

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.M USIA 21 TAHUN  
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE  
AKTIF DILATASI MAKSIMAL DI KLINIK BERTHA  
TAHUN 2017**

**STUDI KASUS**

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



**Disusun Oleh :**

**YOSEPHIN LAOLI  
022014073**

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

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.M USIA 21 TAHUN  
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE  
AKTIF DILATASI MAKSIMAL DI KLINIK BERTHA  
TAHUN 2017**

### **STUDI KASUS**

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



**Disusun Oleh :**

**YOSEPHIN LAOLI**  
**022014073**

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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Tugas Akhir**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN NY. M USIA 21 TAHUN  
GIPPA0 UNIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE  
AKTIF DILATASI MAKSIMAL DI KLINIK BERTHA  
TAHUN 2017**

**Studi Kasus**

**Diajukan Oleh**

**Yessytha Laok**  
**NEM : 022014073**

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

**Oleh :**

**Pembimbing : Aprilita Br, Sitepa, S.ST**  
**Tanggal : 16 Mei 2017**

**Tanda Tangan : .....**

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
STIKes Santa Elisabeth Medan**



**(Aulia Veronika, S.ST., M.KM)**

## LEMBAR PENGESAHAN

### Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEPIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.M USIA 21 TAHUN  
GIPBA0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE  
AKTIF DILATASI MAKSIMAL DI KLINIK BERTHA  
TAHUN 2017

Dibuat oleh

Yuscahin Laoli  
NIM : 022014073

Telah Diperhatikan Dan/atau TIM Penguji dan dinyatakan diterima sebagai salah  
satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Santa  
Elisabeth Pada Hari Rabu, 17 Mei 2017

TIM Penguji:

Pengaji I : Ernawaty Arisandi Siafagan, S.ST., M.Kes

Pengaji II : Lila Sumardiani, S.ST., M.KM

Pengaji III : Agrilia Br. Sitpu, S.ST

Tanda Tangan

  
-----  
  
-----  
  
-----

Mengesahkan  
STIKes Santa Elisabeth Medan

  
Ernawaty Br. Siregar, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ketua STIKes

  
Anita Veronika, S.ST., M.KM  
Ketua Program Studi

## RIWAYAT HIDUP



Nama : Yosephin Laoli  
NIM : 022014073  
Tempat/ Tanggal Lahir : Sibolga, 22 Oktober 1996  
Agama : Katolik  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Desa Pagaran Honas Kec. Badiri Kab.  
Tapanuli Tengah

## PENDIDIKAN

1. SD NEGERI 157623 PAGARAN HONAS : 2002 - 2008
2. SMP NEGERI 1 BADIRI : 2008 - 20011
3. SMA NEGERI 1 PINANG SORI : 2011 – 2014
4. D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan : 2014 – Sekarang





## Lembar Persembahkan

Cintailah dirimu karena itu  
akan menjadi kekuatanmu  
untuk menjadi pribadi yang  
berguna bukan hanya  
untukmu tetapi juga orang lain  
“serahkanlah segala  
kekuatiranmu kepada Allah,  
sebab ia yang memelihara  
kamu”

(1 Petrus 5 : 7)



terima kasih atas warna yang  
telah engkau kibarkan dalam  
hidup ku  
terima kasih atas jasa jasa  
yang kalian berikan untuk ku  
terima kasih atas pengorbanan  
dan perjuangan kalian untuk  
ku  
terima kasih telah melahirkan  
aku kedunia ini

*Yosephin Laoli*





## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi kasus LTA yang berjudul "Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Ny.M Usia 21 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari dengan Fase Aktif Dilatasi maksimal di Klinik Bertha Tahun 2017", ini sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat.

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

  
(Josephin Laili)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.M USIA 21 TAHUN  
GIPIA0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE  
AKTIF DILATASI MAKSIMAL DIKLINIK BERTHA  
TAHUN 2017<sup>1</sup>**

**Yosephin Laoli<sup>2</sup>, Aprilita Br. Sitepu<sup>3</sup>**

**INTISARI**

**Latar Belakang :** Salah satu tujuan SDG`S yaitu mengurangi resiko angka kematian ibu menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran. Untuk mencapai hal tersebut, di harapkan peran serta bidan di masyarakat sangat diperlukan. Hal ini sesuai dengan ketetapan kementrian kesehatan bahwa 90% persalinan harus di tolong oleh tenaga kesehatan dan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan.

**Tujuan Penelitian :** Untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal dengan menggunakan 7 langkah Helen Varney.

**Metode Penelitian :** Metode penelitian kualitatif dengan desain studi kasus yang tujuannya untuk memberikan asuhan persalinan normal pada ibu bersalin normal dengan menggunakan 7 langkah Helen Varney.

**Hasil Penelitian :** Dari asuhan yang diberikan pada Ny.M tidak terjadi komplikasi selama melakukan asuhan kebidanan dengan persalinan normal dengan memperhatikan aspek 5 benang merah di setiap kala persalinan sehingga tidak dijumpai adanya masalah.

Kata Kunci : Asuhan Persalinan Normal  
Referensi : 10 (2008-2017)

---

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

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

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



**MIDWIFERY CARE IN MOTHERS Mrs.M AGE 21 YEARS G1P0A0  
GESTATIONAL AGE 39 WEEKS 1 DAY WITH ACTIVE PHASE DILATED  
MAXIMUM AT BERTHA CLINIC  
YEAR 2017<sup>1</sup>**

**Yosephin Laoli<sup>2</sup>, Aprilita Br. Sitepu<sup>3</sup>**

**ABSTRAC**

**Background :** One of the goals of SDGS is to reduce the risk of maternal mortality to less than 70 per 100,000 births. To achieve this, the expected participation of midwives in the community is necessary. This is in accordance with the provisions of the Ministry of Health that 90% of deliveries should be assisted by health personnel and deliveries at health facilities.

**Objective :** To provide midwifery care to normal maternal women using 7 steps Helen Varney.

**Research Methods :** Qualitative research methods with case study designs that aim to provide normal birth care to mothers.

**Result :** The result of care given to Mrs.M was given in accordance with normal birth care with attention to aspect 5 red threads in every time of labor so that no problems were encountered.

**Keywords:** Normal Birth Care

**References:** 10 (2008-2017)

---

<sup>1</sup>Title of final report

<sup>2</sup>Midwifery Student of STIKes Santa Elisabeth Medan

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

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.M Usia 21 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari dengan Fase Aktif Dilatasi Maksimal di Klinik Bertha 2017”**. Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka penulis memohon pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna menyempurnakan laporan ini.

Dalam penulisan laporan ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dan berharga dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan ini dengan baik. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan motivasi, bimbingan dan fasilitas kepada penulis dengan penuh perhatian khusus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah mengizinkan dan membimbing penulis selama menjalani perkuliahan selama tiga tahun di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM sebagai Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Meriati BAP, S.ST selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Aprilita Br. Sitepu, S.ST selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ermawaty Arisandi Siallagan, S.ST., M.Kes dan Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM selaku dosen penguji pada saat ujian Laporan Tugas Akhir yang telah menuangkan pikiran dan waktu saat ujian berlangsung.
6. Seluruh staf dosen pengajar program studi D-III Kebidanan dan pegawai yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Bertha Ginting, Amd.Keb selaku pemimpin di Klinik Bertha yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Ny.M selaku pasien di Klinik Bertha yang telah bersedia menjadi pasien peneliti untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Ucapan terima kasih yang terdalam dan rasa hormat kepada orang tua saya tercinta Y. Laoli dan D. Mendrofa, yang telah memberikan motivasi, dukungan moral, material, dan doa serta terima kasih yang tak terhingga karena telah mendoakan dan membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.



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

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

Medan, Mei 2017

Yosephin Laoli

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>INTISARI .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAC .....</b>	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	 <b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Studi Kasus .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
C. Manfaat Studi Kasus .....	7
1. Manfaat Teoritik .....	7
2. Manfaat Praktis .....	7
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	 <b>8</b>
A. Persalinan .....	8
1. Pengertian Persalinan .....	8
2. Jenis Persalinan .....	9
3. Teori Penyebab Persalinan .....	11
4. Tujuan Asuhan persalinan .....	14
5. Tanda- tanda Persalinan .....	16
6. Tahapan Persalinan .....	19
7. Partograf .....	28
8. Faktor-faktor Yang mempengaruhi Persalinan .....	74
9. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal .....	76
10. Komplikasi Yang Terjadi Selama .....	86
B. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan .....	90
1. Pengumpulan Data .....	90
2. Interpretasi Data dasar .....	91
3. Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Potensial .....	92
4. Tindakan segera/Kolaborasi/Rujukan .....	92
5. Intervensi .....	93
6. Implementasi .....	94
7. Evaluasi .....	94

C. Metode Pendokumentasian Kebidanan .....	95
1. Dokumentasi Kebidanan .....	95
2. Manajemen Kebidanan.....	95
D. Landasan Hukum .....	95
1. Permenkes No.1464/Menkes/Per/X/2010 .....	95
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>97</b>
A. Jenis Studi Kasus .....	97
B. Tempat Studi Kasus .....	97
C. Waktu Studi Kasus.....	97
D. Subjek Studi Kasus .....	97
E. Teknik Pengumpulan Data.....	97
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>104</b>
A. Tinjauan Pustaka .....	104
B. Pembahasan.....	135
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>141</b>
A. Kesimpulan .....	141
B. Saran .....	142
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Halaman Depan Partograf .....	32
2.2 Halaman Belakang Partograf .....	42
2.3 Posisi Duduk atau Setengah Duduk .....	55
2.4 Posisi Jongkok atau Berdiri .....	56
2.5 Posisi Merangkak atau Berbaring Miring ke Kiri .....	56
2.6 Kepala Membuka Vulva $\approx$ 5-6 cm ( <i>crowning of the head</i> ) .....	58
2.7 Episiotomi Mediolateralis .....	59
2.8 Menahan belakang kepala dan perineum .....	60

## **DAFTAR LAMPIRAN**

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

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sebanyak 20-30 persen dari kehamilan mengandung 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).

Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (ICD-10. 2012, WHO. 2014).

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



Untuk AKI di negara-negara Asia Tenggara diantaranya Indonesia mencapai 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Target penurunan AKI secara nasional adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 jiwa per 100.000 kelahiran hidup dan AKB dari 68 menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota diperhitungkan Angka Kematian Bayi (AKB) dalam 1 tahun, dinegara – negara maju telah turun dengan cepat ,mencapai 25 per 1000, sedangkan di Sumatera Utara hanya 7,6 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2012, dan AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2012 hanya 106 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Prov. Sumatera Utara, 2012).

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).

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015- 2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu

“Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact atau outcome*) (RENSTRA 2015).

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita (RENSTRA 2015).

Tenaga kesehatan yang kompeten sebagai penolong persalinan (linakes) menurut PWS-KIA adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan. Kementerian Kesehatan menetapkan target 90 persen persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2012 (Depkes, 2000).

Pola penolong persalinan menurut provinsi untuk kualifikasi tertinggi dengan proporsi penolong linakes terendah di Papua (57,7%), dan tertinggi di Yogyakarta (99,9%). Pola penolong persalinan menurut karakteristik memperlihatkan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu, persentase dokter spesialis kebidanan dan kandungan semakin besar baik kualifikasi tertinggi maupun terendah. Demikian juga untuk ibu yang bekerja sebagai pegawai, tinggal di perkotaan dan kuintil indeks kepemilikan teratas. Sebaliknya penggunaan dukun sebagai tenaga penolong persalinan lebih besar pada kelahiran dari ibu yang mempunyai pendidikan rendah (tidak sekolah), petani/nelayan/buruh tinggal di perdesaan dan kuintil indeks kepemilikan terbawah (RISKESDAS 2013).

