

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN DENGAN INERSIA UTERI
PADA NY. L GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 3 HARI DI
KLINIK MARIANA BINJAI
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

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



OLEH

PRICILIA TIEN PURBA

022014044

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

2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN DENGAN INERSIA UTERI
PADA NY. L GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 3 HARI DI
KLINIK MARIANA BINJAI
TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh :

**Pricilia Tien Purba
022014044**

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

Oleh :

**Pembimbing : Risda Mariana, SST
Tanggal : Mei 2017**

Tanda Tangan


:.....

**Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita Veronika, S.St, M.KM

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN DENGAN INERSIA UTERI
PADA NY. L GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 3 HARI DI
KLINIK MARIANA BINJAI
TAHUN 2017**

Disusun Oleh :

Pricilia Tien Purba
022014044

Telah Dipertahankan dihadapan TIM Penguji dan dinyatakan diterima
sebagai salah satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth
Pada hari Kamis, 18 Mei 2017

TIM Penguji

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

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

Penguji III : Risda Mariana Manik, S.ST

Tanda Tangan

.....
.....
.....

**Megesahkan
STIKes Santa Elisabeth Medan**


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


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

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Study Kasus LTA yang Berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Pada Ny. L umur 27 Tahun GIP0A0 dengan Inersia Uteri di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, Mei 2017
Yang membuat pernyataan



(Pricilia Tien Purba)

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN DENGAN INERSIA UTERI PADA NY.
L GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 3 HARI DI KLINIK MARIANA
BINJAI
TAHUN 2017¹**

Pricilia Tien Purba², Risda Mariana Manik³

INTISARI

Latar Belakang : Inersia uteri adalah salah satu kelainan tenaga (kelainan his) karena memanjangnya fase laten atau fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan. Inersia uteri pada ibu bersalin dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor umum seperti umur, paritas, anemia, ketidaktepatan penggunaan analgetik, pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin, perasaan tegang dan emosional.

Tujuan Umum : Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Helen Varney pada Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.

Metode : Hasil dari Asuhan Kebidanan yang di berikan pada Ny. L umur 27 tahun GI P0 A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari dengan Inersia Uteri berjalan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada ibu yang mengalami Inersia Uteri sehingga asuhan yang diberikan tidak memberikan masalah.

Kesimpulan : Asuhan Kebidanan yang di berikan pada Ny. L umur 27 tahun GI P0 A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari dengan Inersia Uteri berjalan sesuai dengan rencana sehingga tidak terjadi masalah.

Kata kunci : Persalinan Dengan Inersia Uteri

Referensi : 12 Referensi (2007-2017) 1 jurnal

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MATERNITY MIDWIFERY CARE WITH UTERINE INERTIA ON Ny.L GIP0A0
38 WEEKS GESTATION 3 DAYS AT
MARIANA BINJAI CLINIC IN
2017¹**

Pricilia Tien Purba²,Risda Mariana Manik³

ABSTRACK

Background : Uterine inertia is one of the energy disorders (his deformity) due to the prolongation of the latent phase or the active phase or both from the opening stage. Uterine inertia in maternal mothers can be caused by several factors including common factors such as age, parity, anemia, improper use of analgesics, hormonal influences due to lack of prostaglandins or oxytocin, tension and emotional feeling.

General purpose : Able to provide midwifery care to mothers using obstetric management 7 steps Helen Varney on Ny.L at the Mariana Binjai clinic in 2017.

Method : Results of midwifery given to Ny.L age 27 years GIP0A0 gestational age 38 weeks 3 days with uterine inertia goes according to the needs required in mothers with uterine inertia so that care provided does not present a problem.

Conclusion : Midwifery care given to Ny.L age 27 years GIP0A0 gestational age 38 weeks 3 days with uterine inertia goes according to plan so it does not happen.

Keywords : Labor with inertia uteri

Reference : 12 Reference (2007-2017)1 journal

¹Tittle of final report

²Midwifery Student of STIKes Santa Elisabeth Medan

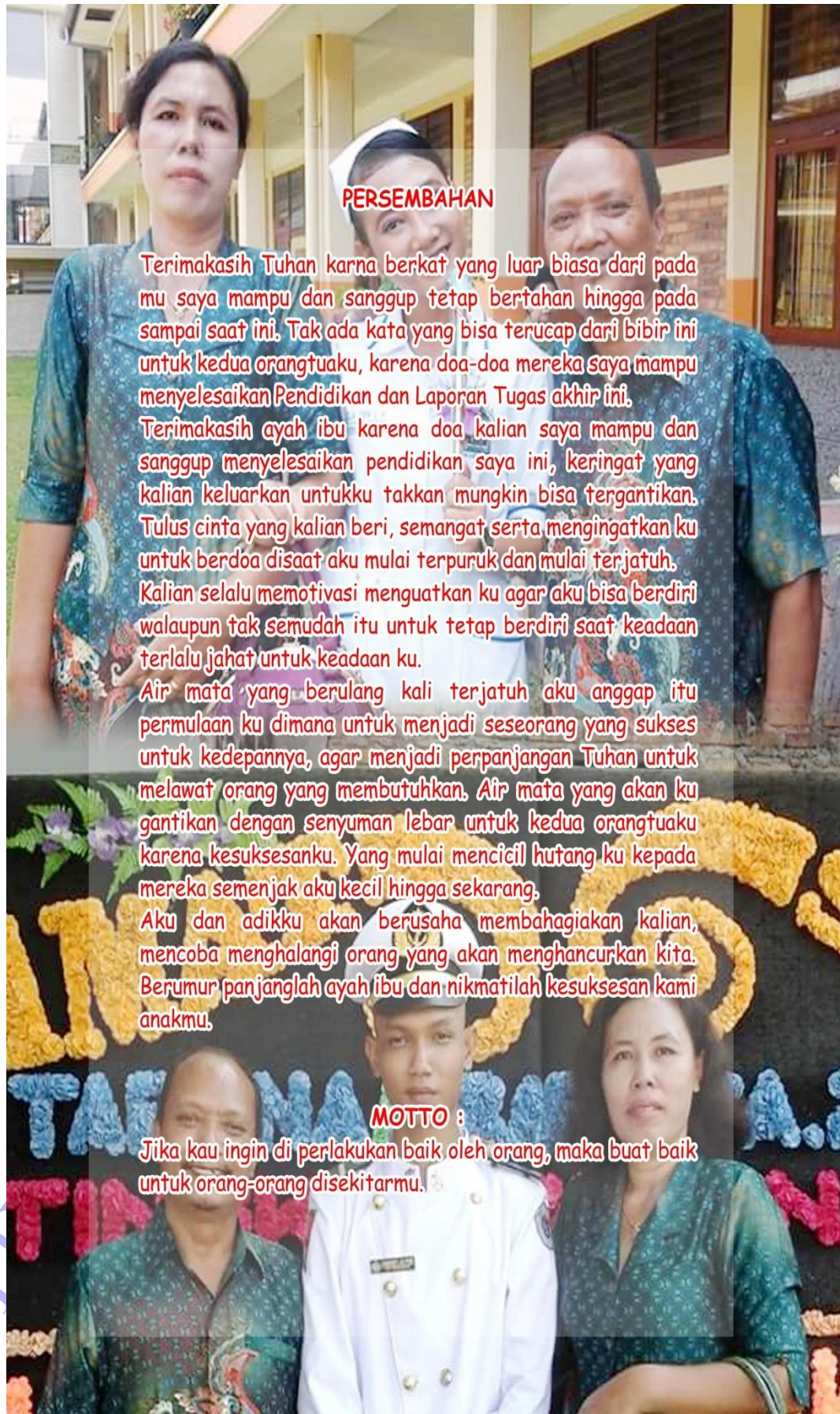
³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

RIWAYAT HIDUP



Nama : Pricilia Tien Lamrumata Purba
T.T Lahir : Medan, 27 april 1996
Agama : Kristen Protestan
Anak ke : 1 dari 2 barsaudara
Status : Lajang
Nama Ayah : Sabar Purba
Nama Ibu : Ame br.Tambunan
Alamat : Jl.Parluasan Dusun II Martoba Gebang, Kab. Langkat
Riwayat pendidikan :

1. TK Swasta Perguruan Samanhudi Tanjung Pura : 2000-2002
2. SD Swasta Perguruan Samanhudi Tanjung Pura : 2002-2008
3. SMP Swasta Perguruan Samanhudi Tanjung Pura : 2008-2011
4. SMA Negeri 1 Gebang Kabupaten langkat : 2011-2014
5. D-III Kebidanan Stikes Santa Elisabeth Medan : 2014-sekarang



PERSEMBAHAN

Terimakasih Tuhan karna berkat yang luar biasa dari pada mu saya mampu dan sanggup tetap bertahan hingga pada sampai saat ini. Tak ada kata yang bisa terucap dari bibir ini untuk kedua orangtuaku, karena doa-doa mereka saya mampu menyelesaikan Pendidikan dan Laporan Tugas akhir ini.

Terimakasih ayah ibu karena doa kalian saya mampu dan sanggup menyelesaikan pendidikan saya ini, keringat yang kalian keluarkan untukku takkan mungkin bisa tergantikan. Tulus cinta yang kalian beri, semangat serta mengingatkan ku untuk berdoa disaat aku mulai terpuruk dan mulai terjatuh. Kalian selalu memotivasi menguatkan ku agar aku bisa berdiri walaupun tak semudah itu untuk tetap berdiri saat keadaan terlalu jahat untuk keadaan ku.

Air mata yang berulang kali terjatuh aku anggap itu permulaan ku dimana untuk menjadi seseorang yang sukses untuk kedepannya, agar menjadi perpanjangan Tuhan untuk melawat orang yang membutuhkan. Air mata yang akan ku gantikan dengan senyuman lebar untuk kedua orangtuaku karena kesuksesanku. Yang mulai mencicil hutang ku kepada mereka semenjak aku kecil hingga sekarang.

Aku dan adikku akan berusaha membahagiakan kalian, mencoba menghalangi orang yang akan menghancurkan kita. Berumur panjanglah ayah ibu dan nikmatilah kesuksesan kami anakmu.

MOTTO :

Jika kau ingin di perlakukan baik oleh orang, maka buat baik untuk orang-orang disekitarmu.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan Inersia Uteri Pada Ny. L GI P0 A0 Kehamilan 38 Minggu 3 hari di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017”. Laporan Tugas Akhir dibuat untuk melengkapi tugas dan persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi mau pun susunan bahasanya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya masukan dan saran yang bersifat membangun sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat lebih berharga dan mendapat perbaikan dimana yang akan datang.

Dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini penulis banyak menerima bantuan yang berharga dari berbagai pihak sehingga penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sebagai mana mestinya.

Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan ikhlas kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti, menyelesaikan pendidikan dan yang telah banyak meluangkan pikiran, waktu, serta petunjuk, memberi motivasi dan semangat kepada

penulis dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir hingga selesai di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Risda Mariana Manik, S.ST, selaku dosen penguji dan dosen pembimbing akademik yang menjadi orangtua bagi penulis selama menjalani pendidikan, memberi motivasi, semangat dan doa dari awal hingga saat terakhir dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. R.Oktaviance, S, S.ST, M.Kes dan Flora Naibaho, S.ST, M.Kes selaku dosen penguji pada saat ujian akhir yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan sabar pada saat ujian berlangsung.
5. Seluruh staf dosen pengajar Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberi ilmu, petunjuk serta nasehat selama menjalani pendidikan.
6. LMT Siregar, selaku pembimbing Klinik Tanjung yang bersedia membimbing dalam penyelesaian praktek kebidanan dan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Ibu Lindawati yang telah bersedia menjadi pasien di Mariana Binjai.
8. Sr. Avelina, FSE, Sr. Generosa, FSE, ibu Lambai Situmorang dan seluruh karyawan di asrama yang turut memberikan bimbingan dan serta doa sehingga dapat menjalani dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
9. Kepada kedua orang tua tercinta S.Purba, A. br.Tambunan dan adik saya Winnerson Purba telah memberikan semangat, dukungan motivasi dan senantiasa mendoakan hingga akhir Laporan Tugas Akhir ini.

10. Seluruh teman-teman mahasiswa Prodi D-III Kebidanan angkatan XIV dan yang telah memberi bantuan serta motivasi dari segala kekurangan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata kepada pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu, penulis mengucapkan terimakasih atas segala bantuan yang telah diberikan dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, semoga diberikan dan mendapatkan berkat dari Tuhan Yang Maha Esa.

Medan, Mei 2017

Penulis

(Pricilia Tien Purba)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Persalinan	6
1. Pengertian Persalinan	6
2. Tujuan asuhan persalinan normal.....	6
3. Lima aspek dasar persalinan	7
4. Perubahan fisiologis dalam persalinan	14
5. Perubahan psikologi dalam persalinan	17
6. Cara mengatasi masalah psikologi persalinan	19
7. Faktor mempengaruhi persalinan	21
8. Mekanisme persalinan normal	31
9. Pembagian persalinan	33
10. Patograf	45
B. Persalinan Lama	45
1. Pengertian	47
2. Periode Laten	48

3. Fase Laten yang Memanjang	49
4. Inersia Uteri	49
5. Etiologi	50
6. Komplikasi yang mungkin terjadi	51
7. Diagnosis	51
8. Penanganan	51
9. Induksi persalinan	52
C. Manajemen Kebidanan	57

BAB III METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi	61
B. Tempat dan studi kasus	61
C. Subjek studi kasus	61
D. Metode pengumpulan data	61

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHAN

A. Tinjauan kasus	67
B. Pembahasan	104

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	111
B. Saran.....	112

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel Pembagian Persalinan Kala I	34
2.2 Tabel Pemantauan Kala I	35
2.3 Tabel Pemantauan Kala I	36
2.4 Tabel Pemantauan Kala II	37
2.5 Tabel Diagnosis Kala II	38
2.6 Tabel Tindakan Kala II	38
2.7 Tabel Tindakan Kala III	41
2.8 Tabel Pemantauan Kala IV	44
2.9 Tabel Tindakan Kala IV	45
3.1 Tabel Skor Bishop	53
3.2 Tabel Kecepatan Infus	53
3.3 Tabel Kecepatan Infus Primigravida	55

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Jadwal Studi Kasus LTA
3. Surat Permohonan Ijin Studi Kasus
4. Surat balasan Ijin Studi Kasus
5. Informend Consent (Lembar Persetujuan Pasien)
6. Surat Rekomendasi dari Klinik/Puskesmas/RS
7. Partograf
8. Daftar Tilik/Lembar Observasi
9. Liflet
10. Lembar Konsultasi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebanyak 20-30 % dari kelahiran resiko atau komplikasi yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayinya. Salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu Negara adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Angka Kematian Ibu adalah jumlah wanita yang meninggal mulai dari saat hamil hingga 6 minggu setelah persalinan per 100.000 persalinan. Angka Kematian Ibu menunjukkan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan. Tingginya AKI dan lambatnya penurunan angka ini menunjukkan bahwa pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sangat mendesak untuk ditingkatkan baik dari segi jangkauan maupun kualitas pelayanannya (WHO,2014).

Menurut laporan WHO yang telah dipublikasikan pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa. Dimana terbagi atas beberapa Negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 (WHO, 2014).

Peran serta bidan di masyarakat sangat diperlukan terutama dalam menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) serta peningkatan taraf hidup kesehatan masyarakat. Hal tersebut seiring dengan komitmen dalam memberikan pelayanan di bidang kesehatan dan juga mendukung percepatan program *Sustainable Development Goals* (SDGs) (INFID, 2015).

Dalam pembangunan berkelanjutan SDGs tujuan ke-3, yaitu memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia menargetkan pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran. Pada tahun 2030, mengakhiri kematian yang dapat dicegah pada bayi baru lahir dan balita, dimana setiap negara menargetkan untuk mengurangi kematian neonatal setidaknya menjadi kurang dari 12 per 1000 kelahiran dan kematian balita menjadi serendah 25 per 1000 kelahiran (INFID, 2015).

