-4 x/10', 40"-50"

DJJ : 146 x/1'

HTP : 11-04-2018

UK : 39 minggu 1 hari

Masalah : Nyeri pd punggung menjalar ke perut

Kebutuhan : - Agar lebih rileksasi

- Berd posisi yang nyaman

- Masase punggung

III. Identifikasi Masalah Potensial

Ibu: - perdarahan
- kala I memanjang

Bayi: - hipoksia
- fetal distress

IV. Tindakan Segera

Tidak ada

V. Intervensi

Ditulis OS.00 WIB

Oleh: Weni

No	Intervensi	Rasional
1.	Beritahu ibu hasil pemeriksaan	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2.	Beri dukungan selama proses persalinan	Agar ibu lebih nyaman dan dapat meningkatkan semangat ibu
3.	Beritahu ibu ttg posisi yang nyaman	Agar mengurangi rasa sakit dan mempercepat penurunan bayi
4.	Lakukan massage punggung	Massage punggung dpt meningkatkan rasa aman pd ibu
5.	Beritahu ttg asupan nutrisi	Agar memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi
6.	Pantau kemajuan persalinan	Agar membantu bidan dalam mengambil keputusan klinis dan dapat memantau kemajuan persalinan
7.	Persiapan Alat	

VI. Implementasi

Pukul 05.05 WIB

No	Tindakan	Periy
1.	<p>Memberitahu Ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik.</p> <p>K.U : Baik</p> <p>Tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg Nadi : 80 kali/menit Pernafasan : 22 kali/menit Suhu : 36°C</p> <p>Pemeriksaan Dalam : 3 cm</p> <p>Ev: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang ada</p>	Waktu
2.	<p>Mengajarkan keluarga untuk memberikan dorongan motivasi pada ibu dengan kata-kata yang membesarkan hati seperti, "Sabar ya Bu, selorang ibu memang merasakan sakit tetapi setelah adek nanti lahir pasti perasaan sakit yang ibu rasakan saat ini akan terbayar dengan kebahagiaan yang tak ternilai harganya</p> <p>Ev: keluarga terutama suami sudah mau memotasi Ibu</p>	Waktu
3.	<p>Mengajarkan Ibu teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan-lahan</p> <p>Ev: Ibu sudah mau dibimbing</p>	
4.	<p>Melakukan massage punggung dapat mengurangi rasa nyeri yang datang saat kontraksi dgn cara melakukan pemijatan secara lembut serta memberi afirmasi positif pada ibu agar tidak terlalu fokus pada rasa nyeri yang dirasakan ibu</p> <p>Ev: Ibu bersedia di masase</p>	
5.	<p>Mengelapkan ruangan dan alat-alat persalinan</p> <p>Persiapan Alat :</p> <p>SATF I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partus set di dalam wadah steril tertutup <ul style="list-style-type: none"> - Gunting tali pusat : 1 buah - Arteri klem : 2 buah - Benang tali pusat / Umbilical Cord : 2 buah - Handsoand DTT / Stone : 2 psg - 1/2 kocher : 1 buah 	