Berdasarkan penelitian Anggraini Tri Astuti, tempat persalinan pada ibu yang mengalami kejadian kematian 75% di fasilitas kesehatan dan tempat persalinan pada ibu yang tidak mengalami kejadian kematian 39% di fasilitas kesehatan. Hasil perhitungan dengan menggunakan uji statistik terdapat hubungan yang bermakna antara tempat persalinan dengan kejadian kematian ibu ( $p < 0,05$ ).

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).

Proses persalinan dihadapkan pada kondisi kritis terhadap masalah kegawatdaruratan persalinan, sehingga sangat diharapkan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Hasil Riskesdas 2013, persalinan di fasilitas kesehatan adalah 70,4 persen dan masih terdapat 29,6 persen di rumah/lainnya. Penolong

persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis, dokter umum dan bidan) mencapai 87,1 persen, namun masih bervariasi antar provinsi (RISKESDAS 2013).

Berdasarkan dari hal diatas, perlunya diadakan studi kasus dalam upaya membekali pengalaman penerapan pendekatan manajemen kebidanan secara mandiri pada kasus normal, asuhan konsultasi dan kolaborasi pada situasi ibu mengalami masalah komplikasi obstetric, bayi baru lahir (BBL), dan keluarga berencana (KB) untuk menghasilkan tenaga yang terampil sehingga dapat ikut membantu menurunkan AKI dan AKB khususnya di Sumatra Utara.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan judul asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. M usia 21 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan fase aktif dilatasi maksimal di klinik Bertha tahun 2017 dengan menerapkan 7 langkah Helen Varney. Penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan persalinan di klinik Bertha Mabar Hilir karena salah satu tempat yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik kerja lapangan sehingga di dapat pasien untuk melakukan asuhan kebidanan diklinik tersebut sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Selama penulis melaksanakan praktik kerja lapangan 04 Februari 2017 - 06 Maret 2017 di klinik Bertha Mabar Hilir, ada 15 ibu yang bersalin normal dan salah satu ibu yang bersalin penulis melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.M dan ibu bersedia diberikan asuhan kebidanan ibu bersalin.



## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Helen Varney pada Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- b. Mampu melakukan interpretasi data dasar pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- c. Mampu menganalisa diagnosa/masalah potensial pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- d. Mampu melakukan tindakan segera/ kolaborasi pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- e. Mampu melakukan perencanaan tindakan pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- f. Mampu melakukan implementasi tindakan pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.
- g. Mampu melakukan evaluasi pada persalinan Ny.M di Klinik Bertha Mabar Hilir tahun 2017.

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Teoritis**

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

### **2. Praktis**

#### **a. Bagi Institusi Pendidikan**

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 PUSTAKA**

#### **A. Persalinan**

##### **1. Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sumarah, dkk. 2011:1-2).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (JNPK-KR. 2012:37).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan adalah kontraksi uterus yang menyebabkan

dilatasi serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir. Persalinan adalah kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan ketuban keluar dari uterus. Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Jenny. 2013:2).

## **2. Jenis Persalinan**

Jenis persalinan dibagi dalam 2 kategori, yang pertama yaitu jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dan jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin (Eka Puspita Sari. 2014:3-6).

### **1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya**

#### **a. Persalinan Spontan**

Persalinan Spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir. Persalinan normal disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

**b. Persalinan Buatan**

Persalinan Buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesaria*.

**c. Persalinan Anjuran**

Persalinan Anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

**2. Jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin****a. Abortus**

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin  $< 500$  gram dan umur kehamilan  $< 20$  minggu.

**b. Partus Immaturus**

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

**c. Partus Prematurus**

Persalinan yang terjadi dalam kurun waktu antara 28 minggu - 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

**d. Persalinan Aterm**

Persalinan yang terjadi antara umur kehamilan kehamilan 37 minggu – 42 minggu.



**e. Partus serotinus atau postmaturus**

Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung lebih 42 minggu dihitung berdasarkan rumus neagle dengan siklus haid rata-rata 28 hari.

**f. Partus Presipitatus**

Persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

**3. Teori Penyebab Persalinan**

**1. Teori prostaglandin**

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga pemicu terjadinya persalinan. (Sumarah, dkk. 2011:3)

**2. Teori penurunan progesteron**

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Villi koriales mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. (Sumarah, dkk. 2011:3)

**3. Teori rangsangan esterogen**

Esterogen juga merupakan hormon yang dominan saat hamil. Hormon ini memiliki dua fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin,

rangsangan prostaglandin, dan rangsangan mekanis. Hal ini mungkin disebabkan karena peningkatan konsentrasi actyn-myocin dan adenosine tripospat (ATP) (Eka Puspita Sari. 2014:7).

#### **4. Teori oksitosin internal**

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut Braxton hicks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat (Sumarah, dkk. 2011:3).

#### **5. Teori keregangan otot rahim**

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Jenny. 2013:3).

#### **6. Teori fetal cortisol**

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan

irritability miometrium meningkat. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Eka Puspita Sari. 2014:8).

#### **7. Teori fetal membran**

Teori fetal membrane phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium (Eka Puspita Sari. 2014:8).

#### **8. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis**

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anensefalus, sehingga terjadi keterlambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Eka Puspita Sari. 2014:9).

#### **9. Teori iritasi mekanik**

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini ditekan dan digeser, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi (Eka Puspita Sari. 2014:9).

#### **10. Teori plasenta sudah tua**

Plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada *villi chorialis* di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim (Eka Puspita Sari. 2014:9).

### 11. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Eka Puspita Sari. 2014:9).

### 12. Induksi partus

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh ganggang laminaria, amniotomi dan oksitosin drips.

### 4. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal) (JNPK-KR. 2012:3). Dengan pendekatan yang seperti ini, berarti bahwa : “Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan”.

Menurut APN (JNPK-KR. 2012:4), tindakan pencegahan komplikasi yang dilakukan selama proses persalinan adalah :

1. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti mencuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi

lingkungan yang bersih bagi proses persalinan dan kelahiran bayi serta proses ulang peralatan bekas pakai.

2. Memberikan asuhan yang diperlukan, memantau kemajuan dan menolong proses persalinan serta kelahiran bayi. Menggunakan partograf untuk membuat keputusan klinik, sebagai upaya pengenalan adanya gangguan proses persalinan atau komplikasi dini agar dapat memberikan tindakan yang paling tepat dan memadai.
3. Memberikan asuhan sayang ibu di setiap tahapan persalinan, kelahiran bayi dan masa nifas, termasuk memberikan penjelasan bagi ibu dan keluarganya tentang proses persalinan dan kelahiran bayi serta menganjurkan suami atau anggota keluarga untuk turut berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
4. Merencanakan persiapan dan melakukan tepat waktu dan optimal bagi di setiap tahapan persalinan dan tahapan kelahiran bayi.
5. Menghindari berbagai tindakan yang tidak perlu atau berbahaya seperti misalnya kateterisasi urin atau episiotomi secara rutin, amniotomi sebelum terjadi pembukaan lengkap, meminta ibu meneran secara terus-menerus, penghisapan lendir secara rutin pada bayi baru lahir.
6. Melaksanakan MAK III untuk mencegah perdarahan pasca persalinan.
7. Membangun naluri alamiah bayi baru lahir, untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini dan efek protektif lainnya (termoregulasi) melalui kontak kulit ke kulit ibu-bayi.

8. Memberikan asuhan segera pada bayi baru lahir termasuk menghangatkan dan mengeringkan tubuh bayi, pemberian ASI sedini mungkin dan eksklusif, mengenali tanda-tanda komplikasi dan mengambil tindakan- tindakan yang sesuai untuk meyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.
9. Memberikan asuhan dan pemantauan pada masa awal nifas, untuk memastikan kesehatan, keamanan dan kenyamanan ibu dan bayi baru lahir, mengenali secara dini gejala dan tanda bahaya atau komplikasi pasca persalinan/bayi baru lahir dan mengambil tindakan yang sesuai dengan kebutuhan.
10. Mengajarkan pada ibu dan keluarganya untuk mengenali gejala dan tanda bahaya pada masa nifas dan bayi baru lahir.
11. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

### **5. Tanda – Tanda Persalinan**

Secara khas persalinan dimulai ketika janin sudah cukup mature untuk dapat mempertahankan kehidupannya di luar uterus sementara ukuran tubuhnya masih cukup kecil agar dapat melintas tanpa kesulitan yang berarti di sepanjang jalan lahir. Kejadian yang dapat memulai persalinan yaitu (Lockhart A, Lyndon S. 2014:11) :

- Peregangan uterus
- Perubahan pada keseimbangan estrogen dan progesterone
- Stimulasi oksitosin
- Tekanan serviks



- Produksi prostaglandin oleh janin
- Penuaan plasenta
- Peningkatan kadar kortisol janin

Tanda dan gejala inpartu (JNPK-KR. 2012:37)

- Penipisan dan pembukaan serviks
- Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- Cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina

Tanda persalinan sudah dekat (Ari Sulistyawati. 2013:6) :

- *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

1. Kontraksi *Braxton hicks*.
2. Ketegangan dinding perut.
3. Ketegangan *ligamentum rotundum*.
4. Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus.

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang.
2. Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
3. Kesulitan saat berjalan.
4. Sering berkemih.

- Terjadinya his permulaan

His permulaan sering disebut sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut :

1. Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
2. Datang tidak teratur.
3. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
4. Durasi pendek.
5. Tidak bertambah bila beraktivitas.

Tanda masuk dalam persalinan (Ari Sulistyawati, 2013:7) :

- Terjadinya his persalinan

Karakteristik dari his persalinan :

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

- Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

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

1. Pendataran dan pembukaan.
2. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.

3. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

- **Pengeluaran cairan**

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau sectio caesaria.

## **6. Tahapan Persalinan**

### **1. Kala I (Kala Pembukaan)**

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan nol sampai pembukaan lengkap 10 cm. pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Eka Puspita Sari. 2014:13-14). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

#### **a. Fase Laten**

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

#### **b. Fase Aktif**

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

2) Fase Dilatasi maksimal, berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase Deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

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

Mekanisme pembukaan serviks pada primigravida *Ostium Uteri Internum* (OUI) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian *Ostium Uteri Eksternum* (OUE) membuka. Pada multigravida *Ostium Uteri Internum* (OUI) sudah sedikit terbuka. Kemudian *Ostium Uteri Internum* (OUI) dan *Ostium Uteri Eksternum* (OUE) serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama (Johariyah. 2012:5).

Dalam beberapa buku, proses membuka serviks disebut dengan berbagai istilah : melembek (*softening*), menipis (*thinned out*), obliterasi atau pendataran (*obliterated*), mendatar dan tertarik keatas (*effaced and taken up*) dan membuka (*dilatation*) (Eka Puspita Sari. 2014:14). Faktor-faktor yang mempengaruhi membuka serviks adalah :

- a. Otot-otot serviks menarik pada pinggir ostium dan membesarkannya.
- b. Waktu kontraksi, segmen bawah rahim dan serviks diregangkan oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks.
- c. Waktu kontraksi, bagian dari selaput yang terdapat di atas kanalis adalah yang disebut ketuban, menonjol dalam kanalis servikalis dan membukanya.

## **Asuhan persalinan kala I**

### **Menyiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi**

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu, rumah kerabat), di tempat bidan, di puskesmas, polindes atau rumah sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai dan upaya pencegahan infeksi dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Di manapun persalinan dan kelahiran bayi terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut ini :**

- Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- Sumber air bersih yang mengalir untuk cuci tangan dan mandi ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- Air desinfeksi tingkat tinggi (air yang dididihkan dan didinginkan) untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum pemeriksaan dalam selama persalinan dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- Air bersih dalam jumlah yang cukup, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan. Pastikan bahwa kamar kecil dan kamar mandi telah didekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%, dibersihkan dengan deterjen dan air sebelum persalinan dimulai (untuk melindungi ibu dan risiko

infeksi), dan setelah bayi lahir (melindungi keluarga terhadap risiko infeksi dan darah dan sekret tubuh ibu).

- Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan. Pastikan bahwa ibu mendapatkan privasi.
- Penerangan yang cukup, baik siang maupun malam.
- Tempat tidur yang bersih untuk ibu. Tutupi kasur dengan plastik atau lembaran yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi selama persalinan atau kelahiran bayi.
- Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir.
- Meja yang bersih atau tempat tertentu untuk menaruh peralatan persalinan.

#### **Menyiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang dibutuhkan**

Daftar perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk asuhan dasar persalinan dan kelahiran bayi. Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan dan dalam keadaan siap pakai untuk setiap persalinan dan kelahiran. Jika tempat persalinan dan kelahiran bayi, jauh dan fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan yang dibutuhkan ke lokasi persalinan. Kegagalan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat asuhan diberikan, akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir yang dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.



**Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi :**

- Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Ganti peralatan yang hilang atau rusak dengan segera.
- Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong ibu bersalin dan melahirkan. Segera ganti obat apapun yang telah digunakan atau hilang.
- Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, set jahit, dan peralatan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam kondisi disinfeksi tingkat tinggi atau steril.

**Menyiapkan rujukan**

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai dapat, membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan dan perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika ibu datang untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi dan ia tidak siap dengan rencana rujukan, lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang keperluan rencana rujukan. Bantu mereka membuat rencana rujukan pada saat awal persalinan.

**Memberikan asuhan sayang ibu**

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan menggugah emosi ibu dan keluarganya, malahan dapat pula menjadi saat yang menyakitkan dan

menakutkan bagi ibu. Untuk meringankan kondisi tersebut, pastikan bahwa setiap ibu akan mendapatkan asuhan sayang ibu selama persalinan dan kelahiran.

**Prinsip-prinsip umum asuhan sayang ibu secara khusus :**

- Sapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak dengan tenang dan berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran bayi.
- Jawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau anggota keluarganya.
- Anjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya.
- Waspada tanda penyulit selama persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan.
- Siap dengan rencana rujukan.

**Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :**

- Memberikan dukungan emosional.
- Membantu pengaturan posisi.
- Memberikan cairan dan nutrisi.
- Keleluasaan untuk ke kamar mandi secara teratur.
- Pencegahan infeksi.

**Dukungan emosional**

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu Selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali langkah-langkah yang mungkin

akan sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk didampingi oleh teman atau saudara yang khusus (Enkiri, et al, 2000).

**Bekerjasama dengan anggota keluarga untuk :**

- Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian kepada ibu.
- Membantu ibu bernapas pada saat kontraksi.
- Memijat punggung, kaki atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya.
- Menyeka muka ibu dengan lembut, menggunakan kain yang dibasahi air hangat atau dingin.
- Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

**Mengatur posisi**

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan pula suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau rnerangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan.

Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Jangan membuat ibu dalam posisi telentang, beritahukan agar ia tidak mengambil posisi tersebut.

**Alasan:** Jika ibu berbaring telentang, berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini menyebabkan turunnya aliran darah dan sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini, akan menyebabkan hipoksia/ kekurangan oksigen pada janin. Posisi telentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan.

### **Pemberian cairan dan nutrisi**

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan, tapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makanan ringan selama persalinan.

**Alasan:** Makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif

### **Kamar mandi**

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Ibu harus berkemih paling sedikit setiap 2 jam, atau lebih sering jika terasa ingin berkemih atau jika kandung kemih dirasakan penuh. Periksa kandung kemih pada saat akan memeriksa denyut jantung janin (lihat/palpasi tepat di atas simfisis pubis untuk mengetahui apakah kandung kemih penuh). Anjurkan dan antarkan ibu untuk berkemih di kamar mandi. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, berikan wadah penampung urin.

**Alasan:** Kandung kemih yang penuh akan :

- Memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan mungkin menyebabkan partus macet.
- Menyebabkan ibu tidak nyaman.

- Meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan yang disebabkan atonia uteri.
- Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu.
- Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pascapersalinan.

**Selama persalinan berlangsung, tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin**

Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan jika kandung kemih penuh dan ibu tidak dapat berkemih sendiri.

**Alasan:** Kateterisasi menimbulkan rasa sakit, meningkatkan risiko infeksi dan perlukan saluran kemih ibu.

Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu merasa ingin buang air besar saat persalinan aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan kepala bayi pada rektum. Jika ibu belum siap melahirkan, perbolehkan ibu untuk ke kamar mandi. Jangan melakukan klisma secara rutin selama persalinan. Klisma tidak akan memperpendek waktu persalinan, menurunkan angka infeksi bayi baru lahir atau infeksi luka pascapersalinan, malahan akan meningkatkan jumlah tinja yang keluar selama kala dua persalinan.

**Pencegahan Infeksi**

Menjaga lingkungan yang bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan kelahiran yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini tergolong dalam unsur esensial asuhan sayang ibu. Kepatuhan dalam menjalankan praktek-praktek pencegahan infeksi yang baik juga akan melindungi penolong persalinan

dan keluarga ibu dan infeksi. Ikuti praktek-praktek pencegahan infeksi yang sudah ditetapkan, ketika mempersiapkan persalinan dan kelahiran. Anjurkan ibu untuk mandi pada awal persalinan dan pastikan bahwa ibu memakai pakaian yang bersih. Mencuci tangan sesering mungkin, menggunakan peralatan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan sarung tangan pada saat diperlukan. Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan/atau bayi baru lahir.

**Alasan:** Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan dalam melaksanakan prosedur pencegahan infeksi yang baik, akan melindungi penolong persalinan terhadap risiko infeksi.

### **Partograf**

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah sebagai berikut (Sarwono. 2010 : 315) :

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian, juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran serta menggunakan informasi yang tercatat, sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat

waktu. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan ibu dan janin telah mendapatkan asuhan persalinan secara aman dan tepat waktu. Selain itu, dapat mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

Partograf harus di gunakan (JNPK-KR. 2012 : 52) :

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
2. Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran).

### **Halaman depan partograf**

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan, dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk (Sarwono. 2010 : 316) :

- Informasi tentang ibu :
  - Nama, Umur



- Gravida, Para, Abortus
- Nomor catatan medik/nomor puskesmas
- Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah : tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- Waktu pecahnya selaput ketuban.
- Kondisi janin :
  - DJJ
  - Warna dan adanya air ketuban
  - Penyusupan (molase) kepala janin
- Kemajuan persalinan :
  - Pembukaan serviks
  - Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
  - Garis waspada dan garis bertindak
- Jam dan waktu :
  - waktu mulainya fase aktif
  - waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- Kontraksi uterus :
  - Frekuensi dan lamanya
- Obat-obatan dan cairan yang diberikan :
  - Oksitosin
  - Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- Kondisi ibu :
  - Nadi, tekanan darah, dan temperature tubuh

- Urin (volume, aseton, atau protein)
- Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia disisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

STIKes SANTA ELISABETH MEDIAN

© 2000 Blackwell Science Ltd

Gambar 2.1 : Halaman Depan partograf

## **Cara Pengisian Halaman Depan Partograf**

### **Informasi Tentang Ibu**

Lengkapi bagian awal atas partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : “jam” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban (Sarwono. 2010 : 317 ).

### **Kesehatan dan Kenyamanan Janin**

Kolom, lajur, dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan DJJ, air ketuban, dan penyusupan tulang kepala janin.

- **Denyut Jantung Janin**

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua isi partograf (Sarwono. 2010 : 317).

- **Warna dan adanya air ketuban**

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

U : ketuban utuh (belum pecah)

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium

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

K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin ( $DJJ < 100$  atau  $> 180$  kali per menit), ibu segera di rujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Akan tetapi, jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ketempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir (Sarwono. 2010 : 319).

- **Molase (penyusupan tulang kepala janin)**

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (*Cephalo Pelvic Disproportion – CPD*). Ketidakmampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda-tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai (Sarwono. 2010 : 319).

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

- 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : tulang-tulang kepala janin hanya saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin hanya tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

### **Kemajuan persalinan**

Kolom dan lajur kedua partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Tiap angka mempunyai lajur dan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Tiap kotak dibagian ini menyatakan waktu 30 menit (Sarwono, 2010 : 319).

- **Pembukaan serviks**

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dibagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif peralihan, catat pada partograf hasil temuan setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama masa fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (Sarwono, 2010 : 319).

- **Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin**

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm. Kata-kata “Turunnya kepala” dan garis tidak terputus dan 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda (o) pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika kepala bisa dipalpasi 4/5, tuliskan tanda (o) di nomor 4. Hubungkan tanda (o) dari setiap pemeriksaan dengan garis terputus (Sarwono. 2010 : 320).

- **Garis waspada dan garis bertindak**

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya : amniotomi, infuse oksitosin atau persiapan-persiapan rujukan (ke rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit kegawatdaruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan (Sarwono. 2010 : 320).



## **Jam Dan Waktu**

- **Waktu mulainya fase aktif persalinan**

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (Sarwono. 2010 : 320).

- **Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan**

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dan kiri) (Sarwono. 2010 : 320-321).

## **Kontraksi uterus**

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai (Sarwono. 2010 : 321).

### **Obat-Obatan Dan Cairan Yang Diberikan**

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

- **Oksitosin**

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

- **Obat-obatan lain dan cairan IV**

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

### **Kesehatan dan kenyamanan ibu**

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

- **Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh**

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai (•).

- Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai
- Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

- **Volume urine, protein atau aseton**

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin (Sarwono. 2010 : 322).

#### **Asuhan, Pengamatan Dan Keputusan Klinik Lainnya**

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup (Sarwono. 2010 : 323) :

- Jumlah cairan per oral yang diberikan
- Keluhan sakit kepala atau pengelihatan (pandangan) kabur
- Konsu dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum)
- Persiapan sebelum melakukan rujukan
- Upaya rujukan

**INGAT :**

1. Fase laten persalinan didefinisikan sebagai pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Biasanya fase laten berlangsung tidak lebih dan 8 jam.
2. Dokumentasikan asuhan, pengamatan dan pemeriksaan selama fase laten persalinan pada catatan kemajuan persalinan yang dibuat secara terpisah atau pada kartu KMS.
3. Fase aktif persalinan didefinisikan sebagai pembukaan serviks dari 4 cm sampai 10 cm biasanya selama fase aktif, terjadi pembukaan serviks sedikitnya 1 cm/jam.
4. Jika ibu datang pada saat fase aktif persalinan, pencatatan kemajuan pembukaan serviks dilakukan pada garis waspada.
5. Pada persalinan tanpa penyulit, catatan pembukaan serviks umumnya tidak akan melewati garis waspada.

**Lembar Belakang Partograf**

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai Catatan Persalinan. Nilai dan catatlah asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang

sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (Sarwono. 2010 : 323).

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

STL

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut (Sarwono. 2010 : 325) :

1. Data dasar
2. Kala I
3. Kala II
4. Kala III
5. Bayi baru lahir
6. Kala IV

**Cara pengisian:**

Berbeda dengan halaman depan yang harus diisi pada akhir setiap pemeriksaan, lembar belakang partograf ini diisi setelah seluruh proses persalinan selesai. Adapun cara pengisian catatan persalinan pada lembar belakang partograf secara lebih terinci disampaikan menurut unsur-unsurnya sebagai berikut (Sarwono, 2010 : 325).

**1). Data dasar**

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai (Sarwono. 2010 : 325).



**2). Kala I**

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut (Sarwono. 2010 : 326).