Menurut depkes pada tahun 2010, penyebab langsung kematian maternal di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdarahan 28%. Sebab lain, yaitu eklamsi 24%, infeksi 11%, partus lama 5% dan abortus 5%.

Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia tahun 2010-2013 yaitu perdarahan 35,1 %, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 27,1%, infeksi 7,1% partus lama/macet 1,8%, dan abortus 4,7%. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK (Profil kesehatan Indonesia, 2014).

Berdasarkan AKI di SUMUT masih relative tinggi, penyebab kematian ibu dipengaruhi oleh kurangnya pemahaman bagi ibu hamil dalam memeriksa kesehatannya. Menurut Kabid pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Sumut, Dr Retno Sari Dewi mengatakan, jumlah 175 angka kematian ibu merupakan jumlah kematian dalam wilayah tertentu seperti di Sumut dalam kurun waktu tertentu per

100 ribu kelahiran hidup, jadi kematiannya karena dengan kehamilan, persalinan dan pasca persalinan (Kabar Medan, 2016).

Berdasarkan tabel indikator kesehatan ibu di sumut, dilaporkan jumlah kematian ibu tertinggi di kabupaten Deli Serdang 27, Nias utara 22, Asahan 21. Sedangkan jumlah lahir hidup tertinggi di kota Medan 42.125 dan kabupaten Langkat 16.226. dari table indikator kesehatan anak di sumut hingga oktober 2015 sebanyak 654 jumlah kematian neonatal atau bayi usia 29 hari sampai 1 tahun ada 140 dan anak Balita 1 sampai 5 tahun yaitu 893 orang (Kabar Medan, 2016).

Berdasarkan Tri Anasari hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik paritas ibu bersalin sebagian besar pada kategori tidak berisiko sebanyak (89,3%), sebagian pada kategori normal sebanyak (59,3%), dan ibu bersalin dengan inersia uteri ada sebanyak (26,7%). Diharapkan ibu hamil hendaknya menjaga kesehatan kehamilannya dengan melakukan pemeriksaan ANC secara rutin.

Berdasarkan Visi dan Misi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan adalah menciptakan tenaga Bidan yang unggul dalam mencegah Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal berdasarkan daya kasih kristus yang menyembuhkan sebagai tanda kehadiran Allah di Indonesia tahun 2022. Dari penjelasan di atas dengan adanya Visi Misi penulis dapat mengambil kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan Inersia Uteri Pada Ny.L GI P0 A0 Usia Kehamilan 38 Minggu 3 Hari di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Helen Varney pada Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- b. Mendeskripsikan interpretasi data dasar pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- c. Mendeskripsikan diagnosa/masalah potensial pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- d. Mendeskripsikan tindakan segera/ kolaborasi pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- e. Mendeskripsikan perencanaan tindakan pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- f. Mendeskripsikan implementasi tindakan pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- g. Mendeskripsikan evaluasi pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.
- h. Mendeskripsikan mendokumentasikan tindakan pada persalinan Ny. L di klinik Mariana Binjai tahun 2017.

C. Manfaat

1. Teoritis

Dapat digunakan sebagai bahan menambah wawasan dan keterampilan secara langsung dalam melakukan pertolongan secara spontan.

2. Praktis

a. Bagi Institusi

Hasil asuhan ini diharapkan dapat sebagai bahan informasi yang bisa dipakai baik dalam proses pembelajaran maupun penelitian.

b. Bagi Klinik

Hasil asuhan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai evaluasi untuk tempat lahan praktek dalam meningkatkan pelayanan kebidanan dalam memberikan konseling persalinan dengan pelayanan kebidanan sesuai standar – standar kebidanan.

c. Bagi pasien

Dapat menambah ilmu pengetahuan ibu tentang kesehatan ibu selama persiapan persalinan yang aman, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI Eksklusif, Perawatan bayi, perawatan masa nifas dan perencanaan penggunaan KB.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, di samping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. (Sarwono prawirohardjo, 2006 hal 100).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sarwono prawirohardjo Jakarta, 2006 hal 100).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu atau pun pada janin. (Sarwono prawirohardjo Jakarta, 2006 hal 100).

2. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. (Sarwono prawirohardjo Jakarta, 2010 hal 335).

Tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Sarwono prawirohardjo Jakarta, 2006 hal 101).

3. Lima Aspek Dasar dalam Persalinan (Lima Benang Merah)

Terdapat lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Aspek tersebut adalah sebagai berikut :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bagi bayi baru lahir. Hal ini merupakan suatu proses sistematis dalam mengumpulkan dan menganalisis informasi, membuat diagnosis kerja, membuat rencana tindakan yang sesuai dengan diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan akhirnya mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan/atau bayi baru lahir.

Empat langkah proses pengambilan keputusan klinik:

- Pengumpulan Data
 - a. Data Subjektif
 - b. Data Objektif
- Diagnosis
- Penatalaksanaan asuhan dan perawatan
 - a. Membuat rencana
 - b. Melaksanakan rencana

- Evaluasi

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sayang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Antara lain, juga disebutkan bahwa asuhan tersebut dapat mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan, seperti ekstraksi vakum, forceps, dan seksio sesarea.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai, dan perlakuan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain.

8. Ajarkan kepada suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten.
10. Hargai privasi ibu.
11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
12. Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.
13. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberikan pengaruh merugikan.
14. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
15. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir.
16. Membantu memulai persalinan ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi.
17. Siapkan rencana rujukan.
18. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan-bahan, perlengkapan, obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

Asuhan sayang ibu pada masa pascapersalinan:

1. Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).
2. Bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai permintaan.

3. Ajarkan kepada ibu dan keluarganya mengenai nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
4. Anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi mensyukuri kelahiran bayi.
5. Ajarkan kepada ibu dan anggota keluarganya tentang bahaya dan tanda-tanda bahaya yang dapat diamati dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika terdapat masalah atau kekhawatiran.

3. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lainnya dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan jalan menghindarkan transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur. Juga upaya-upaya untuk menurunkan risiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan pada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran/bayi baru lahir atau saat menataksana penyulit.

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

1. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit karna infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik.
2. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.

3. Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan, dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tidak utuh/selaput mukosa atau darah, harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
4. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan, atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.
5. Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan yang benar dan konsisten.

4. Pencatatan (Dokumentasi)

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

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, sekitar 10-15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas

kesehatan rujukan terdekat yang mampu untuk melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir, seperti:

1. Pembedahan
2. Transfusi darah
3. Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau forceps
4. Antibiotika
5. Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir.

BAKSOKU dapat digunakan persiapan rujukan untuk ibu dan bayi

1. **B (Bidan)** : Pastikan bahwa ibu atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
2. **A (Alat)** : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ketempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.
3. **K (Keluarga)** : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi baru lahir dan mengapa ibu atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu atau bayi kefasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.
4. **S (Surat)** : Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu

atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

5. **O (Obat)** : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama di perjalanan.
6. **K (Kendaraan)** : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
7. **U (Uang)** : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan yang lain yang diperlukan selama ibu atau bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan

4. Perubahan Fisiologi Dalam Persalinan

a. Tekanan Darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan mengeceknya dengan baik pada interval antar kontraksi, lebih baik dengan posisi ibu berbaring miring.

Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Apabila seorang wanita merasa sangat takut dan khawatir pertimbangkan

kemungkinan bahwa rasa takutnya (bukan karena pre-eklamsi) menyebabkan peningkatan tekanan darah.

b. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktifitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang. Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi.

c. Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu tubuh yang normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1 derajat celcius.

Peningkatan suhu tubuh sedikit adalah normal. Namun, bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi, dan parameter lain harus di cek. Begitu pula pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat, mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada keadaan ini.

d. Denyut Nadi (frekuensi jantung)

Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan

metabolisme yang terjadi. Penurunan denyut nadi yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak akan terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal.

e. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Sulit untuk memperoleh temuan yang akurat dalam hal pernafasan karena frekuensi dan irama pernafasan dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut dan penggunaan teknik pernafasan. Amati pernafasan wanita dan bantu ia mengendalikannya untuk menghindari hiperventilasi yang panjang, yang ditandai oleh rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

f. Perubahan Pada Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

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

g. Perubahan Pada Saluran Cerna

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Makanan yang dikonsumsi selama periode menjelang persalinan atau fase prodromal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada dalam lambung selama persalinan.

Lambung yang penuh menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan. Tetapi makan dan minum sedikit demi sedikit berguna untuk mempertahankan energi atau hidrasi. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respons terhadap salah satu atau kombinasi faktor-faktor berikut: kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat atau komplikasi.

h. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

5. Perubahan Psikologi Dalam Persalinan

Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Begitu juga pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang namun ia perlu memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar ia dapat menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya sehingga ia dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya.

Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan. Dibawah ini merupakan psikologik menurut kala persalinan :

1. Perubahan psikologis pada kala satu

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, trauma bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah :

- a. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi.
- b. Perasaan tidak enak.
- c. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan dapat berjalan normal.
- d. Menganggap persalinan adalah percobaan.
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- f. Apakah bayi normal atau tidak.
- g. Apakah ibu sanggup merawat bayinya.
- h. Ibu cemas

Perubahan psikologis ibu saat persalinan

Fase laten : Pada fase ini ibu biasanya merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir sehubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Biasanya ia ingin berbicara, perlu ditemani, tidak tidur, ingin berjalan-jalan dan menciptakan kontak mata. Pada wanita yang dapat

menyadari bahwa proses ini wajar dan alami akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

Fase aktif : Saat kemajuan persalinan sampai pada waktu kecepatan maksimum rasa khawatir pada wanita semakin meningkat. Kontraksi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga wanita tidak dapat mengontrolnya. Dalam keadaan ini wanita akan lebih serius. Wanita tersebut menginginkan seseorang untuk mendampingi karena dia merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

Kebutuhan ibu selama persalinan :

- a. Kebutuhan fisiologis
- b. Kebutuhan rasa nyaman
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

6. Cara Mengatasi Masalah Psikologis Ibu Bersalin

Adapun cara-cara mengatasi masalah psikologis pada saat persalinan, yaitu: Kegiatan konseling pada ibu melahirkan merupakan pemberian bantuan kepada ibu yang akan melahirkan.

Ada pun langkah-langkah konseling kebidanan pada ibu melahirkan seperti:

- a. Menjalinkan hubungan yang mengenakan (rapport) dengan klien.
- b. Bidan menerima klien apa adanya dan memberikan dukungan yang positif.
- c. Kehadiran, merupakan bentuk tindakan aktif keterampilan yang meliputi mengatasi semua kekacauan/kebingungan, memberikan perhatian total

kepada klien. Dan dalam memberikan pendampingan klien yang bersalin difokuskan secara fisik dan psikologis.

- d. Mendengarkan, bidan selalu mendengarkan dan memperhatikan kebutuhan klien.
- e. Sentuhan dalam pendampingan klien yang bersalin, sentuhan bidan terhadap klien akan memberikan rasa nyaman dan dapat membantu relaksasi. Misalnya, ketika kontraksi pasien merasakan kesakitan, bidan memberikan sentuhan pada daerah pinggang klien. Sehingga pasien akan merasa nyaman.
- f. Memberikan informasi tentang kemajuan persalinan, merupakan upaya untuk memberikan rasa percaya diri pada klien dapat menyelesaikan persalinannya.
- g. Membantu persalinan, misalnya bidan menganjurkan klien meneran pada saat his berlangsung.
- h. Mengadakan kontak fisik dengan klien, misalnya mengelap keringat, mengipasi, memeluk pasien, menggosok klien.
- i. Memberikan pujian kepada klien atas usaha yang telah dilakukannya, misalnya bidan mengatakan bagus ibu, pintar sekali menerannya.
- j. Memberikan ucapan selamat kepada klien atas kelahiran anaknya dan mengatakan ikut berbahagia.
- k. Bila dilakukan alternative pilihan yaitu melahirkan tanpa rasa sakit dengan metode relaksasi Hypnobrithing.

Hypobrithing adalah suatu hipnoterapi yang dilakukan dengan melakukan kontak langsung dengan alam bawah sadar sehingga mencapai kondisi rileks yang

mendalam dan stabil, kita akan mampu menanamkan suatu program atau konsep baru yang secara otomatis, akan mempengaruhi kehidupan dan tindakan-tindakan kita sehari-hari. Menggunakan media air guna mengurangi rasa sakit, seperti metode Water Birth.

7. Faktor Mempengaruhi Persalinan

a. Power

Power utama pada persalinan adalah tenaga atau kekuatan yang dihasilkan oleh his atau kontraksi dan retraksi otot rahim, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

1. His (kontraksi uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion kearah segmen bawah rahim dan serviks.

His normal mempunyai sifat :

- a. Kontraksi otot rahim mulai dari salah satu fundus rahim.
- b. Fundal dominan, menjalar keseluruh otot rahim : kontraksi yang paling kuat dominan di bagian fundus.
- c. Kekuatannya seperti memeras isi rahim.
- d. Otot rahim yang berkontraksi tidak kembali kepanjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.
- e. Involuntir : kontraksi di luar kehendak

- f. Terasa sakit
- g. Terkoordinasi dan simetris
- h. Kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis.

2. Hal yang harus diperhatikan dari his :

1. Frekuensi his

Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit (per sepuluh menit)

2. Intensitas his

Kekuatan his diukur dalam mmHg, intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini. Kekuatan His diukur mmHg dalam praktek diukur dengan palpasi (kekuatannya, kuat, atau lemah).

3. Durasi atau lama His

Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.

4. Datangnya his

Apakah datangnya sering, teratur atau tidak

5. Interval

Jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit

6. Aktivitas his

Frekuensi x amplitude diukur dengan unit Montevideo.

His yang sempurna : Ada koordinasi – simetris, Dominasi fundus – amplitudo 40-60 mmHg, Berlangsung 60-90 detik – jangka waktu 2-4 menit. His dominan, oleh karena serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, maka pada setiap his terjadi perubahan serviks : Tertarik dan mendatar (affacement), Membuka (dilatasi).

3. Perubahan akibat his

a. Uterus dan serviks

- b. terasa keras dan padat.
- c. Tekanan air ketuban dan tekanan intra uterin naik menyebabkan servix mendatar dan terbuka.

b. Ibu

- a. Merasa nyeri karena ischemia rahim dan kontraksi rahim
- b. Saat kontraksi nadi dan tekanan darah naik

c. Janin

- a. Pertukaran O_2 pada sirkulasi uteroplasental berkurang, sehingga menyebabkan hipoksia janin.
- b. DJJ melambat, kurang jelas
- c. Jika hipoksia lama (tetania kontraksi) terjadi gawat janin (asfiksia, DJJ $>160x$ /menit dan tidak teratur).

4. Kontraksi dan Retraksi

- a. Otot uterus bersifat unik, saat persalinan kontraksi tidak selamanya berlangsung/berlanjut, tapi serabut otot menahan sebagian dari pemendekan

kontraksi dan tidak seluruhnya rileks sepenuhnya. Kejadian ini disebut dengan retraksi.

- b. Awal persalinan kontraksi terjadi tiap 15-20 menit lama 30 detik. Kontraksi terjadi dengan teratur, berirama dan interval antara kontraksi lebih pendek dan lama kontraksi makin panjang.
- c. Pada akhir kala I, kontraksi terjadi 2-34 menit dan berlangsung 50-60 detik kuat.

5. Pembagian His :

- a. His pendahuluan : his tidak kuat/tidak teratur, menyebabkan “show”
- b. His pembukaan (Kala I) : his pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap, mulai kuat/teratur dan sakit.
- c. His pengeluaran (His Mengedan) Kala II : sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama, His untuk mengeluarkan janjin, Koordinasi bersama antara: his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligamen.
- d. His Pelepasan Uri (Kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e. His pengarang (Kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam berapa jam atau hari.