No

Tindakan

Paraf

- Kassa atau kain steril

2. Stetoskop monoral

3. Tensi meter

4. Stetoskop bimonoral

5. Obat-obat

6. Spruit 3 cc 1 buah, 5 cc 1 buah

7. Nierbeken

8. Kom tertutup berisi air DTT

9. Kom tertutup berisi kapas steril dan koring

10. Korentang dan tempatnya

11. Tempat benda-benda tajam (Ampul) dan tempat spuit bekas

SAFT II

1. Bak Instrument Steril

- Nald heacting : 2 buah

- Nald fol dee : 1 buah

- Pinset Anatomis : 1 buah

- Pinset Cirrugis : 1 buah

- Gunting benang : 1 buah

- Kain kassa : secukupnya

- Handscoone : 1 pasang

2. Bak Instrument Steril

- Kateter de lee / slim seher : 1 buah

- Kateter karetan : 1 buah

- Kateter metal : 1 buah

- Gunting episiotomy : 1 buah

- Handscoone panjang : 1 pasang

3. Alat non steril

- Piring placentar

- Betadine

- Cairan infus dan peralatan infus lainnya

SAFT III

1. Waskom berisi air DTT : 1 buah

2. Waskom berisi air Klorin : 1 buah

3. Brush

4. Sarung tangan rumah tangga

No	Implementasi	Paraf																																																								
5.	Alat resultasi <ul style="list-style-type: none"> - Selang - Tabung O₂ - 2 buah kain sarung tangan untuk alas dan penyangga bahu - 1 buah handuk bayi - Lampu sorot 60 watt 																																																									
6.	Perlengkapan ibu dan bayi <ul style="list-style-type: none"> - Waslap 2 buah - Cellemek, tutup kepala, masker dan kaca mata - 2 buah kain lap pribadi - pakaian bayi, topi, kain bedong - Doek ibu - Kain sarung ibu 2 buah 																																																									
7.	Underpad																																																									
8.	Handuk ibu dan bayi																																																									
9.	Sepatu karet																																																									
	Ruangan yang bersih, nyaman dan menjaga privasi klien																																																									
	Ev. Alat dan tempat persalinan sudah disiapkan dgn baik																																																									
	Memasukkan pemantauan persalinan ke dlm partograf																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pemeriksaan</th> <th>05.00</th> <th>05.30</th> <th>06.00</th> <th>06.30</th> <th>07.00</th> <th>07.30</th> <th>08.00</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DJJ</td> <td>146 ⁷/₁₁</td> <td>148 ⁷/₁₁</td> <td>150 ⁷/₁₁</td> <td>152 ⁷/₁₁</td> <td>148 ⁷/₁₁</td> <td>144 ⁷/₁₁</td> <td>146 ⁷/₁₁</td> </tr> <tr> <td>Pembukaan</td> <td>3 cm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontraksi</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> <td>3x40"/10'</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>110/70</td> <td>120/80</td> <td>120/80</td> <td>110/80</td> <td>110/80</td> <td>110/80</td> <td>110/70</td> </tr> <tr> <td>Nadi</td> <td>78</td> <td>80</td> <td>78</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>78</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Suhu</td> <td>36</td> <td>36,1</td> <td>36,1</td> <td>36</td> <td>36,2</td> <td>36,2</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table>	Pemeriksaan	05.00	05.30	06.00	06.30	07.00	07.30	08.00	DJJ	146 ⁷ / ₁₁	148 ⁷ / ₁₁	150 ⁷ / ₁₁	152 ⁷ / ₁₁	148 ⁷ / ₁₁	144 ⁷ / ₁₁	146 ⁷ / ₁₁	Pembukaan	3 cm							Kontraksi	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	Tekanan Darah	110/70	120/80	120/80	110/80	110/80	110/80	110/70	Nadi	78	80	78	80	80	78	80	Suhu	36	36,1	36,1	36	36,2	36,2	36	
Pemeriksaan	05.00	05.30	06.00	06.30	07.00	07.30	08.00																																																			
DJJ	146 ⁷ / ₁₁	148 ⁷ / ₁₁	150 ⁷ / ₁₁	152 ⁷ / ₁₁	148 ⁷ / ₁₁	144 ⁷ / ₁₁	146 ⁷ / ₁₁																																																			
Pembukaan	3 cm																																																									
Kontraksi	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'																																																			
Tekanan Darah	110/70	120/80	120/80	110/80	110/80	110/80	110/70																																																			
Nadi	78	80	78	80	80	78	80																																																			
Suhu	36	36,1	36,1	36	36,2	36,2	36																																																			

Pemeriksaan	08.30	09.00	09.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00
DJJ	144 ⁺ /11	150 ⁺ /11	150 ⁺ /11	144 ⁺ /11	144 ⁺ /11	150 ⁺ /11	150 ⁺ /11	144 ⁺ /11
Pembukaan		4 cm						
Kontraksi	3x40"/10'	3x40"/10'	3x40"/10'	4x40"/10'	4x40"/10'	4x40"/10'	4x40"/10'	4x40"/10'
TD	110/80	110/80	110/80	110/80	120/80	110/80	110/80	110/80
Nadi	80	80	78	110/80	80	80	80	80
Suhu	36,1	36	36,2	36	36,1	36	36,2	36

Pemeriksaan	12.30	13.00
DJJ	144 ⁺ /11	150 ⁺ /11
Pembukaan		10 cm
Kontraksi	4x40"/10'	4x40"/10'
TD	110/80	110/80
Nadi	78	80
Suhu	36,1	36,2

v. pemantauan hemagrua persalinan sudah dimasukkan ke portogram.