**3). Kala II**

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

**4). Kala III**

Kala III terdiri dari lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai (Sarwono. 2010 : 327).

**5). Bayi baru lahir**

Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai (Sarwono. 2010 : 328).

**6). Kala IV**

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat risiko atau terjadi

perdarahan pascapersalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan Jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Sarwono. 2010 : 329).

## **2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)**

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada *primigravida* dan 1 jam pada *multigravida*. Pada *primigravida* kala II ini berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada *multigravida* rata-rata 30 menit (Eka Puspita Sari. 2014:15). Tanda dan gejala kala II sebagai berikut :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50 - 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- d. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina.
- e. Perineum menonjol.
- f. Vulva dan sfingterani membuka.
- g. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

## **Asuhan Pesalinan Kala II**

### **Persiapan Penolong Persalinan**

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan DTT/steril dan mengenakan perlengkapan pelindung diri.

### **Sarung Tangan**

Sarung tangan DTT/steril harus selalu dipakai selama melakukan pemeriksaan dalam, membantukelahiran bayi, episiotomy, penjahitan laserasi dan asuhan segera bayibaru lahir. Sarung tangan DTT/steril harus menjadi bagian dari perlengkapan untuk menolong persalinan (*partus set*) dan prosedur penjahitan (*suturing* atau *hecting set*). Sarung tangan harus diganti apabila terkontaminasi, robek atau bocor.

### **Perlengkapan Pelindung Diri**

Pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit. Oleh sebab itu, penolong persalinan harus memakai celemek yang bersih dan penutup kepala atau ikat rambut pada saat menolong persalinan. Juga gunakan masker penutup mulut dan pelindung mata (kacamata) yang bersih dan nyaman. Kenakan semua perlengkapan pelindung pribadi selama membantu kelahiran bayi dan plasenta serta saat melakukan penjahitan laserasi atau luka episiotomi.

### **Persiapan Tempat Persalinan, Peralatan Dan Bahan**

Penolong persalinan harus menilai ruangan dimana proses persalinan akan berlangsung. Ruangan harus memiliki pencahayaan/penerangan yang cukup (baik melalui jendela, lampu di langit-langit kamar ataupun sumber cahaya lainnya). Dimensi ruang untuk 1 ranjang bersalin adalah  $3 \times (2 \times 2 \times 3 \text{ m}^3)$  dimana angka 3 pertama menunjukkan jumlah orang yang ada (1 pasien, 1 penolong dan 1 pendamping) dan angka yang ada di dalam kurung adalah dimensi atau ruang yang diperlukan untuk setiap orang ( $12 \text{ m}^3$ ) yang terbagi dalam ukuran panjang, lebar dan tinggi. Jika di kamar bersalin ditempatkan 2 ranjang bersalin maka dimensi ruangnya adalah 2 kali ukuran tersebut diatas atau  $2 \times 3 \times 12 \text{ m}^3$  atau  $72 \text{ m}^3$  atau 4 meter x 6 meter x 3 meter (panjang x lebar x tinggi).

Ibu dapat menjalani persalinan di tempat tidur dengan kasur yang dilapisi kain penutup yang bersih, kain tebal dan pelapis anti bocor (plastik). Jika tempat bersalin hanya beralaskan kayu atau di atas kasur yang diletakkan di atas lantai maka lapisan paling bawah adalah kain tebal yang diatasnya dilapisi dengan plastik anti bocor. Ruangan harus hangat (tetapi jangan panas) dan terhalang dari tiupan angin secara langsung. Selain itu, harus tersedia meja atau permukaan yang bersih, kering dan mudah dijangkau untuk meletakkan semua peralatan yang diperlukan. Pastikan bahwa semua perlengkapan dan bahan-bahan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir. Meja asuhan atau resusitasi bayi baru lahir harus dalam jangkauan 30 detik atau jarak di bawah 2 meter dari lokasi ranjang bersalin.

Semua perlengkapan dan bahan harus dalam keadaan DTT/steril. Daftar tilik lengkap untuk bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obat esensial yang dibutuhkan untuk persalinan, membantu kelahiran dan asuhan bayi baru lahir.

### **Penyiapan Tempat Dan Lingkungan Untuk Kelahiran Bayi**

Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi itu sendiri. Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal  $25^{\circ}\text{C}$ ), pencahayaannya cukup, dan bebas dari tiupan angin (matikan kipas angin atau pendingin udara bila sedang terpasang). Sediakan penghangat tubuh bayi diatas meja asuhan bayi baru lahir yaitu lampu pijar (bohlam) 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Lebih baik jika tersedia *infant warmer elektrik* yang dapat di atur tingkat kehangatan atau temperature di bawah elemen pemanas. Jika ibu bermukim di daerah pegunungan atau beriklim dingin, sebaiknya di sediakan minimal 2 selimut, kain atau handuk yang kering dan bersih untuk mengeringkan dan menjaga kehangatan tubuh bayi.

### **Persiapan Ibu Dan Keluarga**

#### **Asuhan Sayang Ibu**

- Anjurkan agar ibu selalu di dampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan dari suami, orang tua, dan kerabat yang di sukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan.

Alasan : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan

dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan (Enkin, et al, 2000).

- Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, di antaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan serta semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.
- Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.
- Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan. Lakukan bimbingan dan tawaran bantuan jika di perlukan.
- Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan seponat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan sehingga upaya bernapas akan terhalang. Anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi.

Alasan : Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunya pasokan oksigen melalui plasenta (enkin,et al 2000).

- Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan kala 2.

Alasan : Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi (enkin et al 2000).

- Jika ibu khawatir dalam menghadapi kala II persalinan, berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama proses berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu proses pelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Beri penjelasan tentang cara dan tujuan di setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang di ajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, priksa dalam).

### **Membersihkan Perineum Ibu**

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada persalinan kala dua diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Gunakann gulungan kapas atau kasa bersih yang di basahi dengan air DTT, bersihkan mulai dari bagian atas kearah bawah (dari bagian anterior vulva kearah anus) untuk mencegah kontaminasi tinja. Letakkan kain bersih dibawah bokong saat ibu mulai meneran. Sediakan kain bersih cadangan didekatnya. Jika keluar tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi. Bersihkan tinja tersebut dengan kain alas bokong atau tangan yang sedang menggunakan sarung tangan. Ganti kain alas bokong dan sarung tangan DTT. Jika tidak ada cukup waktu untuk membersihkan tinja karena bayi akan segera lahir maka sisihkan dan tutupi tinja tersebut dengan kain bersih lainnya agar tidak mengkontaminasi bayi.

### **Mengosongkan Kandung Kemih**

Anjurkan ibu dapat berkemih setiap dua jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Jika di perlukan, bantu ibu untuk ke kamar mandi. Jika ibu tak dapat ke kamar mandi, bantu ibu agar dapat duduk dan berkemih di wadah penampung urin.

Alasan : Kandung kemih yang penuh dapat mengacaukan penilaian sensasi nyeri, apakah akibat kandung kemih penuh atau kontraksi. Sebelum ini. Kandung kemih yang penuh dianggap sebagai penghambat penurunan kepala bayi tetapi tidak ada bukti sah yang menyokong pendapat tersebut. Untuk menghindari cedera pada kandung kemih, pastikan kandung kemih telah di kosongkan sebelum melakukan tindakan per vaginam (misalnya, ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, penanganan distosia bahu).

Jangan melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum atau setelah kelahiran bayi dan plasenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan bila terjadi retensi urin dan ibu tidak mampu berkemih sendiri.

Alasan : Selain menyakitkan, kateterisasi akan meningkatkan resiko infeksi, trauma, perlukaan atau morbiditas pada saluran kemih ibu (JNPK-KR. 2012 : 76).

### **Amniotomi**

Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah, telah terjadi pembukaan lengkap, dan ibu meneran spontan. Perhatikan warna air ketuban yang keluar (J, M, D) saat amniotomi. Jika terjadi pewarnaan mekonium pada air



ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi baru lahir karena kondisi tersebut menunjukkan adanya hipoksia intrauterine.

### **Penatalaksanaan Fisiologis kala II**

Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri). Gejala dan tanda kala II juga merukan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai. Setelah pembukaan lengkap, beritahukan pada ibu bahwa akan terjadi dorongan alamiah berupa rasa tegang pada dinding perut yang diikuti rasa nyeri dan ingin meneran (jika kepala bayi menekan pleksus Frankenhauser pada rectum) untuk mengeluarkan bayi dari jalan lahir. Setelah itu, kontraksi mereda dan ibu harus beristirahat hingga timbul kembali gejala alamiah tersebut di atas (ibu harus beristirahata di antara kontraksi).

Ibu dapat memilih posisi yang nyaman, baik berdiri, merangkak, berjongkok atau miring untuk memberi rasa nyaman dan mempersingkat kala II. Beri keleluasaan untuk ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan kelahiran bayi jika ibu memang menginginkannya atau dapat mengurangi rasa tidak nyaman yang dialaminya.

Pada masa sebelum ini, sebagian besar penolong akan segera meminta ibu agar “menarik nafas panjang dan meneran” setelah terjadi pembukaan lengkap. Ibu di pimpin meneran tanpa henti selama 10 detik atau lebih (“meneran dengan tenggorokan terkatup” atau maneuver Valsava) hingga tiga sampai empat kali per kontraksi.

Hal ini ternyata akan mengurangi pasokan oksigen ke bayi yang ditandai dengan menurunnya denyut jantung janin (DJJ) dan nilai APGAR yang lebih dari normal. Cara meneran seperti cara tersebut di atas, bukan merupakan tatalaksana fisiologis kala II. Pada tatalaksana fisiologis kala II, ibu mengendalikan dan mengatur saat meneran dengan fasilitasi cara meneran yang efektif dan benar dari penolong persalinan. Harap di ingat bahwa sebagian besar daya dorong untuk melahirkan bayi, dihasilkan dari kontraksi uterus. Meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi.

### **Membimbing Ibu Untuk Meneran**

Jika kala II telah dipastikan, tunggu sampai ibu merasakan adanya dorongan spontan untuk meneran. Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi.

### **Diagnosis Kala II Dan Memulai Upaya Kala II**

- Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih yang mengalir).
- Pakai satu sarung tangan DTT/steril untuk periksa dalam.
- Beritahu ibu saat prosedur dan tujuan periksa dalam.
- Lakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap (10 cm), lalu lepaskan sarung tangan sesuai prosedur PI.
- Jika pembukaan belum lengkap, tenteramkan ibu dan bantu ibu mencari posisi nyaman (bila ingin berbaring) atau berjalan-jalandi sekitar ruang bersalin. Ajarkan cara bernapas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayinya (lihat pedoman fase aktif persalinan) dan catat semua temuan pada partograf.

- Jika ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, beritahukan belum saatnya untuk meneran, beri nasehat untuk tidak meneran dan ajarkan cara bernapas cepat selama kontraksi berlangsung. Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman dan beritahukan untuk menahan diri untuk meneran hingga penolong memberitahukan saat yang tepat untuk itu.
- Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran, bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman, bimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi. Catat hasil pemantauan pada partograf. Beri cukup minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Pastikan ibu dapat beristirahat di antarakontraksi.
- Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan). Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernapas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi dan catat semua temuan pada partograf. Berikan cukup cairan dan anjurkan/perbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan. Pantau DJJ setiap 15 menit. stimulasi puting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi.
- Jika ibu masih merasa ada dorongan untuk meneran setelah 60 menit (nullipara) atau 30 menit (multipara) sejak pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran di setiap puncak kontraksi. Anjurkan ibu mengubah posisinya

secara teratur, tawarkan untuk minum, dan pantau DJJ setiap 5-10 menit.

lakukan stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi.