6. Aktivitas Uterus

- a. Kehamilan menjelang 7 bulan, saat palpasi atau VT terjadi kontraksi yang disebut kontraksi “Braxton Hixs” dengan amplitude 5 mmHg berlangsung sebentar.
- b. Sesudah kehamilan 30 minggu, aktifitas rahim lebih kuat dan sering

- c. Kehamilan >36 minggu, pada awal kala I his timbul > sering dan > kuat (pembukaan 2 cm), Akhir kala I, Kontraksi meningkat, sering, teratur, dengan amplitude 60 mmHg.
- d. Pada kala II his efektif, terkoordinasi, simetris, fundal dominan, kuat dengan lama 60-90 detik.
- e. Waktu realaksasi kekuatan tonus uterus kurang dari 12 mmHg karena dalam keadaan istirahat.

7. Tenaga Meneran (Kekuatan Sendiri)

- a. Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah, tenaga yang mendorong janin keluar selain his terutama di sebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intra abdominal.
- b. Tenaga ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Waktu kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflex yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah, mengkontraksikan otot-otot perutnya, dan menutup glottisnya. Tenaga meneran ini hanya dapat berhasil kalau pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim.
- c. Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Ibu ingin meneran, usaha mendorong ke bawah dibantu dengan usaha volunteer yang sama dengan yang dilakukan saat buang air besar (meneran). Otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Hal ini menyebabkan meningkatnya tekanan intra abdominal.

Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong janin keluar.

- d. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar dari uterus dan vagina. Apabila dalam persalinan ibu melakukan valsava manuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.
- e. Tanpa tenaga mengejan ini anak tidak dapat lahir, misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya. Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah plasenta lepas dari dinding rahim.

b. Passage

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Selama proses persalinan janin harus beradaptasi melewati tulang-tulang pelvis. Penolong persalinan harus memahami ciri-ciri dan struktur pelvis untuk dapat menggambarkan mekanisme persalinan dan lebih mudah memahami masalah-masalah yang dapat timbul selama proses tersebut.

Jalan lahir dibagi atas : Bagian Keras : Tulang-tulang panggul dan Bagian Lunak : Uterus, otot dasar panggul dan Perineum.

Bidang Hodge

1. Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
2. Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis
3. Hodge III : sejajar hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
4. Hodge IV : sejajar hodge I, II, dan III setinggi os coccygis

c. Passager

1. Janin

Janin adalah passage utama lewat jalan lahir. Bagian janin yang paling penting (karena ukurannya paling besar) adalah kepala. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Ukuran kepala lebih lebar dari bahu dan kurang lebih seperempat dari panjang bayi. 96% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama. Kepala paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lahir dengan mudah menyusul kemudian.

2. Postur Janin Dalam Rahim

1. Sikap (habitus)

Sikap menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta tulang lengan silang didada.

2. Letak Janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya kaki lintang. dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu, letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

3. Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dll. Bagian terbawah janin sama dengan presentasi hanya lebih diperjelas. Jika janin terletak pada sumbu panjang melintang, bahu merupakan bagian terbawahnya.

4. Posisi

Merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK), ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, ubun-ubun kecil (UUK) kanan belakang.

a. Letak belakang kepala (LBK)

Indikator : ubun-ubun kecil

Variasi posisi :

- a) Ubun – ubun kecil kiri depan (LOA)
- b) Ubun – ubun kecil kiri belakang (LOP)
- c) Ubun – ubun kecil melintang kiri (LOT)
- d) Ubun – ubun kecil kanan depan (ROA)
- e) Ubun – ubun kecil kanan belakang (ROP)
- f) Ubun – ubun kecil melintang kanan (ROT)

b. Posisi dahi

Indikator : teraba dahi dan ubun – uun besar (sinsiput)

Variasi posisi :

- a) Ubun – ubun besar kiri depan (LSA)
- b) Ubun – ubun besar kiri belakang (LSP)
- c) Ubun – ubun besar melintang kiri (LST)
- d) Ubun – ubun besar kanan depan (RSA)
- e) Ubun – ubun besar kanan belakang (RSP)
- f) Ubun – ubun besar melintang kanan (RST)

c. Posisi muka

Indikator : dagu (meto)

Variasi posisi

- a) Daggu kiri depan (LMA)
- b) Daggu kiri belakang (LMP)
- c) Daggu melintang kiri (LMT)
- d) Daggu kanan depan (RMA)
- e) Daggu kanan belakang (RMP)
- f) Daggu melintang kanan (RMT)

d. Posisi bokong

Indikator : sacrum

Variasi posisi :

- a) Sakrum kiri depan (LSA)
- b) Sakrum kanan depan (RSA)
- c) Sakrum kanan belakang (RSP)

d) Sacrum melintang kanan (RST)

e. Air ketuban

Setelah kantong amnion pecah dan mengeluarkan cairan amnion pada waktu persalinan, servik yang berdilatasi menekan kuat kulit kepala janin sehingga mengurangi aliran baik limfatik dan vena dari kulit kepala janin. Hal ini menyebabkan pembengkakan jaringan di bawah kulit dan disebut kaput suksedanium. Kaput ini lunak dan berfluktuasi pada penekanan dan hilang dalam waktu beberapa hari.

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis. Reaksinya agak alkalis atau netral, dengan berat jenis 1.008, komposisinya terdiri atas 90% air, sisanya albumin, urea, asam urik, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks caseosa dan garam an organik. Kadar protein kira-kira 2,6 % g/l, terutama albumin.

Asal air ketuban :

1. Kencing janin (fetal urine)
2. Transudasi dari ibu
3. Sekresi dari epitel amnion
4. Asal campuran (mixed origin)

Faal air ketuban :

1. Untuk proteksi janin
2. Mencegah perlekatan janin dengan amnion
3. Agar janin dapat bergerak dengan bebas

4. Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu
5. Menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum, yang kemudian dikeluarkan melalui kencing janin.
- f. Plasenta

Plasenta normal beratnya kira-kira 500 gram atau seperenam dari berat janin, diameternya rata-rata 15-20 dengan tebal 2,5 cm.

8. Mekanisme Persalinan Normal

His adalah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk kedalam rongga panggul.

Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam keadaan sinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan dengan pintu atas panggul. Dapat pula asinklitismus posterior menurut Litzman ialah apabila keadaan adalah sebaliknya dari asinklitismus anterior.

Keadaan asinklitismus anterior lebih menguntungkan dari pada mekanisme turunnya kepala dengan asinklitismus posterior karena ruangan pelvis di daerah posterior lebih luas jika dibandingkan dengan ruangan pelvis di daerah anterior. Hal asinklitismus penting, apabila daya akomodasi panggul tak terbatas.

Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi di

dalam rongga panggul menurut hukum Koppel $a \times b = c \times d$ = persegaran di titik B lebih besar daripada titik A

Dengan fleksi kepala janin memasuki rongga panggul dengan ukuran yang baik paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32cm) sampai didasar panggul kepala janin berada didalam keadaan fleksi maksimal. Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterine disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putar paksi dalam. Di dalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil dibawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum akan menjadi lebih lebar dan tipis, anus membuka dinding rectum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut Nampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putar paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang, selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu,

baru kemudian bahu belakang, demikian pula dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang. Kemudian bayi lahir seluruhnya.

9. Pembagian Persalinan

Persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

Kala I : dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10) proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

Apabila seorang ibu hendak melahirkan, pengkajian awal perlu dilakukan untuk menentukan apakah persalinan sudah pada waktunya, apakah kondisi ibu dan kondisi bayinya normal : pengkajian awal tersebut adalah sebagai berikut :

2.1 Tabel Pengkajian Awal Kala I

Lihat	Tanda-tanda perdarahan, mekonium atau bagian organ yang lahir.
	Tanda bekas operasi sesar terdahulu.
	Ibu yang warna kulitnya kuning atau keputihan.
Tanya	Kapan tanggal perkiraan kelahiran.
	Menentukan ibu sudah waktu nya melahirkan atau belum.
Peiksa	Tanda-tanda penting untuk hipertensi.
	Detak jantung janin untuk bradikardi.

** jika menemukan tanda-tanda tersebut di atas, ibu perlu dikirim ke fasilitas yang sanggup memberikan asuhan kegawatdaruratan obstetrik.

Setelah petugas kesehatan melaksanakan penilaian persalinan yang cepat untuk mendeteksi apakah ada masalah yang membutuhkan tindakan segera atau rujukan, ia boleh meneruskan melakukan penilaian persalinan sebagai berikut :

2.2 Tabel Pembagian Persalinan Kala I

Kemajuan persalinan	Kondisi ibu	Kondisi janin
Riwayat persalinan <ul style="list-style-type: none"> - Permulaan timbulnya kontraksi uterus / his - Selaput ketuban utuh atau robek - Darah lender - Perdarahan - Masalah yang pernah ada pada kehamilan terdahulu, seperti perdarahan post partum - Terakhir kali makan atau minum - Lama istirahat/tidur 	Mengkaji kartu/catatan asuhan antenatal : <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat kehamilan - Riwayat kebidanan - Riwayat medik - Riwayat sosial <p>Jika kartu/catatan asuhan antenatal tidak ada, dapatkan riwayat kehamilan dan kebidanan (lihat pada persalinan normal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan janin <p>Jika selaput ketuban pecah, maka periksalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna cairan ketuban - Kepekatan cairan ketuban - Jumlah/ banyaknya cairan ketuban
Pemeriksaan abdomen : <ul style="list-style-type: none"> - Tinggi fundus - Tanda bekas operasi - Kontraksi : frekuensi, lamanya, kekuatannya - Penurunan kepala 	Pemeriksaan umum : <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital - Berat badan - Edema - Kondisi puting susu - Kandung kemih - Pemberian makanan/ minuman 	<ul style="list-style-type: none"> - Letak janin - Besar janin - Tunggal/ kembar - Gerak janin/ denyut jantung
Pemeriksaan vagina: <ul style="list-style-type: none"> - Pembukaan serviks - Penipisan serviks - Ketuban - Anggota tubuh bayi yang sudah tampak 	Pemeriksaan laboratorium : <ul style="list-style-type: none"> - Urin, warna, kejernihan, bau, protein - Darah : hemoglobin 	Posisi janin : <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan bagian terendah <p>Molding/ molase</p>

Kondisi ibu

Kemajuan persalinan

Kondisi janin

Pemeriksaan psiko-sosial :

- Perubahan perilaku
- Tingkat energi
- Kebutuhan akan kebutuhan

Selama persalinan berlangsung perlu pemantauan kondisi kesehatan ibu maupun bayinya. Hal tersebut dicatat dalam partograf. Hal-hal yang perlu dipantau dapat dilihat pada table berikut ini :

2.3 Tabel Pemantauan Kala I

Kemajuan persalinan	Kondisi ibu	Kondisi janin
His/kontraksi <ul style="list-style-type: none">- Frekuensi- Lamanya- Kekuatan	<ul style="list-style-type: none">- Tanda vital- Status kandung kemih- Pemberian makanan/Minuman	<ul style="list-style-type: none">- Periksa denyut jantung janin, setiap ½ jam pada fas aktif
Kontrol ½ jam sekali pada fase aktif	Kontrol tensi setiap 4 jam	Jika selaput ketuban pecah, periksa :
Pemeriksaan vagina : <ul style="list-style-type: none">- Pembukaan serviks- Penipisan serviks- Penurunan bagian terendah- Molding/molase	<ul style="list-style-type: none">- Perubahan perilaku- Dehidrasi/lemah- Kebutuhan akan dukungan- Perubahan perilaku- Dehidrasi/lemah- Kebutuhan akan dukungan	<ul style="list-style-type: none">- Warna cairan (adanya mekoneum)- Kepekatan- Jumlah cairan
Pemeriksaan abdomen/luar: <ul style="list-style-type: none">- Penurunan kepala		

(kecuali dievaluasi
selama pemeriksaan
dalam)
Kontrol setiap 2 jam pada
fase aktif

Kala II : Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.

Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

1. Pemantauan

Sekarang ibu telah berada pada pembukaan lengkap dan siap untuk melahirkan bayinya. Selama kala II, petugas harus terus memantau :

- TENAGA, atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
- JANIN, yaitu penurunan presentasi janin, dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi.
- Kondisi ibu

2.4 Tabel Pemantauan Kala II

Kemajuan persalinan	Kondisi ibu	Kondisi janin
TENAGA	PASIEN	PENUMPANG
Usaha mengedan	Periksa nadi dan tekanan darah setiap 30 menit	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering
Palpasi kontraksi uterus: (kontrol tiap 10 menit)	Respon keseluruhan pada kala II :	dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran.
Frekuensi, lamanya, kekuatan	Keadaan dehidrasi, perubahan sikap/perilaku, tingkat tenaga (yang	Penurunan presentasi dan perubahan posisi

dimiliki)

Warna cairan tertentu.

2. Diagnosis

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

2.5 Tabel Diagnosis Kala II

Kategori	Keterangan
Kala II berjalan dengan baik	Ada kemajuan penurunan kepala bayi.
Kondisi kegawatdaruratan pada kala II	Kondisi kegawatdaruratan membutuhkan perubahan dalam penatalaksanaan atau tindakan segera. Contoh kondisi tersebut termasuk: eklampsia, kegawatdaruratan bayi, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu.

3. Asuhan kebidanan yang diberikan selama persalinan normal

Kala II persalinan merupakan pekerjaan yang tersulit bagi ibu. Suhu tubuh ibu akan meninggi, ia mendedan selama kontraksi dan ia kelelahan. Petugas harus mendukung ibu atas usahanya untuk melahirkan bayinya. Berikut adalah tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:

2.6 Tabel Tindakan Kala II

Tindakan	Deskripsi dan keterangan
----------	--------------------------

Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu

Menjaga kebersihan diri

Mengipasi dan massase

Memberikan dukungan mental

Mengatur posisi ibu

Kehadiran seseorang untuk :

- Mendampingi ibu agar merasa nyaman
- Menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.
- Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi-
- Bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.

Menambah kenyamanan bagi ibu

Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara :

- Menjaga privasi ibu
- Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan

Penjelasan tentang proses yang

akan dilakukan dan keterlibatan ibu

Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi berikut :

10. Jongkok

Deskripsi dan keterangan

Tindakan

11. Menungging

12. Tidur miring

13. Setengah duduk

Posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma vagina dan perineum dan infeksi.

Menjaga kandung kemih tetap kosong

Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga panggul.

Memberikan cukup minum

Memberi tenaga dan mencegah infeksi.

Memimpin mendedan

Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil

nafas.

Mengedan tanpa diselingi bernapas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai Apgar rendah.

Bernafas selama persalinan

Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi ketika kepala akan lahir. Hal ini menjaga agar perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan.

Pemantauan denyut jantung janin

Periksa DJJ setelah setiap kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikarsi (<120). Selama mengedan yang lama akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.

Melahirkan bayi

Menolong kelahiran kepala:

14. Letakkan satu tangan kekepala bayi agar tidak defleksi tidak terlalu cepat
15. Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan
16. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran
17. lendir/darah

Periksa tali pusat :

18. Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting

Deskripsi dan keterangan

Tindakan

di antara kedua klem
tersebut, sambil melindungi
leher bayi. Melahirkan bahu
dan anggota seluruhnya:

19. Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi
20. Lakukan tarikan lembut kebawah untuk melahirkan bahu depan
21. Lakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang
22. Selipkan satu tangan anda ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi

untuk mengeluarkan tubuh bayi

seluruhnya

Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh.

Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh

Setelah bayi lahir setelah segera dikeringkan dan diselimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan diberikan bayi untuk menyusui.