Di. Evaluasi

- Ibu mengatakan keadaannya saat ini baik
- Ibu mengatakan rasa nyeri semakin sering datang

KU : Baik

VI : 10 cm

TTV : TD : 110/80 mmHg

TK : 36°C

RR : 22 x/m

DJJ : 146⁺/11

Kontraksi : 3-4 x dlm 10'

Tampak Ibu mengerti kesehatan

A Diagnosa: Ny. S ~~umur~~ G0 P1 A0 umur 36 th usia kehamilan 35 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, Inpartu kala I fase Aktif

Masalah: teratasi sebagian

P Lakukan pertolongan persalinan

KALA II

- S
- Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB
 - Ibu mengatakan perut semakin mules
 - Ibu mengatakan ada dorongan untuk meneran

D

KU : Baik
Kedudukan : EM
Kontraksi : Baik
DJJ : 146 x /1
Ada tanda persalinan

A Diagnosa: Ny. S Inpartu Kala II

Masalah: Ibu merasa perut semakin mules

Kebutuhan:

- pimpin persalinan
- berdukungan dan motivasi
- penuh cairan ibu
- pertolongan persalinan

Mslh potensial : distosia bahu

Tindakan segera Kala II memanjang

Tindakan segera: belum ada

P

1. Memberitahu Ibu dan keluarga bhw Ibu memasuki persalinan Kala II
2. Ibu dan keluarga sudah tahu ttg keadaan Ibu saat ini

A Diagnosa: Ny. S umur 36 th G0 P1 A0 umur 36 th usia kehamilan 35 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, Inpartu kala I fase Aktif

Masalah: teratasi sebagian

P Lakukan pertolongan persalinan

KALA II

- S
- Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB
 - Ibu mengatakan perut semakin mules
 - Ibu mengatakan ada dorongan untuk meneran

K.II : Baik

Kesadaran : CM

Kontraksi : Baik

DTJ : 146 x 1

Ada tanda persalinan

A Diagnosa: Ny. S Inpartu Kala II

Masalah: Ibu merasa perut semakin mules

- Kebutuhan:
- pimpin persalinan
 - berdukungan dan motivasi
 - penuh cairan ibu
 - pertolongan persalinan

Mslh potensial : distosia bahu

Tindakan segera Kala II memanjang

Tindakan segera : belum ada

P 1. Memberitahu ibu dan keluarga bhw ibu memasuki persalinan Kala II

2. Ibu dan keluarga sudah tahu ttg keadaan ibu saat ini

2. Memberikan pendidikan kesehatan asuhan pertolongan persalinan
Memberi dukungan terus-menerus kepada ibu dengan tetap meng-
hadirkan keluarga

Ev: Ibu memarahi suami sebagai pendamping dan suami sudah
berada di dekat ibu

3. Mengatur posisi ibu selang duduk
Ev: Ibu sudah nyaman dalam posisi sumiflower

4. Memimpin ibu mengedan dengan benar saat ada kontraksi
dan dorongan

Ev: Ibu dapat mengedan sesuai dengan instruksi

5. Melakukan pertolongan persalinan dengan cara tangan kanan
menahan perineum dan kain bersih, memimpin ibu mengedan
dengan benar saat ada kontraksi dan dorongan, memperhatikan
pengeluaran kepala kanan, saat kepala muncul di vulva, tangan
menahan puncak kepala agar tetap fleksi maksimal. Setelah kepala
keluar seluruhnya, membuka mulut, hidung, nabi dengan cara
stert, memutar tali pusat