- Jika bayi tidak lahir setelah 60 menit (nulipara) atau 30 menit (multipara) meneran dan kontraksi adekuat atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena tidak turunnya kepala bayi mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala panggul (CPD).

### **Posisi Ibu Saat Meneran**

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.



Gambar 2.3 : Posisi Duduk atau Setengah Duduk

Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.



Gambar 2.4 : Posisi Jongkok atau Berdiri

Jongkok atau berdiri membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri.



Gambar 2.5 : Posisi Merangkak atau Berbaring Miring ke Kiri

Beberapa ibu merasa bahwa merangkak atau berbaring miring ke kiri membuat mereka lebih nyaman dan efektif untuk meneran. Kedua posisi tersebut juga akan membantu perbaikan posisi oksipu yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior.

Posisi merangkak seringkali membantu ibu mengurangi nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

### **Cara Meneran**

- Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi.
- Beritahukan untuk tidak menahan nafas saat meneran.
- Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi.
- Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut di tarik ke arah dada dan dagu di tempelkan ke dada.
- Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.
- Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan pada fundus meningkatkan risiko distosia bahu dan rupture uteri. Peringatkan anggota keluarga ibu untuk tidak mendorong fundus bila mereka mencoba melakukannya.

Catatan : Jika ibu adalah primigravida dan bayinya belum lahir atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah 2 jam meneran maka ia harus segera di rujuk ke fasilitas rujukan. Lakukan hal yang sama apabila seorang multigravida belum juga melahirkan bayinya atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah satu jam meneran.

### **Menolong Kelahiran Bayi**

#### **Posisi Ibu Saat Melahirkan**

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang (*supine position*).

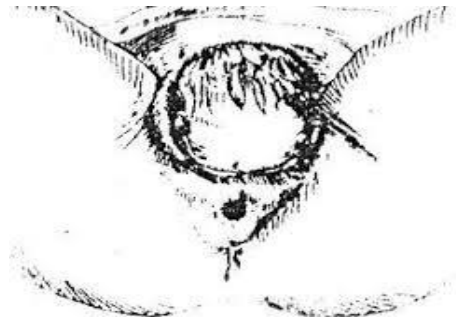
Alasan : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena kava inferior ibu. Hal ini akan

mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero-plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Enkin, et al, 2000).

Apapun posisi yang di pilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih dibawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan-bahan yang di perlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih diatas perut ibu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir.

### **Pencegahan Laserasi**

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan perasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm membuka vulva (*Crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum mengurangi kemungkinan terjadinya robekan, bimbing ibu untuk meneran dan beristirahat atau bernapas dengan cepat pada waktunya.



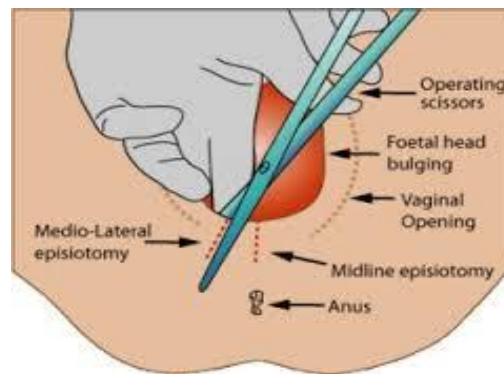
Gambar 2.6 : Kepala Membuka Vulva  $\approx$  5-6 cm (*crowning of the head*)

Episiotomi hanya dilakukan jika ada indikasi dan tidak dilakukan secara rutin. Beberapa indikasi episiotomi diantaranya adalah perineum yang rigid, makrosomia, atau tindakan medik operatif pervaginam (ekstraksi forceps, distosia bahu, dsb). Episiotomi dapat mengarahkan alur luka, mencegah robekan perineum yang berlebihan, irisan yang rata akan memudahkan proses penjahitan (reparasi), mengurangi tekanan pada kepala dan infeksi. Episiotomi yang dilakukan secara rutin, dapat merugikan dan meningkatkan morbiditas yang tidak perlu dan menambah biaya persalinan. Para penolong persalinan harus cermat membaca kata rutin pada episiotomi karena hal itulah yang tidak di anjurkan, bukan episiotominya.

**Episiotomi Rutin Tidak Dianjurka Karena Dapat Menyebabkan :**

- Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma.
- Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomy rutin di bandingkan dengan tanpa episiotomi.
- Meningkatnya nyeri pasca persalinan didaerah perineum.
- Meningkatnya resiko infeksi (terutama jika prosedur pencegahan infeksi diabaikan).





Gambar 2.7 : Episiotomi Mediolateralis

Indikasi untuk melakukan episiotomy untuk mempercepat kelahiran bayi jika :

- Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan pervaginam
- Penyulit kelahiran pervaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam (forsep) atau ekstraksi vakum).
- Jaringan parut pada perineum atau vulva yang memperlambat kemajuan persalinan.

### Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm (*crowning*), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain/handuk bersih pada perut bawah ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (di selubungi kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum, 4 jari tangan pada sisi yang lain, dan tangan lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati vulva dan perineum.

Alasan : Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.



Gambar 2.8 : Menahan belakang kepala dan perineum

Jika bayi menangis dan bernapas spontan, tidak perlu dilakukan pengisapan mukus. Jika diperlukan (bayi asfiksia), pertama kali kita lakukan pengisapan mucus darimulut, baru kemudian lakukan pengisapan mucus pada hidung. Menghisap mucus pada hidung terlebih dahulu, dapat menyebabkan bayi menarik nafas dan terjadi aspirasi mekonium atau cairan yang berada di muara saluran napas. Jangan masukkan kateter atau bola karet penghisap terlalu dalam ke dalam mulut atau hidung bayi. Hisap mukus/lendir pada bayi secara lembut, hindari pengisapan yang terlalu dalam dan agresif.

#### **Periksa Tali Pusat Pada Leher**

Setelah kepala lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah terlihat oleh tali pusat. Jika ada dan lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat erat maka klem jepit tali pusat pada 2 tempat dimana

jarak antara masing-masing klem adalah 3 cm, kemudian potong tali pusat di antara 2 klem tersebut.

Seperti yang di uraikan diatas, jangan melakukan pengisapan lender secara rutin pada mulut dan hidung bayi. Sebagian besar bayi sehat dapat menghilangkan lendir tersebut secara alamiah melalui mekanisme bersin dan menangis saat lahir. Pengisapan lendir yang terlalu dalam dapat menyebabkan ujung kanul pengisap menyentuh daerah orofaring yang memiliki banyak anyaman syaraf parasimpatis sehingga dapat menimbulkan reaksi vaso-vagal. Reaksi ini menyebabkan perlambatan denyut jantung (*bradikardia*) dan/atau henti napas (*apnea*) yang sangat membahayakan keselamatan jiwa bayi (Enkin, et al, 2000).

### **Melahirkan Bahu**

- Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut dan terjadinya putaran paksi luar secara spontan.
- Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil penolong menekan kepala kearah bawah dan lateral tubuh bayin hingga bahu depan melewati simfisis.
- Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat di lahirkan.

Catatan : sulit untuk memeperkirakan kapan distosia bahu kapan terjadi. Sebaiknya selalu antisipasi kemungkinan terjadinya distosia bahu pada setiap kelahiran bayi, terutama pada bayi-bayi besar dan penurunan kepal lebih lambat dari biasanya. Jika terjadi distosia bahu maka tatalaksana sebaik mungkin.

### **Melahirkan Seluruh Tubuh**

- Saat bahu posterior lahir, geser tangan ke bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan lengan bawah posterior saat melewati perineum.
- Tangan bawah (posterior) menopang bagian samping (posterior) tubuh bayi saat di lahirkan.
- Secara simultan, tangan atas (anterior) menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bawah anterior.
- Lanjutkan penelusuran dan pegang bagian punggung, bokong dan kaki.
- Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas di antara kedua kaki bayi yang kemudian di pegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
- Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
- Segera keringkan dan lakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

### **Pemantauan Selama Kala II**

Pantau, periksa dan catat :

- Nadi ibu setiap 30 menit
- Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit

- Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat.
- Warna cairan ketuban jika selaputnya pecah (jernih atau bercampur mekonium atau darah).
- Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka.
- Putaran paksiluar segera setelah kepala bayi lahir.
- Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayipertama lahir.
- Catatkan semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan.

### **3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)**

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

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

Cara melahirkan plasenta adalah dengan menggunakan teknik dorsokranial.

Pengeluaran selaput ketuban :

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

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

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

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

#### 1. Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta ;

- **Schultze**

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

- **Duncan**

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

## 2. Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

- **Kustner**

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

- **Klein**

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

- **Strassman**

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

## Fisiologi Kala III Persalinan

Pada kala III persalinan, ototuterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. penyusutan ukuran ini

menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas (dengan gaya gravitasi) plasenta akan turun ke bawah uterus atau ke dalam vagina.

### **Manajemen Aktif Kala III**

Tujuan Manajemen Aktif Kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala III.

Keuntungan-keuntungan Manajemen Aktif kala III:

- a) Persalinan kala III yang lebih singkat
- b) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- c) Mengurangi kejadian Retensio Plasenta

Manajemen aktif kala III terdiri dari 3 langkah utama :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c) Masase Fundus Uteri



### Pemberian Suntikan Oksitosin

1. Letakkan bayi baru lahir di atas kain bersih yang telah disiapkan di perut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut.

2. Pastikan tidak ada bayi lain (*Undiagnosed twin*) di dalam uterus.

Alasan : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi. Hati-hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta.

3. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik.

4. Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 Unit IM pada 1/3 paha bagian luar atas (aspektus lateralis).

Alasan : oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke dalam pembuluh darah.

**Catatan :** jika tidak tersedia oksitosin, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu untuk menyusukan dengan segera. Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah. Secara teknis, dapat diberika Misoprostol 600 mcg yang di berikan per oral/sublingual jikatidak tersedia oksitosin.

5. Letakkan kembali alat suntik pada tempatnya,ganti kain alas dan penutup tubuh bayi dengan kain bersih dan kain kering yang baru kemudian lakukan

penjepitan (2-3menit setelah bayi lahir) dan pemotongan tali pusat sehingga dari langkah 4 dan 5 ini akan tersedia cukup waktu bagi bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dari ibunya.

6. Serahkan bayi yang terbungkus kain pada ibu untuk inisiasi menyusui dini dan kontak kulit-kulit dengan ibu dan tutupi ibu-bayi dengan kain.
7. Tutup kembali perut bawah iu dengan kain bersih.

Alasan : kain akan mencegah kontaminasi tangan penolong persalinan yang sudah memakai sarung tangan dan mencegah kontaminasi oleh darah pada perut ibu.

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

1. Berdiri di samping ibu.
2. Pindahkan klem (penjepit tali pusat) ke sekitar 5-10 cm dari vulva.

Alasan : memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.

3. Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
4. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali ( sekitar 2 atau 3 menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.

5. Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
6. Tetapi jika langkah 5 diatas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan teruskan penegangan tali pusat.
  - Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perinium pada saat tali pusat memanjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta.
  - Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso-kranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus.
  - Jika 15menit melakukan PTT dan dorongan dorokranial, plasenta juga lahir maka ulangi pemberian oksitosin 10 I.U. IM, tunggu kontraksi yang kuat kemudian ulangi PTT dan dorongan dorokranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
  - Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus, bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat menjulur keluar maka anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Bantu kelahiran

plasenta dengan cara menegangkan dan mengarahkan tali pusat dengan sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir).

Alasan : segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

**Catatan :** jangan melakukan penegangan tali pusat tanpa diikuti dengan tekanan dorso cranial secara serentak pada bagian bawah uterus (diatas simfisis pubis).

7. Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

8. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

Alasan: melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir.

9. Jika selaput ketuban robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks dengan seksama.

Gunakan jari-jari tangan anda atau klem atau cunam ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput ketuban yang tersebut.