Merangsang bayi

23. Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi
24. Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian

punggung atau menepuk
telapak kaki bayi.

Kala III : dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Waktu yang paling kritis untuk mencegah perdarahan postpartum adalah ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Ketika plasenta terlepas atau sepenuhnya terlepas tetapi tidak keluar, maka perdarahan terjadi di belakang plasenta sehingga uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi karena plasenta masih di dalam. Kontraksi pada otot uterus merupakan mekanisme fisiologi yang menghentikan perdarahan. Begitu plasenta lepas, jika ibu tidak dapat melahirkan sendiri, atau petugas tidak dapat menolong mengeluarkan plasenta, mungkin salah di diagnosis sebagai retensi plasenta. Sering kali plasenta terperangkap di bawah serviks dan hanya diperlukan dorongan untuk mengeluarkannya.

Manajemen aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum.

1. Pengkajian awal/segera
 - a. Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada, tunggu sampai bayi kedua lahir.
 - b. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera.
2. Manajemen aktif pada kala III persalinan

2.7 Tabel Tindakan Kala III

Langkah-langkah inti	Deskripsi dan keterangan
Jepit dan gunting tali pusat sedini	Dengan penjepitan tali pusat dini akan memulai proses pelepasan

mungkin

Memberikan oksitosin

plasenta.

Oksitosin merangsang uterus berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta.

25. Oksitosin 10 U IM dapat diberikan ketika kelahiran bahu depan bayi jika petugas lebih dari satu dan pasti hanya ada bayi

Deskripsi dan keterangan

Langkah-langkah inti

tunggal.

26. Oksitosin dapat diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi jika hanya ada seorang petugas dan hanya ada bayi tunggal.
27. Oksitosin 10 U IM dapat
28. diulangi 15 menit jika plasenta belum lahir.

Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting payudara ibu atau berikan ASI pada bayi guna menghasilkan oksitosin alamiah.

Melakukan penegangan tali pusat terkendali atau PTT (*CCT/Controlled Cord Traction*)

PTT mempercepat kelahiran plasenta begitu sudah terlepas :

Satu tangan diletakkan pada korpus

uteri tepat di atas simfisis pubis.

Selama kontraksi tangan mendorong

korpus uteri dengan gerakan dorso

kranial kearah belakang dan kearah

kepala ibu.

29. Tangan yang satu memegang tali pusat dekat pembukaan vagina dan melakukan tarikan tali pusat yang terus menerus, dalam tegangan yang sama dengan tangan ke uterus selama kontraksi PTT dilakukan hanya selama uterus

berkontraksi. Tangan pada uterus

merasakan kontraksi, ibu dapat juga

memberitahu petugas ketika ia

merasakan kontraksi. Ketika

kontraksi tidak berkontraksi, tangan

petugas dapat tetap berada pada

uterus, tetapi bukan melakukan PTT.

Ulangi langkah-langkah PTT pada

setiap kontraksi sampai plasenta

terlepas.

Begitu plasenta terasa lepas,

keluarkan dari jalan lahir dengan

menggerakkan tangan atau klem pada

tali pusat mendekati plasenta,

keluarkan plasenta dengan gerakan

Langkah-langkah inti

Deskripsi dan keterangan

ke bawah dan keatas sesuai jalan lahir. Kedua tangan dapat memegang plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk

Massase fundus

mengeluarkan selaput ketuban.

Segera setelah plasenta dan selaputnya dilahirkan, massase

fundus agar menimbulkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah

perdarahan postpartum.

Jika uterus tidak berkontraksi kuat selama 10-15 detik, atau jika perdarahan hebat terjadi, mulailah segera melakukan kompresi bimanual. Jika atonia uteri tidak teratasi dalam waktu 1-2 menit, ikuti protocol untuk perdarahan postpartum.

3. Pelepasan fisiologi

Jika petugas sendirian dan harus segera merawat bayi yang baru lahir, sebaiknya menunggu pelepasan fisiologi plasenta. PTT dapat dilakukan bahkan setelah plasenta terlepas secara fisiologi. Oksitosin dapat diberikan segera setelah plasenta lahir untuk menolong kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. jika plasenta belum juga terlepas saat bayi lahir sudah selesai ditangani, maka berikan oksitosin dan lakukan PTT.

Tanda-tanda pelepasan fisiologi dan uterus adalah :

- a. Bertambah panjang
- b. Pancaran darah
- c. Bantuk uterus menjadi lebih bulat

Kala IV : dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Masa postpartum merupakan saat paling kritis untuk mencegah

kematian ibu, terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Selama kala IV, petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering.

1. Diagnosis

2.8 Tabel pemantauan Kala IV

Kategori	Deskripsi
Involusi	30. Tonus - uterus tetap berkontraksi 31. Posisi – fundus uteri di atas atau di bawah umbilicus 32. Perdarahan – tidak berlebihan 33. Cairan – tidak berbau
Kala IV dengan penyulit	34. Sub – involusi – uterus tidak keras, posisi diatas umbilicus 35. Perdarahan – atonia, lacerasi, bagian plasenta tertinggal/ membran/ yang lain.

2. Penanganan

Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa si ibu melahirkan bayi dari perutnya dan bayi sedang menyesuaikan diri dari dalam perut ibu ke dunia luar. Petugas/bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi tersebut.

2.9 Tabel Tindakan Kala IV

Tindakan	Deskripsi dan keterangan
Ikat tali pusat	Jika petugas sendirian dan sedang melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan, maka tali pusat di klem, dan digunting, dan diberikan oksitosin. Segera setelah plasenta dan selaputnya lahir, lakukan massase fundus agar berkontraksi, baru tali pusat diikat dan klem dilepas.
Pemeriksaan fundus dan massase	Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase uterus sampai menjadi keras. Apabila uterus berkontraksi, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan postpartum.
Nutrisi dan hidrasi	Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu makanan dan minuman yang disukainya.
Bersihkan ibu	Bersihkan perineum ibu dan benakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
Istirahat	Biarkan ibu beristirahat ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bantu ibu dalam posisi yang nyaman.
Peningkatan hubungan ibu dan bayi	Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayinya.
Memulai menyusui	Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat dalam

Menolong ibu kekamar mandi

pemberian ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.

Tindakan

Deskripsi dan keterangan

Jika ibu perlu kekamar mandi, ibu oleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.

Mengajari ibu dan anggota keluarga

Ajari ibu /anggota keluarga tentang :

36. Bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi

37. Tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi

10. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf memberi peringatan pada petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, bahwa mungkin ibu perlu dirujuk. Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

1. Denyut jantung janin : Catat setiap jam
2. Air ketuban : Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :
 - a. U : Selaput Utuh
 - b. J : Selaput pecah, air ketuban Jernih
 - c. M : Air ketuban bercampur Mekonium

d. D : Air ketuban bernoda **Darah**

3. Perubahan Bentuk Kepala Janin (Molding atau Molase)

1 : sutura (Pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian

2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki

3 : sutura tumpang tindih tetapi tidak dapat diperbaiki

4. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (**X**)

5. Penurunan : Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simpisis pubis: catat tanda lingkaran (**O**) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (**S**) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.

6. Waktu : Menyatakan beberapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

7. Jam : Catat jam sesungguhnya.

8. Kontraksi : Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.

a. Kurang dari 20 detik

b. Antara 20 dan 40 detik

c. Lebih dari 40 detik

9. Oksitosin : Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan per menit.

10. Obat yang diberikan : Catat semua obat yang diberikan.

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

12. Tekanan darah : Catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah.

13. Suhu badan : Catatlah setiap 2 jam

14. Protein, aseton dan volume urin : Catatlah setiap ibu berkemih.

Bila temuan-temuan melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

B. Persalinan Lama

1. Pengertian

Persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung dari 18 jam yang dimulai dari tanda-tanda persalinan. Persalinan lama merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan janin. Persalinan lama dapat menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi, dan perdarahan postpartum yang dapat menyebabkan kematian ibu. Pada janin akan terjadi infeksi, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi. (Kusumahati,2010)

Persalinan dikatakan lama jika berlangsung lebih dari 24 jam. Konsep ini berbahaya jika memberi kesan konotasi yang salah bahwa persalinan dapat berlanjut 24 jam sebelum keterlambatan terdiagnosis. Persalinan harus dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2-3 jam dibelakang partograf normal. Defenisi ini menarik perhatian yang lebih dini terhadap terjadinya abnormalis (David T.Y. LIU, 2007).

Persalinan yang lama disebabkan oleh :

1. Kontraksi (*Power*) abnormal
2. Defenisi/keterlambatan dilatasi (*Passage*) serviks
3. Abnormalitas penurunan bagian presentasi janin (*Passanger*)

Faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya persalinan meliputi faktor ibu, faktor janin, dan faktor jalan lahir. Faktor ibu meliputi usia, his, dan paritas. Faktor janin meliputi sikap, letak, malposisi dan malpresentasi, janin besar, dan kelainan kongenital seperti hidrosefalus. Sedangkan faktor jalan lahir meliputi panggul sempit, tumor pada pelvis, kelainan pada serviks dan vagina (Prawihardjo, 2006).

Paritas dikatakan beriko bila paritas lebih dari 4 kali sedangkan paritas yang tidak beriko jika paritas 2-3 kali. Sedangkan his dikatakan baik jika memiliki frekuensi kurang dari 2x10 menit dengan durasi lebih dari 40 detik, dan his kurang jika memiliki frekuensi kurang dari 2x10 menit dengan durasi kurang dari 40 detik (Sumira dkk, 2013).

2. Periode Laten

Fase ini dimulai bersama-sama dimulainya persalinan dan berlangsung sampai permulaan fase aktif dilatasi servix, seperti terlihat oleh kenaikan kurva. Kontraksi uterus menjadi terarah dan servix melunak dan menipis. Lereng kurva hampir mendatar, dilatasi servix kira-kira hanya 0.35 cm per jam. Pada akhir fase laten, servix membuka sekitar 3 cm, mengalami pendataran dengan baik dan melunak.

Pada primigravida, lama rata-rata fase laten adalah 8.6 jam, dengan batas normal sebelah atas pada 20 jam. Untuk multipara, angka-angkanya adalah 5.3 dan 14 jam. Terdapat variasi yang luas pada angka-angka ini, dan periode laten yang lama tidak berarti bahwa fase aktifnya akan abnormal.

3. Fase Laten yang Memanjang

Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan yang abnormal. Servix yang belum matang hanya memperpanjang fase laten, dan kebanyakan servix akan membuka secara normal begitu terjadi pendataran. Sekalipun fase laten berlangsung lebih dari 20 jam, banyak pasien mencapai dilatasi servix yang normal ketika fase aktif dimulai. Meskipun fase laten itu menjemukan, tapi fase ini tidak berbahaya bagi ibu atau pun anak.

4. Inersia Uteri

Adalah his yang sifatnya lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal.

Inersia uteri adalah perpanjangan fase laten atau fase aktif atau keduanya dari kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan oleh serviks yang belum matang atau karena penggunaan analgetik yang terlalu dini. Pemanjangan fase deselerasi ditemukan pada disproporsi sefalopelvik atau kelainan anak. Perlu disadari bahwa pemanjangan fase laten maupun fase aktif meningkatkan kematian perinatal.

Inersia uteri adalah kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta para penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif maupun pada kala pengeluaran.

Inersia uteri dibagi atas 2 keadaan :

e. Inersia uteri primer

Kelemahan his timbul sejak dari permulaan persalinan. Hal ini harus dibedakan dengan his pendahuluan yang juga lemah dan kadang – kadang menjadi hilang (false labour).

f. Inersia uteri sekunder

Kelemahan his yang timbul setelah adanya his yang kuat teratur dan dalam waktu yang lama.

Diagnosis inersia uteri memerlukan pengalaman dan pengawasaan yang teliti terhadap persalinan. Pada fase laten diagnosis akan lebih sukar, tetapi bila sebelumnya telah ada kontraksi (his) yang kuat dan lama, maka diagnosis inersia uteri sekunder akan lebih mudah.

Inersia uteri menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat – akibatnya terhadap ibu dan janin.

5. Etiologi

Menurut Rustam Mochtar (1998) sebab – sebab inersia uteri adalah :

1. Kelainan his sering dijumpai pada primipara
2. Factor herediter, emosi dan ketakutan
3. Salah pimpinan persalinan dan obat – obat penenang
4. Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah rahim, ini dijumpai pada kesalahan – kesalahan letak janin dan disproporsi sevalopelvik
5. Kelainan uterus, misalnya uterus bikornis unikolis
6. Kehamilan postmatur (postdatism)

7. Penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia
8. Uterus yang terlalu teregang misalnya hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia

6. Komplikasi yang mungkin akan terjadi

Inersia uteri dapat menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat – akibat terhadap ibu dan janin (infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi, dll).

7. Diagnosis

Untuk mendiagnosa inersia uteri memerlukan pengalaman dan pengawasan yang teliti terhadap persalinan. Kontraksi uterus yang disertai rasa nyeri tidak cukup untuk membuat diagnosis bahwa persalinan sudah mulai. Untuk sampai kepada kesimpulan ini diperlukan kenyataan bahwa sebagai akibat kontraksi itu terjadi. Pada fase laten diagnosis akan lebih sulit, tetapi bila sebelumnya telah ada kontraksi (his) yang kuat dan lama, maka diagnosis inersia uteri sekunder akan lebih mudah.

8. Penanganan

Periksa keadaan serviks, presentasi dan posisi janin, turunnya bagian terbawah janin dan keadaan panggul. Kemudian buat rencana untuk menentukan sikap dan tindakan yang akan dikerjakan, misalnya pada letak kepala :

1. Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500 cc dektrosa 5 %, dimulai dengan 12 tetes permenit, dinaikkan seriap 10-15 menit sampai 40-50 tetes per menit.

Maksud dari pemberian oksitosin adalah supaya serviks dapat memuka.

2. Pemberian oksitosin tidak usah terus menerus, sebab bila tidak memperkuat his setelah pemberian beberapa lama, hentikan dulu dan

anjurkan ibu beristirahat. Pada malam hari berikan ibu obat penenang misalnya valium 10 mg dan esoknya dapat diulang lagi pemberian oksitosin drips.

3. Bila inersia disertai dengan disproporsi sefalopelvis, maka sebaiknya dilakukan seksio sesarea.
4. Bila semula his kuat tetapi kemudian terjadi inersia uteri sekunder, ibu lemah, dan partus telah berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan 18 jam pada multi, tidak ada gunanya memberikan oksitosin drips, sebaiknya partus segera diselesaikan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan indikasi obstetrik lainnya (ekstraksi vakum dan forseps, atau seksio sesarea).

5. Induksi persalinan

Keberhasilan induksi persalinan bergantung pada skor pelvis, Jika skor ≥ 6 , biasanya induksi cukup dilakukan dengan oksitosin. Jika ≤ 5 , mematangkan serviks terlebih dahulu dengan prostaglandin atau kateter foley

3.1 Tabel Skor Bishop

Skor	Faktor				
	Dilatasi (cm)	Pendataran %	Stasion -3 sampai +3	Konsistensi serviks	Posisi serviks
0	Tertutup	0-30	-3	Kaku	posterior
1	1-2	40-50	-2	Medium	Pertengahan
2	3-4	60-70	-1	Lunak	Anterior
3	≥ 5	>80	+1,+2	-	-

1. Oksitosin

Oksitosin digunakan secara berhati hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, rupture uteri dapat pula terjadi, lebih-lebih pada multipara. Dosis efektif oksitosin bervariasi. Infus oksitosin dalam dekstrose atau garam fisiologik, dengan tetesan dinaikkan secara gradual sampai his adekuat. Pantau denyut nadi, tekanan darah, dan kontraksi ibu hamil, dan periksa denyut jantung janin (DJJ). Kaji ulang indikasi. Baringkan ibu hamil ke kiri. Catat semua pengamatan pada partograf tiap 30 menit Infuse oksitosin 2,5 unit dalam 500 cc dekstrose (garam fisiologik) mulai dengan 10 tetes per menit Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) dan pertahankan sampai terjadi kelahiran.