Ev: Ibu ada keluhan tali pusat

7. Menunggu kepala bayi putar paksi luar dan selek kepala
putar paksi luar akan melahirkan bahu.

Ev: Kepala bayi sudah keluar tapi tidak dapat melakukan putar
paksi luar

DATA PERKEMBANGAN KALA II

Ibu sudah lelah dan tidak ada tenaga untuk mengedan

- Ada tanda dari distotia bahu:
- Kepala menetap di vulva
 - Kepala maju mundur di vulva
 - Kepala tidak melakukan putar paksi luar
 - Kesulitan dalam melahirkan bahu

A

Diagnosa: Ny. S Inpartu Kala I dengan Distosia Bahu

Masalah: Kepala Hdak dpt melakukan putar paksi luar

Kebutuhan: lahirkan ~~lempa~~ bayi dgn penatalaksanaan persalinan
linan distosia bahu

Masalah Potensial:

Pada Ibu: - perdarahan

- syok hipovolemik
- robekan jalan lahir

Pada Bayi: - Asfiksia

- Kematian Neonatal
- Fraktur klavikula
- " Humerus

Tindakan Segera: lahirkan bahu bayi dgn persalinan distosia bahu

P

1. Melakukan pertolongan persalinan dgn distosia bahu

- telap pimpin ibu untuk menera

- terdapt distosia bahu

- Melakukan Manuver McRobert

Ev. bahu bayi dan tubuh bayi lahir seluruhnya dgn melakukan manuver McRobert

2. Memeriksa apakah ada laserasi jln lahir

Ev. terdapt robekan jln lahir Der. II

KALA III

S - Ibu mengatakan senang dan lega atas kelahiran bayinya
S - Ibu mengatakan masih mules pd perutnya

D - Ibu tampak tersenyum saat ditanya
- KU Baik

- Tanda" Vital: TD: 110/80 mmHg

SpO₂: 96/100%

RR: 22 x/m

- TFU: 2 jR dibawah pusat

- Kontraksi Uterus: Baik

- Kandung kemih: Kosong

- Ada tanda" pelepasan plasenta

A

Diagnosa: Ny. S Inpartu Kala III

Masalah: - perut masih mules
- plasenta belum lahir

Kebutuhan: - pemenuhan nutrisi

P

Masalah potensial: retensio plasenta

Tindakan segera: lahirkan plasenta

P

1. Melakukan pem. pada fundus dan memastikan tidak ada janin kedua

Ev: tak ada janin kedua dan kontraksi baik

2. Melakukan PTT

Ev: sudah dilakukan

3. Mengeluarkan plasenta

Ev: plasenta lahir lengkap pukul 13.50, selaput lengkap, kordedon lengkap, berat 500 gr, panjang 50 cm

4. Melakukan masase fundus

Ev: keadaan uterus baik

5. Melakukan pengukutan perineum

Ev: sudah dilakukan pengukutan perineum

KALA IV

S

KU: Baik

Kes: AM

TTV: TD: 110/80 mmHg

T/8: 36,5/80 °F

RR: 22 x/m

TFU 2 JR dibawah pusat
Kandung kemih kosong
Uterus terasa keras

A

Diagnosa: Ibu ~~terpapar~~ ke parturien dlm pemantauan kala IV

Masalah: Ibu merasa lelah

Kebutuhan: - pemenuhan nutrisi
- personal hygiene

Antisipasi Mslh potensial: Infeksi pd rekam jalan lahir, atoni uterus

Tridakan segera: tidak ada

P

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ku: Baik

TTV: TD: 110/80 mmHg
T/P: 36,5/80^oC
RR: 22 x/1'