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

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uterus:

- a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
- b) Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan serta rileks.
- c) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.
- d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
- e) Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum bisa berkontraksi dengan baik, ulangi masase fundus uteri. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
- f) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua pascapersalinan.

### **4. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)**

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.

Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan

biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat : Jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut (Jenny J.S. Sondakh. 2013:9) :

1. Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.
2. Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.
3. Kandung kemih : harus kosong, jika penuh, ibu anjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateterisasi.
4. Luka-luka : jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
7. Bayi dalam keadaan baik.

#### **Pecegahan Infeksi Kala IV**

Setelah persalinan, dekontaminasi alat plastik, tempat tidur dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian cuci dengan deterjen dan bilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, keringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di

atas matras yang basah. Dekontaminasi linen yang di gunakan selama persalinan dengan larutan klorin 0,5% dan kemudian cuci segera dengan air dan deterjen.

## **7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

### **1. Faktor Passenger**

#### **a. Janin**

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

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

#### **b. Plasenta**

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

#### **c. Air Ketuban**

*Liquor amnii* yang sering juga disebut sebagai air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan korion).

## **2. Faktor Passage**

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

### **a. Jalan lahir lunak**

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

### **b. Jalan lahir keras**

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

## **3. Faktor Power**

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

## **4. Faktor Psikologis**

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

## **5. Faktor Penolong**

Faktor penolong ini memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin karena memengaruhi kelangsungan hidup ibu dan bayi. Adanya dukungan dari penolong akan mengurangi lamanya proses kelahiran, kecenderungan obat-obatan penghilang rasa nyeri akan berkurang, dan



menurunkan kejadian kelahiran operatif per vagina, walaupun tanpa menghiraukan apakah penolong tersebut merupakan pilihan ibu atau bukan.

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

##### **Melihat tanda dan gejalakala II**

##### **1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua**

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

##### **Menyiapkan pertolongan persalinan**

##### **2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan.**

Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

##### **3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.**

##### **4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.**

##### **5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.**

##### **6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus**

set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

### **Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik**

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).

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

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan

keinginannya.

- Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

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

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

untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

### **Persiapan pertolongan kelahiran bayi**

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

### **Menolong kelahiran bayi**

#### **Lahirnya kepala**

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

- Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

### **Lahir Bahu**

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

### **Penanganan bayi baru lahir**

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya

(bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

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

#### **oksitosin**

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

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

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
  - Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

#### **Mengeluarkan plasenta**

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
  - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
  - Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
    - Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.

- Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kantung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

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

#### **Pemijatan uterus**

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

#### **Menilai perdarahan**

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

#### **Melakukan prosedur pascapersalinan**

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.



43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
  - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
  - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
  - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
  - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
  - Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selamam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
  - Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
  - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

#### **Kebersihan dan keamanan**

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

58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### **Dokumentasi**

60. Melengkapi partograf.

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

#### **1. Kala I**

##### **Terdapat Tanda Partus Lama**

Tanda – tanda dari partus lama antara lain :

##### **a. Fase Laten Memanjang**

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

##### **b. Fase Aktif Memanjang**

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

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

- 6) Kombinasi penyebab atau penyebab yang tidak diketahui

Akibat Dari Persalinan Yang Lama

- 1) Terhadap Janin

Akibat untuk janin meliputi :

Trauma, asidosis, hipoksia, infeksi, peningkatan mortalitas serta morbiditas perinatal.

- 2) Terhadap Ibu

Akibat untuk ibu adalah :

Penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi, resiko ruptur uterus, perlunya intervensi bedah meningkatkan mortalitas dan morbiditas.

## **2. Malposisi / Malpresentasi**

Malposisi adalah merupakan posisi abnormal dari verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin, selain presentasi verteks. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll) atau presentasi ganda (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala).

Masalah : Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama atau partus macet.

## **3. Ketuban pecah Dini**

Ketuban pecah dini pada prinsipnya adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya. Ada teori yang menghitung berapa jam sebelum inpartu, misalnya 2 atau 4 atau 6 jam sebelum inpartu. Ada juga yang menyatakan dalam ukuran

pembukaan serviks pada kala I, misalnya ketuban yang pecah sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, dan sebagainya. Patofisiologi Ketuban Pecah

Dini : Efek kromosom, kelainan kolagen, serta infeksi.

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

Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida khususnya primigravida tua. Pada multipara lebih banyak ditemukan yang bersifat inersia uteri. Faktor herediter mungkin memegang peranan yang sangat penting dalam kelainan his. Satu sebab yang penting dalam kelainan his, khususnya inersia uteri adalah bagian bawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah uterus seperti misalnya pada kelainan letak janin atau pada kelainan CPD.

#### **5. Syok**

#### **6. Partus Presipitatus**

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan Solusio plasenta (20%) Aspirasi mekonium, Perdarahan post partum, Pengguna cocain, Apgar score rendah. Komplikasi maternal Jarang terjadi bila dilatasi servik dapat berlangsung secara normal. Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat HPP. Terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intrakranial akibat tahanan jalan lahir.

## **2. Kala II**

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

## **3. Kala III**

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

## **4. Kala IV**

1. Atonia Uteri

Atonia Uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Penyebab terjadinya atonia uteri, yaitu: (Sarwono. 2010 : 524)

- Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, atau anak terlalu besar.
- Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep

- Kehamilan grande multipara
- Ibu dengan keadaan umum jelek, anemis atau menderita penyakit menahun
- Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim
- Infeksi intra uterin
- Ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya

## **B. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan**

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut

### **1. Langkah I (Pertama) : Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau

pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

## **2. Langkah II (Kedua) : Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

## **3. Langkah III (Ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.



#### 4. Langkah IV (Keempat) : Tindakan Segera/Kolaborasi/Rujukan

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus

mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

### **5. Langkah V (Kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up

to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

#### **6. Langkah VI (Keenam) : Melaksanakan Perencanaan**

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

#### **7. Langkah VII (Ketujuh) : Evaluasi**

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar

dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

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

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

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

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

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

### **D. Landasan Hukum**

#### **1. Permenkes No.1464/Menkes/Per/X/2010**

Sesuai dengan Permenkes No.1464/Menkes/Per/X/2010 yang menjadi landasan hukum pada asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.M adalah :

##### **1. BAB III pasal 9 huruf a**

Bidan dalam manajemen praktik berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu.

**2. BAB III pasal 10 ayat 1**

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

**3. BAB III pasal 10 ayat 2 huruf c**

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

**4. BAB III Pasal 10 ayat 3**

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

Huruf a : Episiotomi

Huruf b : Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II

Huruf c : Penanganan kegawatadaruratan dilanjutkan rujukan

Huruf g : Pemberian Uterotonika pada MAK III dan Post Partum

Huruf k : pemberian surat keterangan cuti bersalin

### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

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

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan menggunakan metode studi kasus yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada ibu bersalin Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan dilatasi maksimal di Klinik Bertha Mabar Hilir Februari Tahun 2017.

##### **B. Tempat Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Bertha, jalan pancing pasar IV, Mabar Hilir.

##### **C. Waktu Studi Kasus**

Waktu pengambilan kasus ini dilakukan pada tanggal 24 Februari Tahun 2017.

##### **D. Subjek Studi Kasus**

Dari 15 ibu bersalin penulis mengambil Subjek Studi Kasus pada ibu bersalin Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan dilatasi maksimal di Klinik Bertha Mabar Hilir Februari Tahun 2017.

##### **E. Teknik dan Pengumpulan Data**

###### **1. Metode**

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Helen Varney.

## **2. Jenis Data**

Penulisan asuhan kebidanan sesuai survei studi kasus pada ibu bersalin Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan dilatasi maksimal di Klinik Bertha Mabar Hilir Februari Tahun 2017, yaitu :

### **a. Data Primer**

#### **1. Observasi**

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, keadaan umum, kesadaran, TTV, pengukuran TB dan BB, LILA, pemeriksaan fisik, inspeksi, palpasi, auskultasi, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus ini dilakukan untuk mengetahui keadaan umum ibu.

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

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 warna, bentuk, simetris, dan menghitung pernafasan ibu. Inspeksi pada pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki, pada pemeriksaan tidak ada masalah.

**b) Palpasi**

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara perabaan yaitu pada saat melakukan Leopold abdomen yang bertujuan untuk menentukan TFU, apa yang terdapat di bagian fundus, apa yang terdapat pada bagian sisi kanan dan sisi kiri perut ibu, untuk menentukan apa yang terdapat pada bagian terbawah janin serta apakah sudah masuk PAP.

**c) Auskultasi**

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan leanec ataupun dopler. Pada kasus ibu bersalin leanec atau dopler digunakan untuk mendengar DJJ bayi.

**d) Pemeriksaan Dalam**

Dinding vagina, Portio, Pembukaan serviks, Konsistensi, Ketuban, Presentasi fetus, Posisi, Penurunan bagian terendah.

**e) Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan****f) Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis pada Ny.M adalah tentang keadaan selama bersalin.

**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 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 2008– 2017.

### **2. 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. Buku tulis
2. Bolpoin + Penggaris

#### **2) Observasi**

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

SAFT 1 :

1. Partus set didalam wadah steril tertutup
  - a) Gunting tali pusat 1 buah
  - b) Artery clem 2 buah
  - c) Benang tali pusat/umbilical cord 2 buah
  - d) Handscoen DTT /Steril 2 pasang
  - e) ½ koher 1 buah

f) Gunting episiotomi 1 buah

g) Kassa steril atau kain kecil

2. Stetoskop monoral

3. Tensimeter

4. Stetoskop bimonoral

5. Obat oksitosin : lidocain

6. S spuit 3cc 1 buah, 5 cc 1 buah

7. Nierbeken

8. Kom bertutup berisi air DTT

9. Kom bertutup berisi kaps steril dan kering

10. Korentang

11. Tempat benda tajam ( ampul ) dan tempat spuit bekas

SAFT 2:

1. Bak instrumen steril ( hecting set )

a) Nald hecting 1 buah

b) Nald folder 1 buah

c) Pinset anatomis 1 buah

d) Pinset sirurgis 1 buah

e) Gunitng benang 1 buah

f) Handscoen steril /DTT 1 pasang

g) Kain kassa secukupnya

h) Benang hecting catgut

## 2. Bak instrument steril ( emergency set )

Kateter de lee/slim seher 1 buah

Kateter metal 1 buah

Gunting episiotomy 1 buah

Hanscoen panjang 1 buah

## 3. Alat Nonsteril

Piring plasenta

Betadine

Cairan infus dan set infus

## SAFT 3

1. Waskom berisi air DTT 1 buah

2. Waskom berisi air klorin 1 buah

3. Brush

4. Sarung tangan rumah tangga untuk pencegahan infeksi

5. Alat resusitasi :

1. Selang

2. Tabung O2

3. 2 buah kain sarung untuk alas dan penyangga bahu

4. 1 buah handuk bayi

5. Lampu sorot bayi

6. Perlengkapan ibu dan bayi :

7. Washlap 2 buah

8. Celemek, tutup kepala, masker dan kaca mata

9. 2 buah kain lap pribadi
  10. Pakaian bayi, topi dan kain bedong
  11. Doek ibu
  12. Kain sarung ibu 2 buah
  13. Underpad
  14. Handuk ibu dan bayi
  15. Sepatu karet
- 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

#### MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny.M USIA 21 TAHUN GIP0A0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 1 HARI DENGAN FASE AKTIF DILATASI MAKSIMAL DI KLINIK BERTHA TAHUN 2017

Tanggal masuk	: 24-02-2017	Tgl Pengkajian	: 24-02-2017
Jam masuk	: 08.00 WIB	Jam Pengkajian	: 08.00 WIB
Tempat	: Klinik Bertha	Pengkajian	: Yosephin

#### A. TINJAUAN KASUS

##### I. PENGUMPULAN DATA

##### A. BIODATA

Nama	: Ny.M	Nama	: Tn.I
Umur	: 21 tahun	Umur	: 22 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku /bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Petua Adat Pasar IV Ujung	Alamat	: Jl. Petua Adat Pasar IV Ujung

## B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

### 1. Alasan utama masuk kamar bersalin :

Ibu mengatakan nyeri pinggang yang menjalar sampai keperut bagian bawah, sejak tadi malam dan keluar lendir bercampur darah.