3.2 Tabel Kecepatan Infus Oksitosin

Waktu sejak induksi (jam)	Konsentrasi oksitosin	Tetes per menit	Dosis (mIU/menit)	Volume infuse	Total volume infuse
0,0	2,5 unit dalam 500 ml dekstrose atau garam fisiologik (5mIU/ml)	10	3	0	0
0,5	Sama	20	5	15	15
1,0	Sama	30	8	30	45
1,5	Sama	40	10	45	90
2,0	Sama	50	13	60	150
2,5	Sama	60	15	75	225
3,0	10 unit dalam 500	30	15	90	315

	ml dekstrose atau garam fisiologik (10mIU/ml)				
3,5	Sama	40	20	45	360
4,0	Sama	50	25	60	420
4,5	Sama	60	30	75	495
5,0	10 unit dalam 500 ml dekstrose atau garam fisiologik (20mIU/ml)	30	30	90	585
5,5	Sama	40	40	45	630
6,0	Sama	50	50	60	690
6,5	Sama	60	60	75	765
7,0	Sama	60	60	90	855

Jika **terjadi hiperstimulasi** (lama kontraksi lebih dari 60 detik) atau **lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit**. Hentikan infuse dan kurangi hiperstimulasi dengan : Terbutalin 250 mcg I.V pelan-pelan selama 5 menit, atau Salbutamol 5 mg dalam 500 ml cairan (garam fisiologik atau Ringer Laktat) 10 tetes per menit.

3.3 Tabel Kecepatan Infus Untuk Primigravida

Waktu sejak induksi (jam)	Konsentrasi oksitosin	Tetes per menit	Dosis (mIU/menit)	Volume infuse	Total volume infuse
0,0	2,5 unit dalam 500	15	4	0	0

	ml dekstrose atau garam fisiologik (5mIU/ml)				
0,5	Sama	30	8	23	23
1,0	Sama	45	11	45	68
1,5	Sama	60	15	58	135
2,0	5 unit dalam 500 ml dekstrose atau garam fisiologik (10mIU/ml)	30	15	90	225
2,5	Sama	45	23	45	270
3,0	Sama	60	30	68	338
3,5	10 unit dalam 500 ml dekstrose atau garam fisiologik (20mIU/ml)	30	30	90	428
4,0	Sama	45	45	45	470
4,5	Sama	60	60	68	549
5,0	Sama	60	60	90	630

Jika tidak tercapai kontraksi yang adekuat (**3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik**) setelah infus oksitosin mencapai **60 tetes per menit :**

Naikkan konsentrasi oksitosin menjadi 5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) dan sesuaikan kecepatan infus sampai 30 tetes per menit (15 mIU/menit). Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai

kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) atau setelah infuse oksitosin mencapai 60 tetes per menit. Jika masih **tidak tercapai kontraksi yang adekuat** dengan konsentrasi yang lebih tinggi : Pada **multigravida**, induksi dianggap gagal, lakukan seksio sesarea Pada **primigravida**, infuse oksitosin bila dinaikkan konsentrasinya yaitu : 10 unit dalam 500 ml dekstose (atau garam fisiologik) 30 tetes per menit. Naikkan 10 tetes tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat Jika **kontraksi tetap tidak adekuat setelah 60 tetes per menit** (60 mIU/menit) lakukan seksio sesarea.

2. Indikasi Induksi Persalinan:

1. Ketuban pecah dini dengan chorioamnionitis
2. Pre-eklampsia berat
3. Ketuban pecah dini tanpa diikuti dengan persalinan
4. Hipertensi dalam kehamilan
5. Gawat janin
6. Kehamilan postterm

3. Kontraindikasi Induksi Persalinan :

1. Cacat rahim (akibat sectio caesar jenis klasik atau miomektomi intramural)
2. Grande multipara
3. Plasenta previa
4. Insufisiensi plasenta
5. Makrosomia
6. Hidrosepalus
7. Kelainan letak janin

8. Gawat janin
9. Ragangan berlebihan uterus : *gemeli* dan *hidramnion*
10. Kontra indikasi persalinan spontan pervaginam:
 - g. Kelainan panggul ibu (kelainan bentuk anatomis, panggul sempit)
 - h. Infeksi herpes genitalis aktif
 - i. Karsinoma Servik Uteri

C. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengumpulan Data

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah pemuatan keputusan klinik. Data utama (misalnya, riwayat persalinan) data subjektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya, keluhan pasien) dan data objektif dari pemeriksaan fisik (misalnya, tekanan darah) diperoleh dari 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 subjektif adalah informasi yang di ceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subjektif juga meliputi informasi tambahan yang di ceritakan 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 objektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

1. Anamnesis dan observasi langsung berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku atau raut wajah ibu terkait dengan keluhan sakit, rasa tidak nyaman, lemah, limbung, gangguan kesadaran, sesak ataupun rasa nyaman.
2. Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
3. Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, Rontgen, Dsb.
4. Catatan medik.

2. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

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

Untuk membuat diagnosis dan identifikasi masalah, diperlukan :

- a. Data yang lengkap dan akurat
- b. Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- c. Pengetahuan esensial, instuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada atau sedang dihadapi.

3. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

Bagian ini dianalogikan dengan proses pembuatan membuat pilihan dedinitif setelah pertimbangan berbagai pilihan lain dengan kondisi yang hampir sama atau mirip. Misalnya, memilih baju lengan pendek berwarna merah muda setelah mempertimbangkan baju dengan jenis yang sama tetapi berwarna jingga atau merah tua (marron). Bahasa kliniknya adalah membuat satu diagnosis kerja diantara berbagai diagnosis banding. Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis kerja tapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah atau berbagai faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

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 selama atau setelah menolong persalinan.

5. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

Rencana asuhan harus dijelaskan secara objektif dan jujur kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti intervensi terpilih, manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu-bayi dari berbagai gangguan yang dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka.

6. Melaksanakan asuhan

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat dan aman, hal ini penting untuk menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat memuat pilihan yang baik dan benar.

7. Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi

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). Lanjutkan evaluasi asuhan yang diberikan kepada ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah dengan menggunakan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. “Studi kasus ini dilakukan Asuhan kebidanan ibu bersalin dengan inersia uteri pada Ny.L usia 27 tahun GI P0 A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017”.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Mariana Binjai, Jl.Sekolah, Km 10,8 Kab. Deli Serdang Pada tanggal 04 April pukul 23.00 wib. Mei : yaitu dimulai dengan pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Asuhan kebidanan ibu bersalin dengan inersia uteri pada Ny.L usia 27 tahun GI P0 A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017”.

D. Metode dan Pengumpulan Data

1. Metode

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

2. Jenis Data

a. Data Primer

1. Pemeriksaan Fisik

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

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi pemeriksaan fisik, warna, bentuk, simetris, dan menghitung pernafasan ibu. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki, pada pemeriksaan tidak ada masalah.

b) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan bising usus suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan TTV seperti tekanan darah, pernafasan, nadi ibu dengan mendengarkan denyut jantung menggunakan stetoskop.

c) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu Ny.L dengan inersia uteri.

d) 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.

b. 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:

1) 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 inersia uteri diambil dari catatan status pasien di klinik Mariana Binjai.

2) Studi Kepustakaan

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

c. 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:

1. Format pengkajian ibu bersalin
2. Buku tulis
3. Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

SAFT 1 :

1. Set partus dalam wadah steril
 - Gunting tali pusat : 1 buah
 - Arteri klem : 2 buah
 - Benang tali pusat : 2 buah
 - Handscoon steril : 2 pasang
 - $\frac{1}{2}$ kocher : 1 buah
 - Gunting episiotomi : 1 buah
 - Kain segitiga biru : 1 buah
2. Stetoskop monoral
3. Obat-obatan oksitosin dan lidocain
4. Spuit 3 cc : 2 buah
5. Nierbekken
6. Kom air DTT
7. Tromol berisi kassa steril
8. Kom tertutup berisi kapas steril
9. Korentang dan tempatnya.
10. Tempat benda-benda tajam

SAFT 2:

1. Bak instrumen steril berisi:
 - Nald heacting : 2 buah
 - Nald folder : 1 buah

- Pinset anatomi : 1 buah
- Pinset chirurgis : 1 buah
- Gunting benang : 1 buah
- Kain kassa : secukupnya
- Handscoon steril : 1 pasang

2. Set emergency:

- Slim seher: 1 buah
- Kateter nelaton : 1 buah
- Kateter metal : 1 buah
- Gunting episiotomy : 1 buah
- Handscoon panjang : 1 buah

3. Alat non steril

- Piring plasenta
- Betadine
- Set infus dan cairan infus

SAFT 3 :

- Waskom berisi air DTT
- Waskom berisi air klorin
- Alat resusitasi
 - a. Selang dan tabung O₂
 - b. Handuk bayi
 - c. Lampu sorot
- Perlengkapan ibu dan bayi
 - a. Waslap : 2 buah

- b. Pakaian bayi, kain bedong dan popok bayi
- c. Doek ibu
- d. Kain sarung ibu 2 buah
- e. Handuk bayi dan ibu
- APD
 - a. Underpad
 - b. Sepatu karet
 - c. Celemek

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN
INERSIA UTERI NY. L GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 3
HARI DI KLINIK MARIANA BINJAI**

Tanggal Masuk :4 April 2017 Tanggal Pengkajian :4 April 2017
Jam Masuk :23. 00 Wib Jam Pengkajian :23.00 Wib
Tempat :Klinik Mariana Pengkajian :Bidan

I. Pengumpulan Data

A. Data Subjektif

Nama :Ny. L Nama Suami : Tn. P
Umur : 27 tahun Umur : 30 Tahun
Agama : Kristen Agama : Kristen
Suku/Bangsa :Batak /Indonesia Suku /Bangsa : Batak/Indonesia
Pendidikan : D3 Pendidikan : S1
Perkerjaan : Bidan Perkerjaan : Wiraswasta
Alamat : gg.Matahari Alamat : gg.Matahari

B. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Alasan masuk kedalam kamar bersalin : Inpartu.
2. Keluhan utama : Ibu mengatakan keluar lendir dari kemaluan dan nyeri pada daerah pinggang yang menjalar ke daerah perut, tidak ada pengeluaran air ketuban.
 - a. Perasaan : Ibu mengatakan senang karena akan melahirkan anak pertamanya
3. Tanda – tanda bersalin :

- Kontraksi sejak tanggal : 04 - 04 - 2017 (19.00 wib)
- Frekuensi : 2 x dalam 10 menit
- Lamanya : 10-20 detik
- Lokasi ketidak nyamanan : dari pinggang ke punggung

4. Pengeluaran pervaginam

- Darah Lendir Ada /Tidak, Jumlah : 20 cc Warna : khas
- Air Ketuban Ada/Tidak, Jumlah :- Warna :-
- Darah Ada/Tidak, jumlah :- Warna :-

5. Riwayat kehamilan /persalinan yang lalu

Anak Ke	TGL Lahir/ umur	UK	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
				Ibu	Bayi	PB/BB/ JK	Keadaan	Keadaan	laktasi
1.	P E R	S A L				A N I		N	I

6. Riwayat kehamilan sekarang

- G I P 0 A 0
- HPHT : 09-07-2016
- TTP : 16-04-2017
- UK : 38 minggu 3 hari
- Gerakkan janin : 10-12x/hari, gerakkan janin pertama kali bulan 4/16 minggu
- ANC : Imunnisasi TT : TT 1 : 13- 11- 2016, TT 2: 13-12-2016
- Kecemasan : ada
- Tanda –tanda bahaya : tidak ada

- Tanda –tanda persalinan : ada

7. Riwayat Penyakit Yang Pernah Di Derita

- Jantung :tidak ada
- Hipertensi :tidak ada
- Malaria :tidak ada
- Ginjal :tidak ada
- Jantung :tidak ada
- Hipertensi :tidak ada
- Malaria :tidak ada
- Ginjal :tidak ada
- Asma :tidak ada
- Hepatitis :tidak ada
- Riwayat SC :tidak ada

8. Riwayat Penyakit Keluarga

9. Riwayat KB

10. Riwayat psikososial

- Status perkawinan : Sah, kawin :1 kali, usia pertama nikah: 26 tahun.
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga :Bersama suami
- Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu bersalin :
klinik/bidan.
- Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
- Persiapan menjelang persalinan :Ada

11. Activity Daily Living

a) Pola makan dan minum terakhir

- Pukul : 18.00 WIB
- Jenis : nasi, lauk, dan sayur
- Porsi : 1/2 porsi

b) Pola istirahat

- Tidur terakhir jam : 17.00 WIB
- Keluhan : tidak ada

c) Pola eliminasi

- BAK : $\pm 8-9$ x /hari, konsistensi : cair, warna : khas
- BAB : ± 1 x /hari, konsistensi : lembek, warna : khas
- BAB terakhir jam : 2 April 2017

C. Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

Tanggal : 4 April 2016

Pukul : 23.00 WIB

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Pemeriksaan TTV : tekanan darah : 120/70 mmHg
Suhu/nadi : $36,4^{\circ}\text{C}$ / 82 x/menit
Pernafasan : 22 x/menit
- 3) Pengukuran : BB sebelum hamil : 55 kg sesudah hamil : 66 kg
TB : 155 cm
LILA : 30 cm
- 4) Pemeriksaan fisik :
 - a. Kepala : bersih, hitam, tidak rontok, tidak ada kelainan
 - b. Mata : simetris, bersih, conjungtiva : merah muda, sclera: tidak ikerik.

- c. Hidung : simetris, tidak bernafas dengan cuping hidung, polip tidak meradang.
- d. Mulut : bersih, tidak ada pucat/pecah-pecah dan tidak ada caries
- e. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid dan vena Jugularis
- f. Telinga : simetris, bersih, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada cairan sekret.
- g. Payudara : simetris, keadaan puting susu: menonjol, areola hiperpigmentasi, tidak ada benjolan /kelainan
- h. Abdomen : ada linea nigra, striae tidak ada, tidak ada bekas operasi, pembesaran : sesuai usia kehamilan

Palpasi

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV: Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

TFU : 29 cm TBBJ : 2790 gram

Kontraksi : 10-20 x/menit, ~~kuat~~/lemah, ~~teratur~~/tidak

Kandung kemih : Kosong

Pemeriksaan auskultasi : DJJ:normal

Frekuensi : 130 x/menit, teratur/~~tidak~~

Punck .Maks : $\begin{array}{c} | \\ + \text{---} | \\ | \end{array}$ (teraba 3 jari dibawah pusat sebelah kanan perut ibu).

Pemeriksaan TBJ (TFU - 11 x 155) : 29 - 11 x 155 = 2790 gram

i. Pemeriksaan ekstremitas atas : tidak ada oedema, sismetris, bersih, jari-jari lengkap

j. Pemeriksaan ekstremitas bawah : tidak ada oedema, sismetris, bersih, jari-jari lengkap.

k. Pemeriksaan genitalia :

- Varises : tidak ada

- Oedema : tidak ada

-Pembesaran bartohlin : tidak ada

-Pengeluaran pervagina : ada lendir bercampur darah

-Bekas luka /jahitan perineum : tidak ada

- Anus : ada dan tidak ada ambeyen

l. Pemeriksaan dalam :

- Atas indikasi : inpartu pukul: 23.00 oleh: Bidan

- Dinding vagina : tidak ada benjolan

- Pembukaan serviks : 2 cm
- Konsistensi : tipis
- Ketuban : utuh
- Presentasi : kepala
- Posisi : teraba ubun – ubun kecil
- Penurunan bagian terendah : hodge II (Sejajar dengan hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

D. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

Tanggal : -

Hasil : -

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu hamil 27 tahun, GIP0A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari janin hidup, tunggal intrauterine, PUKA, presentasi kepala keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten.