2. Ibu sudah tahu keadaannya

3. Memberitahu ibu ttg perubahan fisiologi kala IV

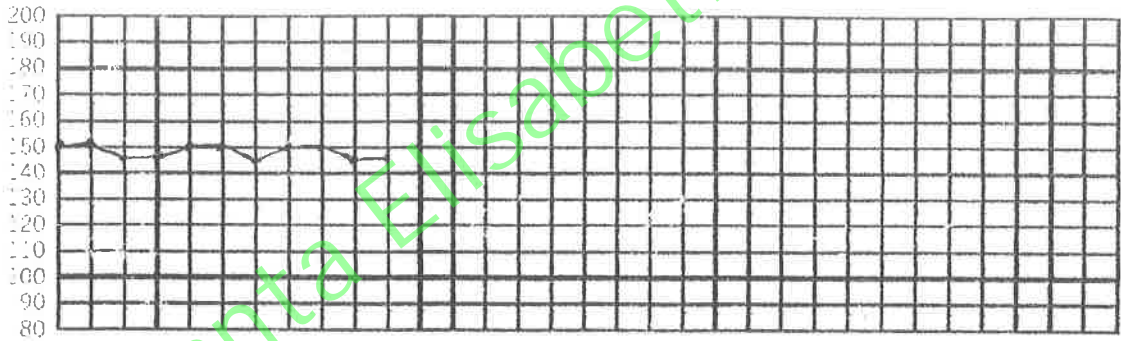
4. Ibu sudah mengerti

5. Melakukan pemantauan kala IV

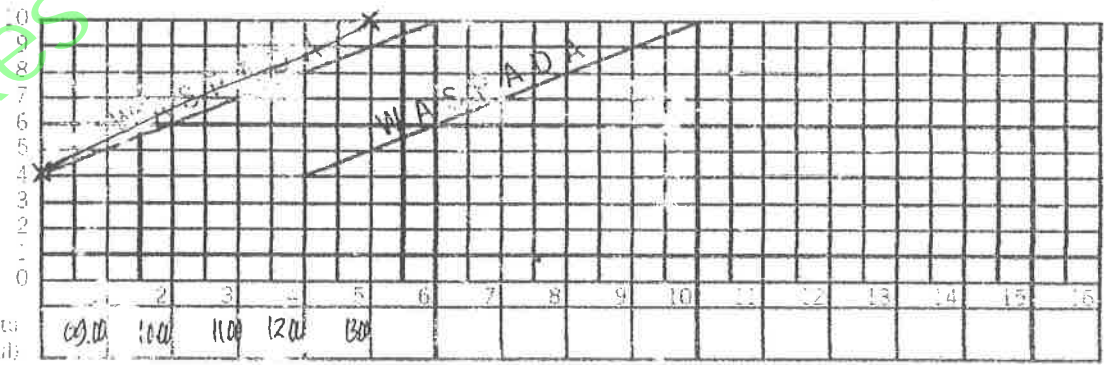
No	Waktu	Nadi	Suhu	Tekanan Darah	T & L	Kontraksi	Kandung Kandung	Perdarahan
1.	14.00	80 x/1'	36,5 ^o C	110/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc
2.	14.15	78 x/1'	36,5	110/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc
3.	14.30	80 x/1'	36,5	120/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc
4.	14.45	78 x/1'	36,5	110/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc
5.	15.15	80 x/1'	36,5	120/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc
6.	15.45	78 x/1'	36,5	110/80	2 JR dibuh pusat	Baik	Kandung	10 cc

PARTOGRAF

Register: Nama Ibu: Sofia Baitubara Umur: 36 th G P I A O Hamil: 39 minggu. 1
 Puskesmas: RB Masuk Tanggal: 05-04-1997 Pukul: 05.00
 Mulas sejak pukul: 05.00 Alamat: ...



Air ketuban penyusutan



Kontraksi: ☐ 20
 tiap: ☐ 20-40
 10 menit: ☐ 40 (detak)

Oksitosin Utl tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine — Protein Aseton Volume

15. 05 April 2018
K Sally

- Memandikan By Ny.R dan memberi imunisasi HB0

- Ny. S, 42 P, Ad usia 36 th, datang pada pukul 05.00 WIB, ~~diikuti~~ usia kehamilan 39 mg HPHT: 04-7-2017 TTP: 27-04-2018. Ibu mengeluh perutnya mules. Ditakukan VT @ 30m ditakukan oks. TTU.

- TD: 110/70 mmHg

- TP: 36/80 x/i

- RR: 22 x/i

- DJJ: 146 x/i

Ibu diangkan Miki dan Hts semakin kuag.

Kemudian Pukul 09.00 WIB ditakukan VT kembali @ 4 cm.

Ibu masih diangkan untuk Miki dalam Hts jadi semakin kuag.