### 2. Riwayat menstruasi :

Menarche : 14 tahun  
 Siklus : 28 hari  
 Lama : 3-5 hari  
 Banyak : 3 kali ganti doek  
 Dismenorea/tidak : Tidak ada

### 3. Tanda- tanda persalinan :

Kontraksi sejak tanggal : 24-02-2017 Pukul : 01.00 wib  
 Frekuensi : 3-4 kali/10 menit  
 Lamanya : 30-40 detik kekuatannya : Kuat  
 Lokasi ketidaknyamanan : Pinggang ke perut bagian bawah

### 4. Pengeluaran pervaginam

Lendir : Ada Jumlah : 30 cc Warna : Kemerahan  
 Air ketuban : Tidak ada Jumlah: - Warna: -  
 Darah : Tidak ada Jumlah: - Warna: -

### 5. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak Ke	Tgl Lahir/ Umur	U K	Persalinan			Komplikasi		Bayi		Nifas	
			Jenis	Tempat	Penolong	Ibu	Bayi	PB/BB /JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1.		H	A	M	I	L		I	N	I	

## 6. Riwayat kehamilan sekarang

**GI P0 A0**

HPHT : 20-05-2016

TTP : 27-02-2017

Usia Kehamilan : 39 minggu 1 hari

Gerakan janin pertama kali bulan : September 2016

Imunisasi TT : Ada 2 kali

TT1 : 18 Oktober 2016, TT2 : 21 November  
2016

Kecemasan : Tidak ada

Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

Tanda-tanda persalinan : Ada

## 7. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

## 8. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada  
 Asma : Tidak ada  
 Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

9. Riwayat KB : Tidak ada

#### 10. Riwayat social ekonomi dan psikologi

Status perkawinan : Sah Kawin : 1 kali  
 Lama nikah : 1 tahun, menikah pertama pada umur 20 tahun  
 Kehamilan ini direncanakan/~~tidak direncanakan~~  
 Perasaan ibu dan dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Senang  
 Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Musyawarah  
 Tempat rujukan bila ada komplikasi : Rumah Sakit

#### 11. Activity Daily Living

##### a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari, makan terakhir jam : 07.00 wib  
 Jenis : Nasi+ikan+sayur  
 Porsi : ½ piring  
 Minum : 8-9 gelas/hari, jenis : air putih  
 Keluhan/pantangan : Tidak ada

##### b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam /hari  
 Tidur malam : 5-6 jam /hari  
 Tidur terakhir jam : 05.00 wib  
 Keluhan : Nyeri pinggang



## c. Pola eliminasi

BAK : >10 kali/hari Konsistensi : Cair Warna : Kuning jernih

BAB : 1 kali/hari Konsistensi : Lembek Warna : Kuning

Keluhan : Tidak ada

## d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

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

## e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

Keluhan : Tidak ada

## f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

**C. DATA OBJEKTIF****1. Pemeriksaan umum**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda –tanda vital :

TD : 110/70 mmHg HR : 84 kali/menit

T : 37 °C RR : 22 kali/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan selama hamil : 64 kg, BB sebelum hamil 50 kg

Tinggi Badan : 155 cm

LILA : 28 cm

## 2. Pemeriksaan fisik

### Inspeksi

**a. Postur tubuh** : Lordosis

### b. Kepala

Muka : Simetris, Cloasma : Tidak ada, Oedema: Tidak ada

Mata : Simetris, Conjunctiva : Merah muda, Sklera : Tidak  
ikterik

Hidung : Simetris Polip : Tidak meradang

Gigi dan mulut/bibir : Bersih, merah muda, tidak pecah-pecah

**c. Leher** : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

### d. Payudara

Bentuk : Simetris

Keadaan puting susu : Menonjol

Aerola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Ada

Benjolan : Tidak ada

### e. Ekstremitas

Tangan dan kaki

Simetris/tidak : Simetris

Oedema pada tungkai bawah : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Pergerakan : Aktif

#### f. Abdomen

**Inspeksi** : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, linea nigra ada, striae ada, tidak ada luka bekas operasi.

#### Palpasi

TFU : 34 cm

Leopold I : Pada bagian fundus ibu teraba bagian yang lembek, melebar dan tidak melenting (bokong janin).

Leopold II : Pada bagian sisi kanan perut ibu teraba bagian keras, memapan, memanjang (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Pada bagian terbawah sudah masuk PAP (Divergen)

Kontraksi : 3-4 kali/10menit, Lama 30-40 detik, Kuat, Teratur

TBBJ :  $(TFU-11) \times 155 = (34-11) \times 155 = 3565$  gram

#### Auskultasi

DJJ : Ada, teratur

Frekuensi : 150 kali/menit, teratur

Punctum maksimum : +

**g. Pemeriksaan Panggul :** Tidak dilakukan

**h. Pemeriksaan Genitalia**

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolin : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Ada, lendir darah

Bekas luka/jahitan perineum : Tidak ada

Anus : Tidak ada haemoroid

**i. Pemeriksaan dalam**

Atas indikasi : inpartu pukul : 08.05 wib Oleh : bidan

Dinding vagina : Lembab

Portio : Menipis

Pembukaan serviks : 5 cm

Konsistensi : Lunak

Ketuban : Utuh

Presentasi fetus : LBK

Posisi : UUK

Penurunan bagian terendah : Hodge III

**D. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Tidak dilakukan

**II. INTERPRETASI DATA DASAR**

Diagnosa : Ny.M usia 21 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kanan,

persentasi kepala, letak membujur, keadaan ibu dan janin baik, dengan kala 1 fase aktif dilatasi maksimal.

#### Data Dasar

Ds : Ibu mengatakan nyeri pinggang yang menjalar keperut  
Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan

Do :

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda –tanda vital :

TD : 110/70 mmHg HR : 84 kali/menit

T : 37 °C RR : 22 kali/menit

#### Palpasi

TFU : 34 cm

Leopold I : Pada bagian fundus ibu teraba bagian yang lembek, melebar dan tidak melenting (bokong janin).

Leopold II : Pada bagian sisi kanan perut ibu teraba bagian keras, memapan, memanjang (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas).

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

Leopold IV : Pada bagian terbawah sudah masuk PAP (Divergen)

Kontraksi : 3-4x 10/menit, Lama 30-40 detik, Kuat, Teratur

TBBJ :  $(TFU-11) \times 155 = (34-11) \times 155 = 3565$  gram

**Auskultasi**

DJJ : Ada, teratur  
 Frekuensi : 150 kali/menit, teratur  
 Punctum maksimum : +

**Pemeriksaan Dalam**

Dinding vagina : Lembab  
 Portio : Menipis  
 Pembukaan serviks : 5 cm  
 Konsistensi : Lunak  
 Ketuban : Utuh  
 Presentasi fetus : LBK  
 Posisi : UUK

Penurunan bagian terendah : Hodge III

Masalah : Nyeri didaerah pinggang ke perut.

Kebutuhan : Masase/pijat pinggang

Beri dukungan emosional

Penuhi cairan dan nutrisi

**III. DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL**

Kala I memanjang

**IV. TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUKAN**

Tidak ada

## V. INTERVENSI

Tanggal : 24-02-2017

pukul : 08.05 wib

NO	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi janin saat ini dalam keadaan normal dan sehat.	Memberitahu mengenai hasil tindakan dan pemeriksaan merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.
2	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini khususnya nyeri pada bagian punggung sampai keperut.	Memberi informasi yang tepat pada ibu akan membantu ibu untuk mengurangi rasa cemas dan khawatir. Ibu/keluarga perlu mengetahui tentang proses persalinan yang akan dihadapi ibu.
3	Atur posisi pasien untuk mengurangi rasa nyeri seperti posisi rileks.	Posisi yang rileks pada ibu akan membantu mengurangi rasa nyeri, biasanya ibu lebih disarankan untuk miring ke arah kiri, jongkok, duduk atau bahkan berdiri untuk membebaskan aliran darah dan oksigen pada janin melalui pembuluh vena.
4	Hadirkan suami atau orang terdekat dalam pendampingan persalinan.	Menghadirkan suami/orang terdekat dalam pendampingan persalinan memberi rasa nyaman dan perasaan terlindungi/termotivasi oleh dukungan suami maupun orang terdekat
5	Ajari pasien untuk rileks dengan menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut.	Latihan rileksasi dengan pernafasan melalui hidung membantu untuk membebaskan aliran oksigen kearah janin dan melancarkan sirkulasi darah.
6	Pantau keadaan ibu dan janin setiap 30 menit.	memantau keadaan ibu dan janin setiap 30 menit untuk menilai DJJ dan nadi ibu dalam keadaan normal.

NO	Intervensi	Rasionalisasi
7	Beri pasien cairan dan nutrisi yang adekuat.	Asupan cairan akan menambah energi ibu dan terhindar dari dehidrasi yang keluar melalui keringat atau urine. Asupan makanan akan membantu penyimpanan energi cadangan saat proses persalinan nanti.
8	Beri pasien masase dan sentuhan	Masase pada daerah punggung dan pinggang hingga abdomen dengan masase perlahan akan mengurangi rasa nyeri.
9	Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kemih atau anjurkan untuk berkemih ke kamar mandi atau siapkan pispot didekat ibu.	Kandung kemih yang penuh akan mempengaruhi kontraksi dan turunnya kepala janin sehingga mempengaruhi proses persalinan.
10	Jaga kebersihan pasien (personal hygiene).	Personal hygiene untuk mencegah terjadinya infeksi dan penularan kuman patogen melalui tindakan medis contohnya VT, hindari pemakaian alat medis nonsteril.
11	Siapkan alat partus, set hecing, pakaian pasien dan pakaian bayi.	Set partus disusun secara ergonomis mempermudah untuk melakukan tindakan dan mempercepat proses pertolongan persalinan. Pakaian pasien dan pakaian bayi disiapkan 1 set untuk memberi rasa nyaman dan diganti jika terasa kotor atau basah.
12	Ajari ibu cara mengejan yang baik.	Mengejan yang baik dengan cara menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut, menarik nafas panjang saat kontraksi mulai dan mengejan saat puncak kontraksi.
13	Ukur suhu ibu setiap 2 jam	mengukur suhu ibu setiap 2 jam untuk mengetahui suhu tubuh ibu masih dalam keadaan normal dan tidak adanya tanda-tanda infeksi.



NO	Intervensi	Rasionalisasi
14	Melakukan VT setiap 4 jam	Melakukan VT setiap 4 jam untuk mengetahui kemajuan persalinan.
15	Observasi keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf dan buat dalam dokumentasi.	Partograf dibuat untuk mengkaji dan mendeteksi kemungkinan adanya komplikasi atau tanda bahaya selama proses persalinan sehingga dengan cepat bidan harus segera bertindak.