Data dasar:

DS :

- Ibu mengatakan usianya saat ini 27 tahun
- Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan HPHT: 09-07-2016

DO :

- Keadaan umum : Cemas
- TTV : tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu : 36,4°C

Nadi : 82x/menit

Pernafasan : 22x/menit

LILA : 30 cm

BB : 66 kg

TB : 155 cm

Palpasi

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV: Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

TFU : 29 cm TBBJ : 2790 gram

Kontraksi : 10-20 x/menit, kuat/lemah, teratur/tidak

Kandung kemih : Kosong

Pemeriksaan auskultasi : DJJ:normal

Frekuensi : 130 x/menit, teratur/tidak

Masalah

:

- His yang belum adekuat dan teratur.
- Ibu mengatakan cemas akan keadaannya.

Kebutuhan :

1. Berikan posisi yang nyaman.

2. Pemantauan kemajuan persalinan ibu.

III . Identifikasai Diagnosa Masalah Potensial

- Tidak ada

IV.Tindakan Segera, Kalaborasi , Rujukan

Kalaborasi dengan dokter ahli kebidanan bila diperlukan rujukan

V.Intervensi

Tanggal : 4 April 2016

Pukul: 23.00 WIB

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu melalui hasil observasi yang dilakukan pada ibu	Dengan adanya hasil pemeriksaan sebagai data objektif untuk mengetahui kebutuhan atau tindakan apa yang di butuhkan oleh pasien
2	Anjurkan orang terdekat (suami) untuk mendampingi ibu saat menghadapi proses persalinan.	Dengan menghadirkan orang terdekat saat proses persalinan akan membantu ibu menghilangkan rasa cemasnya.
3	Beri cairan /nutrisi dan ajarkan ibu tehnik rileksasi	Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
4	Atur posisi ibu nyaman mungkin, ajarkan ibu untuk miring kiri/ miring kanan.	Posisi berbaring terlentang akan mengakibatkan janin, plasenta, dan cairan ketuban akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta yang menyebabkan janin hipoksia.
5	Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.	Kandung kemih yang kosong mempengaruhi penurunan janin melalui kontraksi dan mencegah resiko pendarahan postpartum karena atonia uteri.
6.	Pencegahan infeksi	Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan BBL. Upaya untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dapat

No	Intervensi	Rasional
		melindungi penolong terhadap resiko infeksi.
7.	Melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali	Untuk mengetahui kemajuan persalinan.

VI. Implementasi

Tanggal: 4 April 2017

Pukul: 23.00 WIB

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	04-04-2017	23.40	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu :	pricilia

Keadaan umum : Cemas

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmhg

Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit

Pernafasan : 22 x/ menit

VT : Pembukaan 2 cm

DJJ : 130 x/ menit

Kontraksi : 10-20 x/menit, /lemah,/tidak teratur

Hasil palpasi:

Leopold I : Pada fundus teraba bagian

yang bulat, lunak, dan

tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting

(kepala)

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk
PAP 2/5 (Sejajar dengan
Hodge I setinggi pinggir atas
simfisis)

2	04-04-2017	23.50	Menganjurkan orang terdekat untuk mendampingi ibu saat akan menghadapi proses persalinan agar ibu dapat lebih semangat dan rasa cemas dapat berkurang	Priscilia
3	05-04-2017	00.10	Menganjurkan suami untuk memberikan ibu makan dan minum untuk menambah tenaga ibu dan mencegah dehidrasi bila asupan cairan yang dikeluarkan melalui keringat banyak. Seperti makan roti dan minum pocari sweat	Priscilia
4	05-04-2017	00.20	Mengatur posisi ibu senyaman mungkin, miring kanan atau miring kiri untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu.	Priscilia
5	05-04-2017	00.30	Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin setiap 2 jam atau lebih sering.	Priscilia
6	05-04-2017	00.40	Pencegahan infeksi, menjaga lingkungan tetap bersih, cuci tangan, gunakan sarung tangan bila diperlukan.	Priscilia
7.	05-04-2017	01.00	Melakukan pemeriksaan dalam 4 jam sekali untuk mengetahui kemajuan persalinan	Priscilia

VII. Evaluasi

Tanggal : 4 April 2017

Pukul : 23.00 WIB

S:

- Ibu mengatakan telah mengerti tentang kondisinya dan janinnya saat ini
- Ibu merasa bahagia karena suami mendampingi proses persalinannya.
- Ibu mengatakan tidak merasa haus dan lapar lagi

- Ibu mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang dianjurkan.
- Ibu mengatakan tidak ada perasaan ingin BAK.
- Ibu mengatakan nyeri his yang dialami belum kuat dan teratur

O:

- Keadaan umum : Cemas
- Kesadaran : compos mentis
- TTV : tekanan darah : 120/70 mmhg
Suhu/nadi : 36,4 °c/ 82 x/menit
Pernafasan : 22 x/menit
- Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).
- Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala)
- Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)
- His : 10-20 x/menit, /lemah, /tidak teratur
- VT : Pembukaan 2 cm
- Eff : 50 %
- Penurunan : H-II
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : Utuh

A:

Diagnosa: Ibu hamil 27 tahun, GIP0A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari janin hidup, tunggal intrauterine, PUKA, presentasi kepala keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I memanjang dengan inersia uteri.

Masalah :

- Ibu mengatakan cemas akan persalinannya
- Ibu mengatakan nyeri yang dirasakan belum kuat dan tidak teratur

Kebutuhan :

- Berikan posisi yang nyaman
- Informasikan kemajuan persalinan dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada ibu yaitu oksitosin drips

P :

No	Tanggal	Jam	Kegiatan	Paraf
1.	05-04-2017	11.00	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu :	Pricilia

Keadaan umum : Cemas

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmhg

Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit

Pernafasan : 22 x/ menit

Hasil palpasi:

Leopold I : Pada fundus teraba bagian

yang bulat, lunak, dan

tidak melenting (bokong).

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

teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

- His : 10-20 x/menit, /lemah / tidak teratur
- VT : Pembukaan 2 cm
- Eff : 50 %
- Penurunan : H-II
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : Utuh

Ev : ibu sudah mengerti akan kondisinya dan kondisi bayinya

2	05-04-2017	11.10	Menjelaskan pada ibu bahwa akan dilakukan oksitosin drips dengan memberikan oksitosin untuk merangsang kontraksi uterus dan agar pembukaan serviks akan membuka sempurna. Pasang infus 500 cc RL di masukkan 10 unit oksitosin dari 8 tetes per menit. Bila dalam 30 menit kemudian tidak ada peningkatan dalam aktivitas miometrium atau his belum cukup baik maka kecepatan infus dapat ditingkatkan dengan 4 tetes, menjadi 12 tetes per menit. Peningkatan kecepatan infus dengan 4 tetes dalam 30 menit perlu pengawasan yang ketat. Ev : ibu sudah mengerti akan kondisi his yang kurang dan ibu setuju untuk dilakukan oksitosin drips	Pricilia
3	05-04-2017	11.20	Menganjurkan suami untuk memberikan ibu makan dan minum untuk menambah tenaga ibu dan mencegah dehidrasi bila asupan cairan yang dikeluarkan melalui	Pricilia

- keringat banyak. Seperti makan roti dan minum pocari sweat
Ev: ibu sudah diberikan cairan/nutrisi agar memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi
4. 05-04-2017 11.30 Mengatur posisi ibu senyaman mungkin, Pricilia miring kanan atau miring kiri untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu.
Ev : ibu sudah memilih posisi miring kanan dan miring kiri sebagai posisi yang nyaman baginya
 5. 05-04-2017 11.40 Menaikkan kecepatan infus oksitosin 4 Pricilia tetes menjadi 12 tetes per menit.
Ev : ibu sudah mengetahui bahwa kecepatan infus sudah dinaikkan
 6. 05-04-2017 11.50 Menganjurkan ibu untuk mengosongkan Pricilia kandung kemih secara rutin setiap 2 jam atau lebih sering.
Ev : ibu sudah mengosongkan kandung kemihnya dikamar mandi
 7. 05-04-2017 12.00 Pencegahan infeksi, menjaga lingkungan pricilia tetap bersih, cuci tangan, gunakan sarung tangan bila diperlukan.
Ev : ibu sudah mengerti cara pencegahan infeksi
 8. 05-04-2017 12.20 Menaikkan kecepatan infus oksitosin 4 Pricilia tetes menjadi 16 tetes per menit
Ev : ibu sudah mengetahui bahwa kecepatan infus sudah dinaikkan
 9. 05-04-2017 12.30 Melakukan pengawasan terhadap infus Pricilia yang digunakan ibu, memperhatikan kecepatan infus dan mempertahankan kecepatan infus yang sudah ditentukan.
Ev: ibu sudah mengerti dengan yang dilakukan bidan terhadap kecepatan infus yang digunakan.
 10. 05-04-2017 12.50 Menilai his pada ibu his masih 10-20x/ Pricilia menit belum kuat dan belum teratur.
Ev : ibu sudah mengetahui bahwa his belum kuat dan belum teratur
 11. 05-04-2017 13.00 Menaikkan kembali kecepatan infus 4 Pricilia

tetes menjadi 20 tetes per menit sambil melakukan observasi terhadap his ibu dan mempertahankan kecepatan tetesan infus 20 tetes per menit.

Ev : ibu sudah mengetahui bahwa kecepatan infus sudah 20 tetes per menit

12. 05- 04 -2017 14.00 Menganjurkan suami untuk memberikan ibu makan dan minum untuk menambah tenaga ibu dan mencegah dehidrasi bila asupan cairan yang dikeluarkan melalui keringat banyak. Seperti makan roti dan minum pocari sweat

Ev: ibu sudah diberikan cairan/nutrisi agar memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi

13. 05- 04 -2017 14.30 Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin setiap 2 jam atau lebih sering.

Ev : ibu sudah mengosongkan kandung kemihnya dikamar mandi

14. 05- 04 -2017 15.30 Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu :

Keadaan umum : Cemas

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmhg

Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit

Pernafasan : 22 x/ menit

Hasil palpasi:

Leopold I : Pada fundus teraba bagian

yang bulat, lunak, dan

tidak melenting (bokong).

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

janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

- His : 10-20 x/menit /lemah / tidak teratur
- VT : Pembukaan 2 cm
- Eff : 50 %
- Penurunan : H-II
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : Utuh

Ev : ibu sudah mengerti akan kondisinya dan kondisi bayinya

- | | | | | |
|-----|------------|-------|--|----------|
| 15. | 05-04-2017 | 16.00 | Menghadirkan suami atau pun keluarga ibu untuk mendukung persalinan ibu dan memberikan semangat kepada ibu atas persalinan ibu dan agar dapat mendengarkan keluhan ibu pada proses persalinannya.
Ev: ibu sudah merasa lega karena sudah di temani oleh suami maupun keluarga atas persalinannya. | Pricilia |
| 16. | 05-04-2017 | 17.00 | Memperbolehkan ibu untuk mandi, memperbolehkan ibu membasuh sekitar kemaluannya seussai buang air besar/kecil.
Ev : ibu sudah mandi dikamar mandi ditemani oleh keluarga | Pricilia |
| 17. | 05-04-2017 | 18.00 | Memberikan ibu makan dan minum untuk mencegah terjadinya dehidrasi dan menambah energi ibu.
Ev : ibu sudah makan ½ porsi dan sudah minum air putih. | Pricilia |
| 18. | 05-04-2017 | 19.00 | Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his, dan menganjurkan beristirahat ketika kontraksi menghilang
Ev: ibu sudah mengerti untuk rileks sewaktu ada his | Pricilia |

19.	05-05-2017	19.30	<p>Mengobservasi kontraksi pada ibu untuk mengetahui apakah oksitosin yang diberikan melalui cairan yang di drips kan sudah dapat menambah kontraksi his ibu.</p> <p>Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).</p> <p>Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - His : 20-30 x/menit /kuat /teratur - DJJ : 130 x/menit <p>Ev : ibu mengatakan perut semakin nyeri</p>	Pricilia
20.	05-04-2017	20.00	<p>Mengajarkan keluarga/suami untuk pijatan/massage pada punggung atau mengusap perut ibu dengan lembut</p> <p>Ev : ibu mengatakan rasa sakit berkurang jika dilakukan massase punggung</p>	Pricilia
21.	05-04-2017	20.30	<p>Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin setiap 2 jam atau lebih sering.</p> <p>Ev : ibu sudah mengosongkan kandung kemihnya dikamar mandi</p>	Pricilia
22.	05-04-2017	21.30	<p>Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang</p>	pricilia

dilakukan pada ibu :

Keadaan umum : Cemas

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmhg

Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit

Pernafasan : 22 x/ menit

Hasil palpasi:

Leopold I : Pada fundus teraba bagian

yang bulat, lunak, dan

tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis)

- His : 40-50 x/menit /kuat /teratur
- VT : Pembukaan 3 cm
- Eff : 50 %
- Penurunan : H-II
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : Utuh

Ev : ibu sudah mengerti akan kondisinya dan kondisi bayinya

23. 05-04-2017 22.48

Membersihkan ibu dari cairan ketuban karena ketuban ibu sudah pecah.

Pricilia

Dan kembali memberikan posisi yang dianggap ibu nyaman

Ev : ibu sudah dibersihkan dan ibu kembali memilih posisi miring kiri dan miring kanan

24. 06-04-2017 01.00 Ibu ingin buang air besar ke kamar mandi, pricilia dan ibu ditemani untuk ke kamar mandi tetapi ibu tidak bisa untuk BAB di kamar mandi, dan ibu kembali ke kamar bersalin untuk dilakukan pemeriksaan dalam. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu :

Keadaan umum : Cemas

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmhg

Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit

Pernafasan : 22 x/ menit

Hasil palpasi:

Leopold I : Pada fundus teraba bagian

yang bulat, lunak, dan

tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 4/5 (Sejajar dengan Hodge I,II dan III setinggi os

coccygis)

- His : 40-50 x/menit /kuat /teratur
- VT : Pembukaan 10 cm
- Eff : 100 %
- Penurunan : H-IV
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : pecah (22.48wib)

Ev : ibu sudah mengerti akan kondisinya dan kondisi bayinya

Kala II

Tanggal: 6 Maret 2017

Pukul: 01.00 WIB

- S:**
- Ibu mengatakan ingin mendedan seperti mau BAB
 - Ibu mengatakan adanya rasa sakit dan nyeri pinggang yang semakin kuat.

O :

- Keadaan umum : Cemas
- Kesadaran : compos mentis
- TTV : tekanan darah : 120/70 mmhg
- Suhu/pernafasan : 36,4 °c/ 82 x/menit
- Pernafasan : 22 x/menit
- Ibu masih terpasang infus + 10 unit oksitosin dengan 20 tetes/menit.
- Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).
- Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bulat, melenting (kepala)

- Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 4/5 (Sejajar dengan Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis)
- His : 3-4x/menit dalam 10 menit lamanya 40-50 detik
- VT : Pembukaan 10 cm
- Penurunan : H-IV
- DJJ : 130 x/menit
- Ketuban : pecah pukul : 22.48 wib, jernih \pm 100 cc
- Dari vagina keluar bloody slim
- Tanda – tanda persalinan :
 1. perinum menonjol
 2. Vulva membuka
 3. Anus mengembang
 4. Pembukaan lengkap 10 cm
 5. Portio :tidak teraba

A:

Diagnosa : Ibu inpartu kala II

Masalah : Ibu mengatakan adanya rasa ingin BAB

a. Identifikasi Masalah potensial :

Robekan Jalan Lahir

b. Identifikasi Tindakan Segera :

Lahirkan bayi

c. Kebutuhan :

- Pastikan perlengkapan persalinan lengkap.
- Berikan Asuhan Sayang Ibu.