Pukul 13.00 ditakukan VT dan infus RL 30 Hts i/i.

Terpasang

Pukul 13.30 Penda gejala kala II Cuda

normal untuk dispora bahu. Pukul 13.45 bayi lahir spontan. BB: 3200 gr, PB: 50 cm, Jk: Pk. Ditakukan IMD dan setelah itu diberi salep mata pd bayi. Kemudian melakukan perawatan kala IV identitas suami: Tn. I

34 th

Kary. Sudarta
Jl. Pimpinan Gg. Lempaka No. 9

Ridayat Partalinan yang lalu

1. Tgl 14-05-2009, Normal, Bidan, Klinik, 2500 g, 49 cm, Laki-laki

- Ny. H usia 33 tahun mengeluh pusing, mabuk dan mual.

Obs. TTU:

TD: 120/80 mmHg

TP: 36/80 x/i

RR: 22 x/i

terapi yg diberi:

- Omeprazole 3x1

- Amoxicillin 2x1

PENUNTUN BELAJAR DISTOSIA BAHU

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan menggunakan skala sbb :

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

T/S : Tindakan / langkah-langkah yang dilakukan tidak sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi.

PENUNTUN BELAJAR DISTOSIA BAHU

NO	LANGKAH / TUGAS	KASUS				
		1	2	3	4	5
Persiapan Penjahitan						
1.	Persiapan peralatan : <ul style="list-style-type: none">▪ Gunting episiotomi					
2.	Persiapan petugas : <ul style="list-style-type: none">▪ Apron plastik, masker, kacamata pelindung▪ Sarung tangan DTT/steril▪ Alas kaki/sepatu boot karet					
3.	Pakai sarung tangan DTT atau steril					
4.	Lakukan episiotomi secukupnya					
5.	Lakukan manuver McRobert's : <ul style="list-style-type: none">a. Dengan posisi ibu berbaring pada punggungnya, minta ibu untuk menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya. Minta dua asisten untuk membantu ibub. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simfisis pubis. Hindari penarikan yang berlebihan pada kepala bayi karena mungkin akan melukainyac. Secara bersamaan mintalah salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah bawah dengan lembut (Manuver Mashanti). Jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan ruptura uteri					
6.	Jika bahu tetap tidak lahir : <ul style="list-style-type: none">a. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan lakukan penekanan pada bahu anterior, ke arah sternum bayi, untuk memutar bahu bayi dan mengurangi diameter bahu (Manuver Rubin).b. Jika perlu, lakukan penekanan pada bahu posterior ke arah sternum (Manuver Wood)					

7.	<p>Jika bahu masih tetap tidak lahir :</p> <p>a. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior</p> <p>b. Fleksikan lengan bayi di bagian siku, letakkan lengan tersebut melintang di dada bayi, pegang jari-jari bayi dan keluarkan lengan secara manual seperti mengusap wajah (Manuver swartz and Dixon)</p>					
8.	<p>Jika bahu masih tetap tidak lahir setelah melakukan manuver-manuver di atas, minta ibu untuk berganti posisi merangkak. Coba bantu kelahiran bayi tersebut dalam posisi ini dengan cara melakukan tarikan perlahan-lahan pada bahu anterior ke arah atas dengan hati-hati; segera setelah bahu anterior lahir, lahirkan bahu posterior dengan tarikan perlahan-lahan ke arah bawah dengan hati-hati. Jika tetap tidak berhasil, rujuk ibu</p>					
	$\text{SKOR NILAI} = \frac{\sum \text{NILAI}}{24} \times 100\%$					
	TANGGAL					
	PARAF PEMBIMBING					

**MIDWIFERY CARE ON MRS S GII PI A0 AGE 36 YEARS OLD AGE
PREGNANCY 39 WEEKS 1 DAY WITH SHOULDER DYSTOCIA
AT SALLY CLINIC
YEAR 2018¹**

Wenni Grecyana Sihotang², Ermawaty Siallagan³

ABSTRACT

Background: Shoulder dystocia is an emergency obstetric condition in vaginal delivery where the fetal shoulder fails spontaneously after birth of the head. Cases of shoulder dystocia are not common but harmful to the mother and fetus. In Indonesia perinatal mortality is reported to occur in 0.4-0.5% of cases of shoulder dystocia in 2010.