- Amati tanda dan gejala Kala II.
- Pimpin Ibu untuk meneran.
- Lakukan Pertolongan Persalinan Normal.

P:

No	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Beritahu kepada ibu dan keluarga bahwa ibu akan bersalin dan pembukaan sudah lengkap.	Agar ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.
2.	Pastikan perlengkapan persalinan lengkap.	Untuk mempermudah tindakan yang dilakukan agar lebih tepat.
3.	Berikan asuhan sayang ibu.	a. Untuk memberi rasa nyaman pada ibu b. Untuk mengurangi kecemasan ibu selama proses persalinan c. Untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu d. Untuk membantu proses penurunan bagian terbawah janin e. Untuk mempermudah proses persalinan
4.	Amati tanda gejala kala II.	Untuk mengetahui pengeluaran bayi.
5.	Pimpin ibu untuk meneran.	Untuk mempercepat pengeluaran bayi.
6.	Lakukan Pertolongan Persalinan Normal.	Agar bayi lahir normal serta keadaan ibu dan bayi baik.

Implementasi

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	06-04 2017	01.00	Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa ibu akan melakukan persalinan pembukaan sudah lengkap <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan dalam <div> Dinding Vagina : Lunak </div> Portio : Membuka Pembukaan Serviks : 10 cm Konsistensi : lembek Ketuban : (-) 	Pricilia

Presentasi fetus : kepala

Penurunan bagian terendah : Hodge II-III

- Ketuban pecah Spontan, Pukul : 22.48 wib

- Tampak Gejala Kala II yaitu :

Dorongan ibu untuk meneran

Adanya tekanan pada anus

Perineum tampak menonjol

Vulva dan vagina membuka

Ev:Ibu sudah mengeahui kondisinya saat ini.

2 01.05 Memastikan perlengkapan persalinan Pricilia lengkap untuk memperlancar proses persalinan.

3 01.10 Memberi ibu posisi litotomi kedua paha pricilia diangkat/ dirangkul dengan tangan sampai siku tangan, disini paha mendekati perut dan menganjurkan ibu untuk memfokuskan pandangan kearah vulva.Ibu sudah dalam posisi litotomi dan memimpin ibu untuk mengedan dengan benar yaitu saat ada his meneran dengan cara merangkul kedua pahanya kepala dan bahu diangkat sampai melihat kearah kemaluan dagu melekat pada dada serta mengedan bersamaan dengan his yang datang.

Ev : Ibu sudah di pimpin mengedan dan ibu sudah tahu cara mengedan dan kepala sudah tampak maju mundur di vulva.

4 01.25 Melakukan pertolongan persalinan normal Pricilia Mengamati tanda dan gejala kala II:

- Ibu mempunyai dorongan ingin meneran
- Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada

rektum/vagina

- perineum menonjol
- vulva-vagina dan sfingter anal membuka

- 1) Menyiapkan tempat datar dan keras, 2 kain, 1 handuk bersih dan kering dan lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, untuk penanganan bayi asfiksia
- 2) Menggelar kain ditempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
- 3) Mematahkan ampul oksitosin 10 UI, dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 4) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
- 5) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 6) Memakai sarung tangan DTT. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 7) Menghisap oksitosin 10 UI kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkannya kembali dipartus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung spuit.
- 8) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi)

dalam wadah yang tersedia.ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

- 9) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap dengan cara : dengan hati-hati pisahkan labia dengan jari manis dan ibu jari tangan kiri pemeriksa. Masukkan jari telunjuk tangan kanan pemeriksa dengan hati-hati diikuti oleh jari tengah. Setelah kedua jari tangan berada didalam vagina, tangan kiri pemeriksa diletakkan difundus ibu. Pada saat kedua jari berada didalam vagina, jangan mengeluarkannya sebelum pemeriksaan selesai. Jika pembukaan sudah lengkap tetapi ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- 10) Mendokumentaentasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dilarutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 11) Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
- 12) Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-140x/i)
- 13) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
 - Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik
 - Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
 - Menunggu hingga ibu mempunyai

keinginan untuk meneran

- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran:
- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
- Menganjurkan ibu untuk istirahat disaat kontraksi tidak ada
- Meeganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat paa ibu.
- Menganjurkan asupan cairan per oral
- Menilai djj setiap kali kontraksi selesai.

jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.

- 14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka

lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

- 19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi dan menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 20) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi (biparietal). Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 21) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan. setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu

kelahiran kaki bayi.

22) Penanganan bayi baru lahir

lakukan penilaian (selintas):

- apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- apakah bayi bergerak dengan aktif?
- Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah ini berlanjut kelangkah-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia).

23) Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu.

24) periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus. Bayi Baru Lahir pukul 01.30 WIB segera menangis, Jenis kelamin : perempuan Apgar skor 8/9 telah dilakukan perawatan BBL, BB 3000 gram PB 46 cm.

Ev : Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya.

KALA III

Tanggal : 6 April 2017

Pukul: 01.30 WIB

S :

- Ibu merasa senang dengan kelahiran bayi
- Ibu mengatakan perut masih terasa mules
- Ibu mengatakan sedikit lelah
- Ibu menanyakan apakah plasenta sudah lahir atau belum

- Ibu menanyakan apakah ada robekan atau tidak.

O:

- Keadaan umum : baik
- Keadaan Emosional : stabil
- Kesadaran : compos mentis
- Kandung kemih : kosong
- TFU : sejajar pusat
- Kontraksi uterus : baik
- Plasenta : belum lahir
- Tidak ada bayi kedua
- Tali pusat tampak di vulva
- Tali pusat tampak menjulur di vulva
- Perdarahan : ± 200 cc

A:

1. Diagnosa : Ibu Inpartu kala III
2. Masalah : Ibu mengatakan perut masih mules
3. Identifikasi Masalah Potensial :
 - Retensio plasenta
4. Identifikasi Tindakan segera :
 - Lahirkan Plasenta
5. Kebutuhan :
 - Lakukan Manajemen aktif kala III
 - Pantau kontraksi
 - Periksa kandung kemih dan laserasi

P:

No.	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Lakukan Manajemen aktif kala III	Untuk menghasilkan kontraksi yang baik dan mempermudah pengeluaran plasenta.
2.	Pantau kontraksi ibu	Untuk mencegah atonia uteri dan agar kontraksi berjalan baik.
3.	Periksa kandung kemih dan laserasi	Untuk mengetahui kandung kemih ibu penuh atau kosong dan laserasi jalan lahir.

Imlementasi

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
1	06-04- 2017	01.30	Melakukan Manajemen aktif kala III : <ul style="list-style-type: none">- Memberi oksitosin 10 IU setelah bayi lahir- Melakukan peregang tali pusat terkendali- Memasase fundus uteri- Mengamati tanda tanda pelepasan plasenta, adanya semburan darah tiba tiba melakukan prasad strasman,tali pusat diregangkan, dan rahim di ketuk ketukbila getarannya sampai pada tali pusat ,tali pusat plasenta belum terlepas disini getarannya sudah tidak sampai ketali pusat,terjadi semburan darah tiba tiba melakukan semburan darh tiba tiba melakukan peregang tali pusat terkendali,plasenta tampak di introitus segera memilin plasenta untuk melahirkannya, plasenta lahir meletakkan di piring plasenta pukul 01.40 wib segera melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta di kamar mandi memeriksa keutuhan selaput plasenta memegang tali pusat lalu diangkat keatas keselaput ketuban menutup menghitung kotiledon	Pricilia

20 lalu melihat insersi tali pusat :marginaalis pada bagian fetal memperhatikan 2 arteri 1 vena mengukur panjang tali pusat 55 cm, diameter tali pusat 1,5cm, tali pusat 1 plasenta segar dan tidak pucat. Plasenta lahir tanggal 06 april 2017 pukul : 01.40 WIB

Ev : Plasenta lengkap dan normal

2 01.40 Memantau kontraksi ibu dengan memasase fundus ibu diatas perut ibu dengan gerakan melingkar secara lembut agar kontraksi berjalan lancar. Pricilia

Ev : Kontraksi ibu berjalan lancar

3 01.45 Memeriksa kandung kemih dan memeriksa robekan jalan lahir. Pricilia

- Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan selaput plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

- Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Terdapat laserasi di mukosa vagina laserasi tingkat II.

Ev : Kandung kemih kosong dan terdapat laserasi tingkat II dan sudah dilakukan penjahitan sebanyak 3 jahitan.

KALA IV

Tanggal : 6 April 2017

Pukul : 01.50 WIB

S :

- Ibu mengatakan senang karena plasentanya sudah lahir
- Ibu mengatakan merasa sedikit kelelahan.

O :

- Keadaan umum : baik
- Kesadaran : compos mentis

- Kandung kemih : kosong
- Kontraksi uterus : baik
- Perdarahan : ± 50 cc
- Perineum : ada robekan, derajat II
- Plasenta : Lahir spontan lengkap dengan selaput dan kotiledonnya pukul 01.40 WIB, panjang tali pusat 50 cm, berat ± 500 gram.

A :

1. Diagnosa : Ibu Inpartu Kala IV persalinan
2. Masalah : Ibu mengatakan perut masih terasa mules
3. Identifikasi Masalah Potensial :
 - Atonia Uteri
 - Perdarahan Post Partum
2. Identifikasi Tindakan segera :
Tidak Ada
3. Kebutuhan :
 - Pantau kala IV
 - Penkes Personal Hygiene
 - Beri Asuhan sayang ibu
 - Pemberian Asi eksklusif
 - Lakukan bounding attachment
 - Pemberian therapy

P:

No.

INTERVENSI

RASIONAL

1. Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan. Agar ibu mengetahui kondisinya saat ini dan ibu merasa nyaman .
2. Beritahu ibu tentang perubahan fisiologi pada masa nifas Agar ibu mengetahui perubahan yang saat ini dialaminya dan dapat beradaptasi.
3. Bersihkan tubuh dari keringat, darah dan cairan ketuban. Agar ibu merasa nyaman dan untuk mencegah terjadinya infeksi.
4. Lakukan pemantauan selama 2 jam pertama. Untuk mengetahui ada/ tidak ke abnormal yang terjadi sehingga keadaan ibu terkontrol dengan baik.
5. Memberikan ibu nutrisi dan cairan Agar energi ibu kembali karna sudah lelah saat proses persalinan.

Implementasi

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
1	06-04-2017	01.50	<p>Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : Baik - Kesadaran : Compos menthis - Keadaan emosional : Stabil - Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah : 120/70 mmhg Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ i Pernafasan : 22 x/ i - Perdarahan : 150 cc - Kontraksi : Baik - TFU : Setinggi pusat - Kandung kemih : kosong - Laserasi : ada (laserasi tingkat II) <p>Ev: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisinya saat ini.</p>	Pricilia

2. 01.55 Memberitahu ibu tentang perubahan fisiologis kala IV yaitu perut masih terasa mules karena adanya kontraksi, pengeluaran lochea nyeri pada daerah perineum. Pricilia
- EV: ibu sudah mengetahui perubahan fisiologis kala IV
3. 02.00 Membersihkan tubuh ibu menggunakan waslap dengan air hangat dari keringat, darah, cairan ketuban dan mengganti pakaian ibu dan memasang gurita ibu dan pembalut ibu dan membersihkan perlengkapan persalinan dengan mencuci menggunakan sabun dan rendam kedalam larutan klorin Pricilia
- Ev : Ibu sudah dibersihkan dan merasa nyaman
4. 02.05 Menganjurkan ibu untuk makan dan memberi therapy. Pricilia
- Theraphy yang diberikan metronidazole 3X 500mg, amoxicillin 3x 500mg dan asam mefenamat 3x 500mg .
- EV:Ibu sudah makan dan akan mengkonsumsi therapy setelah makan.
5. 02.10 Memantau keadaan Ibu Selama 2 jam. Pada 1 jam pertama setiap 15 menit sekali periksa tekanan darah, TFU, kontraksi, kandung kemih, nadi dan suhu periksa setiap 1 jam sekali pada 2 jam pertama setiap 30 menit sekali periksa tekanan darah, TFU, kontraksi, kandung kemih, nadi dan suhu periksa setiap 1 jam sekali. Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes salep mata antibiotik profilaksis dan Vit. K 1 1 mg /IM dipaha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak kulit ibu/bayi. Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pembrian Vit. K dipaha kanan Pricilia

anterolateral

Ev : Keadaan umum ibu baik dan bayi sudah di beri imunisasi.

- 6 02.15 Melakukan rawat gabung perawatan ibu dan Pricilia bayi yang baru di lahirkan tidak di pisahkan, melaikan di tempatkan dalam sebuah ruang kamar atau tempat bersama – sama selama 24 jam penuh dalam seharinya.

Ev: Ibu dan bayi sudah ditempatkan dalam satu ruangan.

7. 02.20 Melakukan pemberian Asi eksklusif Pricilia menganjurkan ibu memberikan asi dini (dalam 30 menit – 1jam setelah lahir) manfaat pemberian asi eksklusif, asi eksklusif mengandung zat gizi yang di perlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah di cerna dan efisien, mencegah berbagai macam penyakit infeksi, kb (amenore laktasi)

Ev:Ibu telah memberi bayinya ASI.

Tabel 2.4 Jadwal Observasi Kala IV

Jam	Waktu	TD	P	T	TFU	Kontraksi	Kandung	Perdarahan
	Wib	mmHg	x/i	°C		Uterus	Kemih	
1	03.40	120/70	84	37,8	2 jari di bawah pusat	Ada	Kosong	normal
	03.55	120/80	82		2 jari di bawah pusat	Ada	Kosong	normal
	04.10	120/70	82		2 jari di bawah pusat	Ada	150 cc	Normal

	04.25	110/70	80		2 jari di bawah pusat	Ada	Kosong	Normal
2	04.55	120/70	80	37	2 jari di bawah pusat	Ada	Kosong	Normal
	05.25	110/80	82		2 jari di bawah pusat	Ada	100 cc	Normal

B. Pembahasan Masalah

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan – kesenjangan yang telah terjadi pada praktik yang dilakukan di lahan dengan teori yang ada, dengan menggunakan pendekatan manajemen menurut varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimasukkan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan – kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu bersalin dengan inersia uteri.

1. Pengkajian Data

Pada pengkajian dilakukan untuk pengumpulan data dasar tentang keadaan pasien. Pada studi kasus ini penulis melakukan pengkajian terhadap, dengan hasil sebagai berikut :

Inersia uteri Adalah his yang sifatnya lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal.

Hasil Anamnesa : Ibu mengatakan nyeri yang dirasakan belum kuat dan tidak teratur, dan hasil anamnesis HPHT : 9 juli 2016

Hasil Pemeriksaan : Tekanan darah : 120/70 mmhg, Suhu/nadi : 36,4 °C/82 x/ menit, Pernafasan: 22 x/ menit, Uk : 38 minggu 3 hari TTP : 16 April 2017, tampak keluar cairan berupa lendir darah dari kemaluan. Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong). Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas). Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala) Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis). His : 10-20 x/menit, /lemah, /tidak teratur, VT : Pembukaan 2 cm Eff : 50 %, Penurunan : H-II, DJJ : 130 x/menit, Ketuban : utuh.

Pada kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek di dalam pengumpulan data.

2. Identifikasi Masalah, Diagnosa dan Kebutuhan

Menurut Tinjauan Teori pada langkah ini mengidentifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasi sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah keduanya harus ditangani.

Data subjektif : Ibu mengatakan usianya saat ini 27 tahun, Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran, Ibu mengatakan HPHT: 09-

07-2016

Data Ojektif : Nyeri pada bagian fundus ibu belum kuat dan belum teratur, Ibu cemas dengan keadaanya sekarang. Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala), Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis). His : 10-20 x/menit, /lemah / tidak teratur, VT : Pembukaan 2 cm, Eff : 50 %, Penurunan : H-II, DJJ : 130 x/menit, Ketuban : Utuh.

Ny. L GIP0A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari inpartu kala I memanjang dengan inersia uteri. Jadi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan, karena pada tinjauan kasus diagnosa didapatkan dari data subjektif dan data objektif sesuai dengan teori dimana untuk menegakkan diagnosa didapatkan berdasarkan hasil pengkajian, baik data subjektif ataupun objektif.

3. Antisipasi masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Menurut Manuaba (2012) mengidentifikasikan masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan pegumpulan data, pengamatan yang cermat dan observasi yang akurat kemudian dievaluasi apakah terdapat kondisi yang tidak normal, dan apabila tidak mendapatkan penanganan segera dapat membawa dampak yang lebih berbahaya sehingga mengancam kehidupan penderita.

Dalam mengantisipasi masalah potensial penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah potensial yang terjadi yaitu : terjadinya kematian janin,

perdarahan postpartum, adapun antisipasi masalah potensial tersebut tidak ada yang terjadi pada proses persalinan Ny. L .

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, tidak ada perbedaan masalah potensial antara tinjauan pustaka dengan apa yang ditemukan pada studi kasus. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan

4. Tindakan Segera

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

Pada studi kasus Ny. L pada saat pengkajian keadaan ibu dalam kategori kegawatdaruratan ditunjukkan dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan ada tindakan yang perlu segera dilakukan seperti melakukan drips oksitosin.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus ditemukan kesenjangan, dimana Kolaborasi dengan dokter ahli kebidanan bila diperlukan rujukan

5. Rencana Asuhan

Pada asuhan kebidanan perencanaan adalah proses penyusunan suatu rencana asuhan tindakan berdasarkan identifikasi masalah yang dapat diantisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi. Dimana rencana asuhan untuk Ny. L dengan Inersia Uteri adalah oksitosin Drips. Perencanaan harus sesuai dengan masalah yang telah ditemukan.

Dalam rencana tindakan atau kegiatan yang dibuat, penulis tidak mendapat kesulitan karena rencana tindakan yang dibuat sesuai dengan masalah dan kebutuhan dari setiap masalah yang dimiliki Ny.L dan dapat dilaksanakan karena keluarga dari Ny.L juga ikut bekerja sama.

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

6. Pelaksanaan

Pada tinjauan pustaka melakukan anamnesa, pemeriksaan tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, pemeriksaan fisik, dan sudah dilakukan untuk oksitosin drips.

Pada studi kasus rencana tindakan yang sudah dibuat pada Ny.L sudah dilaksanakan seluruhnya di Klinik Mariana Binjai yaitu anamnesa, pengukuran berat badan dan tinggi badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dan sudah dilakukan untuk oksitosin drips. Dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus berlangsung secara normal. Tetesan Oksitosin Drips diberikan secara bertahap mulai 8 tetes/menit dinaikkan setiap 30 menit dengan tetesan maksimal 20 tetes/menit. Kemajuan persalinan dipantau menggunakan partograf.

Berdasarkan data kasus yang diperoleh dapat dilihat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek.

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan sebuah perbandingan atau rencana asuhan yang menyeluruh dari perencanaan. Pada langkah terakhir, dilakukan keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah.

Pada kasus Ny.L pemantauan his diberikan dengan pemberian oksitosin. Kemajuan persalinan berlangsung dengan baik. Bayi baru lahir Pukul 01.30 WIB bayi lahir spontan, segera menangis, jenis kelamin perempuan, BB 3.000 gram, PB 46 cm, A/S 8/9. Tidak ada cacat. Karena pada langkah evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi keefektifan dari asuhan dan pada kasusnya evaluasi dilakukan dengan hasil yang baik dan masalahnya teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan “Asuhan Kebidanan Pada Ny. L usia 27 tahun usia kehamilan 38 minggu 3 hari dengan Inersia Uteri di Klinik Mariana Binjai Tahun 2017”. Maka penulis dapat menyimpulkan kasus sebagai berikut :

1. Didapatkan hasil dari pengkajian terhadap Ny. L yaitu ibu mengatakan HPHT 09-07-2016 dengan usia kehamilan 38 minggu 3 hari. Keadaan umum: Cemas, Kesadaran : compos mentis, TTV : tekanan darah : 120/70 mmhg, Suhu/pernafasan : 36,4°C/82x/menit, Pernafasan : 22 x/menit. Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)., Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggungan kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala), Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP 2/5 (Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir atas simfisis). His:10-20 x/menit, /lemah, /tidak teratur, VT : Pembukaan 2 cm, Eff :50%, Penurunan: H-II, DJJ : 130 x/menit, Ketuban : Utuh
2. Didapatkan diagnosa dari hasil pengkajian terhadap Ny. L yaitu “ibu melahirkan bayi di usia kehamilan 38 minggu 3 hari, inersia uteri biasa di sebabkan karna Kelainan his sering dijumpai pada primipara, Faktor hereditas, emosi dan ketakutan, Salah pimpinan persalinan dan obat – obat penenang.

3. Didapatkan diagnose potensial yang mungkin terjadi apabila masalah pada Ny. L dan janin adalah dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin, dan perdarahan postpartum.
4. Pada kasus tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi kalaborasi dengan dokter ahli kebidanan.
5. Dalam perencanaan asuhan pada ibu bersalin adalah beritahu ibu mengenai keadaannya, pantau keadaan umum dan kontraksi dan pendarahan, jelaskan tindakan yang akan di lakukan, yaitu oksitosin drips, dan beri asuhan sayang ibu.
6. Tindakan asuhan kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan asuhan yang telah dibuat yaitu dengan oksitoxin drips pada Ny. L.
7. Evaluasi di lakukan secara sistematis untuk melihat hasil asuhan yang di berikan. Hasil yang di peroleh plasenta lahir lengkap, keadaan ibu baik, kontraksi uterus baik, dan tidak terjadi komplikasi pada ibu.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini keefektifan proses belajar dapat di tingkatkan. Serta lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus Inersia Uteri. Serta diharapkan dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat member informasi terbaru serta menjadi sumber refrensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir pada semester akhir berikutnya.

2. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan, khususnya pada kasus inersia uteri dan dengan adanya Laporan Tugas Akhir ini diharapkan di klinik Mariana Binjai dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan.

3. Bagi klien

Diharapkan pasien waspada terhadap komplikasi yang mungkin terjadi seperti Inersia Uteri.

DAFTAR PUSTAKA

JNPK-KR Depkes RI,(2012), *Asuhan Persalinan Normal*, Edisi 2012, Jakarta: JNPK-KR.

Manuaba. 2010. *Pengantar Obstetric*. Jakarta: EGC

Medforth, Janet, dkk. 2011. *Kebidanan Oxford*, Jakarta : EGC

Ningrum Wahyu, Ema. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info media

Prawirohardjo, Sarwono. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Purwoastuti, Walyani. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru

Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Erlangga.

Sulistyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Salemba Medika.

Sumarah, Widyastuti, dkk. 2010. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya

<http://poltekkesdenpasar.ac.id/files/JIB/JURNAL%20KEBIDANAN%20VOLUME%201%20NOMOR%201.pdf>, Faktor Ibu Yang Berhubungan dengan Kejadian Persalinan Lama, diunduh tanggal 20 Mei 2017

SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, Mei 2017

Kepada Yth :

Ketua program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Pricilia Tien Purba

Nim : 022014044

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Klinik Mariana Binjai

Judul LTA :


"Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan Inersia Uteri Pada Ny.L usia 27 tahun
G1 P0 A0 usia kehamilan 38 minggu 3 hari di klinik mariana binjai "

Hormat Saya



(Mahasiswa)

Disetujui Oleh



(Dosen Pembimbing)

Diketahui Oleh



(Kordinator LTA)

STIKes



**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, 1 Februari 2017

Nomor : 131/STIKes/Klinik/II/2017
Lamp. : 2 (dua) lembar
Hal : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan
Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:
Pimpinan Klinik / RB :
di -
Tempat.

Dengan hormat,

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

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

1. Gelombang I : tanggal 06 Februari – 04 Maret 2017
 2. Gelombang II : tanggal 06 Maret – 01 April 2017
- Daftar nama mahasiswa terlampir.

Adapun kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa adalah:

1. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal sebanyak 30 kasus
2. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal sebanyak 20 kasus
3. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui sebanyak 20 kasus
4. Manajemen Asuhan Kebidanan pada BBL 20 sebanyak kasus
5. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana Pasangan Usia Subur dengan 4 metode sebanyak 20 kasus
6. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi/Balita dan Anak Prasekolah sebanyak 50 kasus
7. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Maternal sebanyak 3 kasus
8. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Neonatal sebanyak 3 kasus

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



Hormat Kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

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

STIKes

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lindawati Purba
Umur : 27 tahun
Alamat : Gg. Matahari

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia di jadikan pasien studi kasus komprehensif dari mulai pemeriksaan kehamilan sampai kunjungan masa bayi baru lahir oleh mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Medan, 5 April 2017

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan



(Pricilia Tien Purba)

Klien



(Lindawati)

Dosen Pembimbing LTA



(Risda Mariana Manik, SST)

Bidan LMT Siregar, Am. Keb



(Bidan LMT Siregar, Am. Keb)

STIKes

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan dibawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Prosi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Di Kinik Mariana Binjai :

Nama : LMT Siregar Am.Keb

Alamat : jl.Sekolah km.10,8 Binjai

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Pricilia Tien Purba

NIM : 022014044

Tingkat : III (Tiga)

Dinyatakan telah kompeten dalam melakukan asuhan ibu bersalin pada Ny.L

Demikian syarat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, Mei 2017

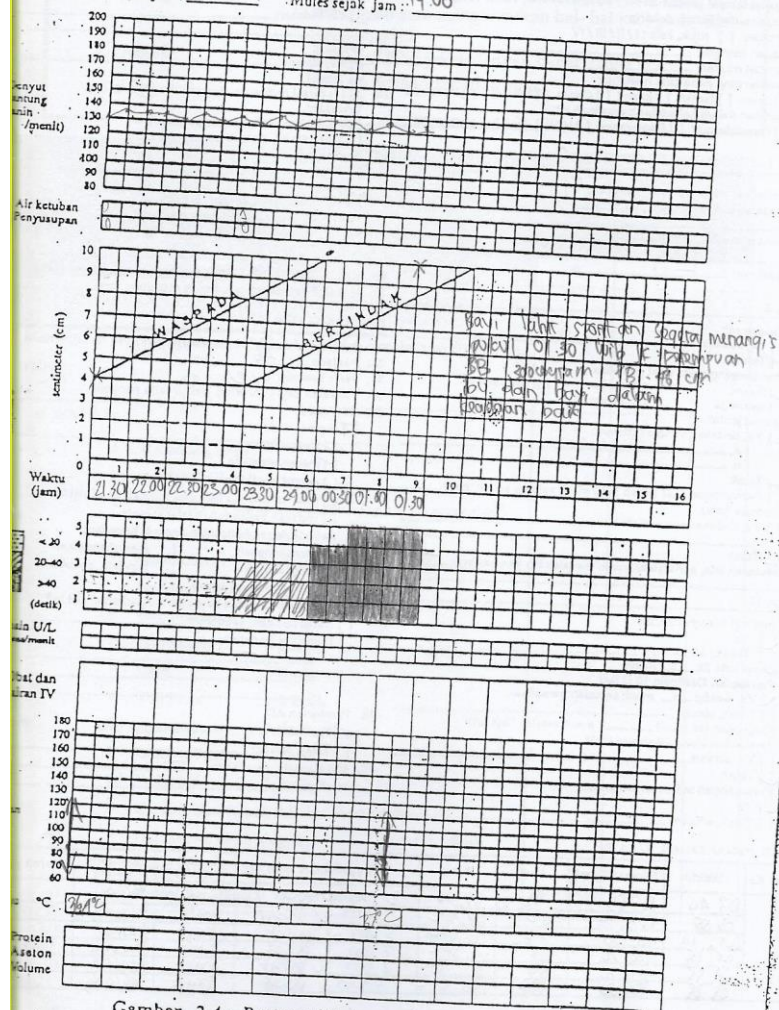
Bidan Lahan Praktek



(Bd.LMT Siregar, Am.Keb)

STIKes

Registrasi Nama Ibu: NY L Umur: 27 tahun G: 1 P: 0 A: 0
 Puskesmas Tanggal: 4-4-2017 Jam: _____
 Suban pecah sejak jatin: 2.48 (5.4.2017) Mules sejak jam: 19.00



Gambar 2-4 : Partograf (halaman depan)

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 6-9-2017
- Nama bidan: *Am. Deb.*
- Tempat persalinan: *Rumit Manara Bingu*
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya:
- Alamat tempat persalinan: RT 001/RW04 Kel. Tebel Timur Kecamatan Tebel, Jakarta
- Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - ☐ bidan
 - ☐ teman
 - ☐ suami
 - ☐ dukun
 - ☐ keluarga
 - ☐ tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - ☐ Gawadairurat
 - ☐ Perdarahan
 - ☐ HDK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

- Partograf melewati garis waspada: ☒ T
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Episiotomi:
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - ☒ suami
 - ☐ teman
 - ☐ keluarga
 - ☐ dukun
 - ☐ tidak ada
- Gawat janin:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
 - ☐ Distosis bahu
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini:
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasannya:
- Lama kala III: ... 5 ... menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM?
 - ☒ Ya, waktu: ... 7 ... menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan:
- Penjepitan tali pusat: ... menit setelah bayi lahir
 - ☐ Ya, alasan:
 - ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	07.40	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal
	08.35	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal
	09.10	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal
	09.55	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal
2	09.55	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal
	09.55	120/70	84	37.0°C	2 jari ↓ pusat	baik	kecil	normal

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

Kala Satu Persalinan

1.2.9.

Nilai

0

1

2

A. MEN

Memasuk

yaitu :

♦ SAF

III. KEGIATAN KONSULTASI

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

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	Sabtu, 22 April 2017	Risda Mariana Manit, SST	Pengajuan judul LTA	RP.
2.	Ra Sabtu, 29 April 2017	Risda Mariana Manit, SST	ACC judul LTA	RP.
3.	Selasa, 9 Mei 2017	Risda Mariana Manit, SST	Konsultasi Bab I-V	RP.
4.	Rabu, 10 Mei 2017	Risda Mariana Manit, SST	Perbaikan bab I-V	RP.
5.	Kamis, 18 Mei 2017	Risda Mariana Manit, SST	Perbaikan bab I-V (hidang)	RP.





III. KEGIATAN KONSULTASI

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

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	20/5-2017	Risda Manara, M. ST	Perbaiki BAB II, IV	20.
2.	23/5-2017	Risda Manara, M. SST	BAB II	20.-
3.	23/5-2017	P. Oktaviana, SST. M. Kes	Perbaiki cara penulisan	20
4.	23/5-2017	Flora Naibaho, SST. M. Kes	Perbaiki BAB I-IV	20
5.	24/5/2017	Flora Naibaho, SST. M. Kes	- Perbaiki dan edit kembali Bab I-V - Perbaiki penulisan - Cek lagi dokumen, Acc	20- 20-

III. KEGIATAN KONSULTASI

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

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	20-5-2017	P. Oetariance, ST, M. Kes	Pertemuan BAB I - II	
2.	22-5-2017	P. Oetariance, ST, M. Kes	Edisi BAB I - II	
3.	22-5-2017	P. Oetariance, ST, M. Kes	Edisi dan Pertemuan BAB I - II	
4.	24-5-2017	P. Oetariance, ST, M. Kes	Pertemuan BAB I - II	
5.	26-5-2017	P. Oetariance, ST, M. Kes	- lanjut dari pertemuan Aee lanjut	