Objective: Able to perform Midwifery Care at Ny. S GII PI A0 Age 36 Years of Pregnancy 39 Week 1 Day with Shoulder Shoulder Dystocia at Sally Clinic using 7 Step Varney Management approach.

Method: Type of case study report with descriptive method. Location of case study at Sally Clinic on March 26 -18 April 2018

Result: From the results of the preparation of this task report gets a real picture and experience in maternity midwifery care with shoulder and shoulder dystocia and whole baby body can be born by maneuvering McRobert

Conclusion: Shoulder dystocia is a condition of obstetric emergency in vaginal delivery where the fetal shoulder fails to arise spontaneously after birth of the head. on Mrs. S shoulder can be born by doing McRobert Maneuver

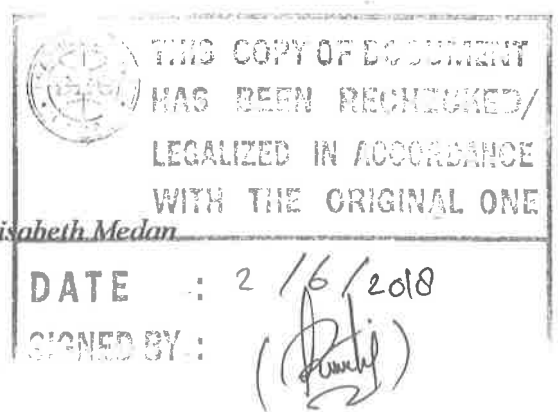
Keywords: shoulder dystocia

References: 6 books (2009-2017), 2 journals

1The Title of Case Study

2 Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan



DISTOSIA BAHU



Wenni Greycyana Sihotang

022015069

Distosia bahu adalah suatu keadaan di perlukannya tambahan manuver obstetrik oleh karena dengan tarikan biasa kearah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi. pada persalinan persentasi kepala, setelah kepala lahir bahu tidak dapat dilahirkan dengan cara pertolongan biasa dan tidak didapatkan sebab lain dari kesulitan tersebut.



1. Distosia Karena Kelainan His
2. Distosia Karena Kelainan Letak
3. Distosia Karena Kelainan Ji

Lahir



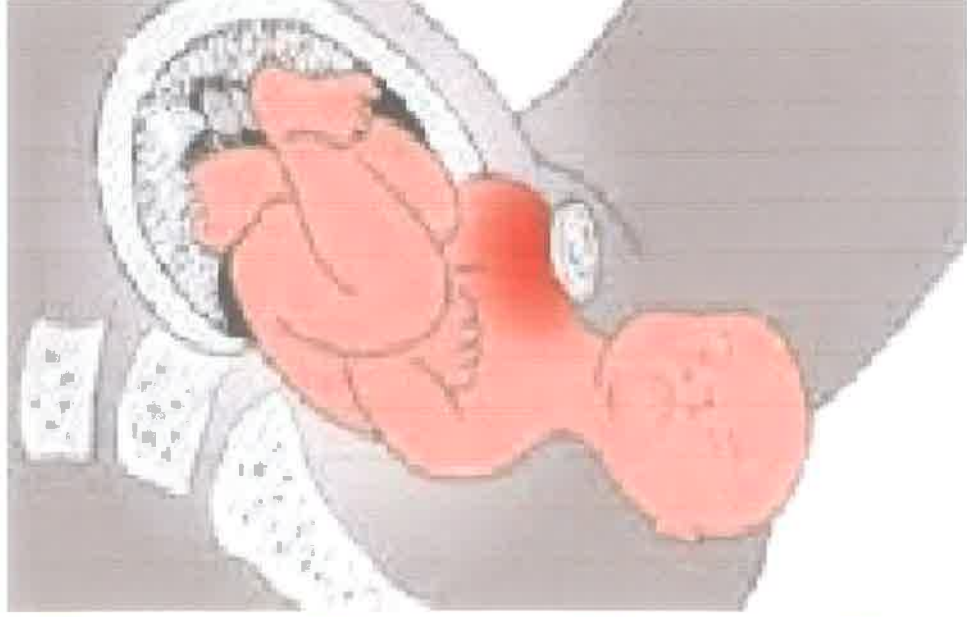
B. KOMPLIKASI DISTOSIA

1. Komplikasi Maternal
2. Komplikasi Fetal

1. Maternal

2. Fetal

3. Masalah persalinan



Penatalaksanaan Distosia Bahu:

1. Kesigapan penolong persalinan dalam mengatasi distosia bahu sangat diperlukan.

2. Pertama kali yang harus dilakukan bila terjadi distosia bahu adalah melakukan traksi curam bawah sambil meminta ibu untuk meneran.

3. Lakukan episiotomi.

Setelah membersihkan mulut dan hidung anak, lakukan usaha untuk membebaskan bahu anterior dari simfisis pubis dengan berbagai maneuver :

1. Tekanan ringan pada suprapubic

3. Maneuver Woods

4. Persalinan bahu belakang

5. Maneuver Rubin

6. Pematahan klavikula



7. Maneuver Zavanelli

8. Kleidotomi



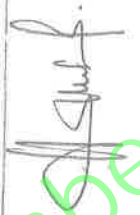
9. Simfisiotomi




NO.	Hari/tanggal	Dosen pembimbing	Pembahasan	Paraf dosen pembimbing
1.	14 Mei 2018	Ermawaty A, SST, M.Kes	Meminta tanda tangan untuk perse- tujuan judul LTA	
2.	16 Mei 2018	Ermawaty A, SST, M.Kes	Konsultasi BAB I, II dan BAB III, BAB IV Bab I : tambahi angka kejadian ter pikamida - terbalik BAB II : tambahi komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi BAB III : tambahi data perkembangan pada KALA I - KALA IV	
3.	17 Mei 2018	Ermawaty A, SST, M.Kes	Konsultasi Revisi Bab I, II, III, IV Bab I : susunan pada pembahasan masalah harus mulai dari teori, praktek dan lihat apakah terjadi kesenjangan antara teori dan praktek Bab V : perbaiki saran bagi klien	

NO.	Hari/tanggal	Dosen pembimbing	Pembahasan	Paraf dosen pembimbing
4	18 Mei 2018	Ermawati A, SST, M.Kes	Konsultasi Revisi Bab IV dan Bab V Bab II Bab IV: Perluas bahasa untuk kesemangan teori pada langkah ke-II Perbaiki daftar pustaka buat berdasarkan alphabet Bab II: tambahkan gambar manuver pada taxi	
5.	18 Mei 2018	Ermawati A, SST, M.Kes	→ Daftar beer cut, kerangka asstra Aer julid	

KEGIATAN REVISI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO.	Hari/tanggal	Dosen Penguji	Pembahasan	Paraf dosen penguji
1.	Rabu, 23 Mei 2018	Ermanawaty Siallagan, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahi Asuhan Gyang Ibu di Bab II - Perbaiki tulisan dan jarak penulisan 	
2.	Kamis, 24 Mei 2018	Ermanawaty Siallagan, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan cara penulisan, jarak, dengan panduan LTA - Bold kata-kata yang perlu di Bold 	
3.	Jumat, 25 Mei 2018	Ermanawaty Siallagan, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kata pengantar (kata-kata dan kata) - Perbaiki daftar pustaka harus sesuai dengan panduan LTA - Perbaiki lembar persetujuan dan lembar pengesahan 	

KEGIATAN REVISI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO.	Hari/tanggal	Dosen Penguji	Pembahasan	Paraf dosen penguji
4.	Sabtu, 26-05-2018		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki daftar isi - Perbaiki daftar pustaka - Ubah paragraf sebelumnya - Cover & Logo sesuai TE baru - Koneksi koordinat untuk proses akhir - ACR gila 	
5.	Senin, 28-05-2018	Sr. Lidwina FTE	<ul style="list-style-type: none"> - Edit penulisan judul - Perbaiki daftar pustaka - Perbaiki dokumentasi kula IV - Lengkapi lampiran - ACR jilid 	