#### IV. IMPLEMENTASI

Tanggal : 24-02-2017

Pukul : 08.05 wib

Oleh : Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
1	08.05 wib	<p>Menjelaskan kepada pasien mengenai hasil pemeriksaan bahwa pasien dan janinnya dalam keadaan baik dan sehat dan memberi dukungan bahwa pasien bisa melahirkan dengan normal.</p> <p>Hasil pemeriksaan :</p> <p>Keadaan umum: Baik</p> <p>Kesadaran : Compos Mentis</p> <p>Tanda –tanda vital :</p> <p>TD : 110/70 mmHg HR : 84 kali/menit</p> <p>T : 37 °C RR : 22 kali/menit</p> <p>Pengukuran tinggi badan dan berat badan</p> <p>BB : 64 kg, BB sebelum hamil 50 kg</p> <p>TB : 155 cm</p> <p>LILA : 28 cm</p> <p><b>Inspeksi</b> : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, linea nigra ada, striae ada, tidak ada luka bekas operasi.</p> <p><b>Palpasi</b></p> <p>Leopold I : TFU : 34 cm, pada bagian fundus ibu teraba bagian yang lembek, melebar dan tidak melenting (bokong janin).</p> <p>Leopold II : Pada bagian sisi kanan perut ibu teraba bagian keras, memapan, memanjang (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian- bagian kecil janin (ekstremitas).</p> <p>Leopold III : Pada bagian terbawah teraba bagian</p>	Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
		<p>yang bulat, keras dan melenting (kepala).</p> <p>Leopold IV : Pada bagian terbawah sudah masuk PAP (Divergen).</p> <p>Kontraksi : 3-4 kali/10menit, Lama 30-40 detik, Kuat, Teratur.</p> <p>TBBJ : <math>(TFU-11) \times 155 = (34-11) \times 155 = 3565</math> gram.</p> <p><b>Auskultasi</b></p> <p>DJJ : Ada, teratur</p> <p>Frekuensi : 150 kali/menit, teratur</p> <p>Punctum maksimum : <math>\begin{array}{c} \text{—} \\   \\ + \end{array}</math></p> <p><b>Pemeriksaan Dalam</b></p> <p>Dinding vagina : Lembab</p> <p>Portio : Menipis</p> <p>Pembukaan serviks : 5 cm</p> <p>Konsistensi : Lunak</p> <p>Ketuban : Utuh</p> <p>Presentasi fetus : LBK</p> <p>Posisi : UUK</p> <p>Penurunan bagian terendah : Hodge III</p> <p>EV : Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaannya bahkan kondisi janin saat ini dalam batas normal.</p>	
2	08.15 wib	<p>Memberitahu kepada ibu bahwa ibu akan segera bersalin dan tidak perlu mencemaskan keadaannya.</p> <p>Ev : Ibu sudah mengetahui bahwa ia akan segera bersalin.</p>	Yosephin
3	08.18 wib	<p>Mengatur posisi ibu senyaman mungkin untuk mengurangi rasa sakit (nyeri) pada ibu, ibu boleh duduk, jongkok, miring kiri, merangkak, atau berdiri untuk membantu proses turunnya kepala janin, dengan turunnya kepala janin akan mempercepat dan memperpendek waktu persalinan. Memberitahu ibu untuk tidak telentang lebih dari 10 menit karena jika ibu berbaring telentang, maka isi uterus akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta, dan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen</p>	Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
		<p>pada janin.</p> <p>Ev : Ibu sudah di mengetahui beberapa posisi yang nyaman untuk mengurangi rasa nyeri.</p>	
4	08.23 wib	<p>Memberi dukungan pada ibu oleh suami atau pun keluarga dengan mendampingi ibu selama proses kelahiran bayi, dengan cara mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu dan pujian kepada ibu, membantu ibu bernapas secara benar pada saat kontraksi, memijat punggung, menyeka muka ibu dengan kain secara lembut dan memberi rasa nyaman pada ibu.</p> <p>EV : Ibu sudah didampingi oleh suami atau keluarga selama proses persalinan.</p>	Yosephin
5	08.28 wib	<p>Mengajari ibu cara bernapas dengan baik yaitu menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkan mulut. Bernapas dalam dengan rileks sewaktu ada his, dengan cara meminta ibu untuk menarik nafas panjang tahan nafas sebentar sambil meneran, kemudian dilepaskan dengan cara meniup lakukan sewaktu ada his.</p> <p>Ev : Ibu sudah memilih posisi yang nyamandan cara menarik nafas panjang/dalam dengan baik.</p>	Yosephin
6	08.30 wib	<p>Memantau DJJ bayi dalam setiap 30 menit yaitu 140 kali/menit, Nadi ibu 80 kali/menit.</p> <p>Ev : Ibu sudah di beritahu bahwa ibu dan bayinya dalam keadaan baik.</p>	
7	08.45 wib	<p>Memberikan minuman, makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.</p> <p>Ev : Suami telah memberikan ibu 1 gelas teh manis, ibu dapat minum dengan baik saat his hilang.</p>	Yosephin
8	08.50 wib	<p>Memberikan massase secara perlahan pada daerah punggung ibu hingga ke perut untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Ev : Ibu merasa nyaman dengan massase pada punggung.</p>	Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
9	08.55 wib	<p>Menganjurkan ibu untuk berkemih atau BAB, jika pasien tidak mampu turun dari tempat tidur menyediakan pispot di dekat tempat tidur. Urine yang terlalu banyak harus dikeluarkan karena akan mempengaruhi penurunan kepala janin, menganjurkan ibu untuk BAK di tempat tidur saja jika tidak mampu ke kamar mandi.</p> <p>Ev : Ibu mengatakan tidak ada perasaan ingin berkemih dan kandung kemih terasa kosong.</p>	Yosephin
10	08.55 wib	<p>Menjaga lingkungan tetap bersih dan aman. Mencuci tangan sesering mungkin dan menggunakan peralatan steril dan sarung tangan steril yang diperlukan. Menjaga personal hygiene pasien untuk memberi rasa nyaman bagi pasien. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) saat tidak ada his, membantu ibu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat.</li> <li>b) menyeka keringat ibu yang membasahi dahi dan wajah dengan menggunakan handuk bersih.</li> <li>c) mengganti kain alas bokong jika sudah basah oleh darah atau cairan ketuban.</li> </ul> <p>Ev : Lingkungan sudah dijaga selama proses persalinan dengan bersih dan aman.</p>	Yosephin
11	09.00 wib	<p>Menyiapkan alat partus steril dan ergonomis untuk mempermudah tindakan persalinan.</p> <p>SAFE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Partus set didalam wadah steril tertutup <ul style="list-style-type: none"> <li>h) Gunting tali pusat 1 buah</li> <li>i) Artery clem 2 buah</li> <li>j) Benang tali pusat/umbilical cord 2 buah</li> <li>k) Handscoen DTT /Steril 2 pasang</li> <li>l) ½ kocher 1 buah</li> <li>m) Gunting episiotomi 1 buah</li> <li>n) Kassa steril atau kain kecil</li> </ul> </li> <li>2. Stetoskop monoral</li> <li>3. Tensimeter</li> <li>4. Stetoskop bimonoral</li> <li>5. Obat oksitosin : lidocain</li> <li>6. Spuit 3cc 1 buah, 5 cc 1 buah</li> <li>7. Nierbeken</li> </ul>	Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
		<p>8. Kom bertutup berisi air DTT</p> <p>9. Kom bertutup berisi kapas steril dan kering</p> <p>10. Korentang</p> <p>11. Tempat benda tajam (ampul) dan tempat spuit bekas</p> <p>SAFE 2:</p> <p>1. Bak instrumen steril (hecting set)</p> <p>i) Nald hecting 1 buah</p> <p>j) Nald folder 1 buah</p> <p>k) Pinset anatomis 1 buah</p> <p>l) Pinset sirurgis 1 buah</p> <p>m) Gunting benang 1 buah</p> <p>n) Handscoen steril /DTT 1 pasang</p> <p>o) Kain kassa secukupnya</p> <p>p) Benang hecting catgut</p> <p>2. Bak instrument steril ( emergency set )</p> <p>Kateter de lee/slim seher 1 buah</p> <p>Kateter metal 1 buah</p> <p>Gunting episiotomy 1 buah</p> <p>Hanscoen panjang 1 buah</p> <p>3. Alat Nonsteril</p> <p>Piring plasenta</p> <p>Betadine</p> <p>Cairan infus dan set infus</p> <p>SAFT 3</p> <p>Waskom berisi air DTT 1 buah</p> <p>Waskom berisi air klorin 1 buah</p> <p>Brush</p> <p>Sarung tangan rumah tangga untuk pencegahan infeksi</p> <p>Alat resusitasi :</p> <p>16. Selang</p> <p>17. Tabung O2</p> <p>18. 2 buah kain sarung untuk alas dan penyangga bahu</p> <p>19. 1 buah handuk bayi</p> <p>20. Lampu sorot bayi</p> <p>Perlengkapan ibu dan bayi :</p> <p>Washlap 2 buah</p> <p>Celemek, tutup kepala, masker dan kaca mata</p> <p>2 buah kain lap pribadi</p> <p>Pakaian bayi, topi dan kain bedong</p> <p>Doek ibu</p>	

No	Waktu	Implementasi	Paraf
		<p>Kain sarung ibu 2 buah Underpad Handuk ibu dan bayi Sepatu karet</p> <p>Ev : Alat set partus steril sudah dipersiapkan dan disusun dengan ergonomis dan lengkap.</p>	
12	09.10 wib	<p>Mengajari ibu cara mengejan yang baik menganjurkan ibu untuk meneran bila ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran. Menganjurkan ibu untuk beristirahat dalam waktu his hilang. Hal ini mencegah untuk ibu lelah terlalu cepat dan resiko asfiksia (kekurangan O<sub>2</sub> pada janin) karena suplai oksigen melalui plasenta berkurang. Ibu boleh memilih posisi meneran yang nyaman seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Duduk atau setengah duduk Dengan posisi ini penolong persalinan akan lebih leluasa dalam membantu kelahiran janin.</li> <li>2. Merangkak Posisi ini cocok untuk persalinan dengan nyeri pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi.</li> <li>3. Jongkok atau berdiri Mempermudah peunurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% dari besar pintu bawah panggul, memperkuat dorongan untuk meneran.</li> <li>4. Miring ke kiri Posisi ini dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia.</li> </ol> <p>Ev : Ibu sudah mengetahui tentang cara meneran yang baik dan tahu tentang posisi meneran yang benar.</p>	Yosephin
13	10.00 wib	<p>Mengukur suhu ibu setiap 2 jam yaitu 36°C. Ev : Suhu ibu sudah diukur dan dalam batas normal.</p>	
14	12.00	<p>Melakukan pemeriksaan vaginal touch/4 jam telah dilakukan. Ev : Pembukaan masih 9 cm</p>	Yosephin
15	13.00 wib	<p>Mengobservasi kembali keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan dan mengisi partograf,</p>	Yosephin

No	Waktu	Implementasi	Paraf
		<p>memasukan semua hasil pemeriksaan kedalam partograf.</p> <p>Hasil pemeriksaan :</p> <p>KU : Baik</p> <p>TTV : Dalam batas normal</p> <p>Pemeriksaan Dalam</p> <p>Dinding vagina : Lembab</p> <p>Portio : Menipis</p> <p>Pembukaan serviks : 10 cm</p> <p>Konsistensi : Lunak</p> <p>Ketuban : Utuh</p> <p>Presentasi fetus : LBK</p> <p>Posisi : UUK</p> <p>Penurunan bagian terendah : Hodge IV</p> <p>Ev : Hasil pemeriksaan telah dimasukkan dalam partograf.</p>	

### Asuhan Kebidanan pada Ny.M kala II

Tanggal : 24-02-2017      pukul : 13.00 wib

#### SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan ada perasaan ingin meneran seiring dengan bertambahnya kontraksi
2. Ibu mengatakan ada dorongan untuk BAB
3. Ibu mengatakan nyeri punggung semakin kuat

#### OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Keadaan emosional : Stabil
4. TTV: TD : 110/70 mmHg, T : 37 0 C, RR : 22 x/m, HR : 84 x/m
5. Adanya tanda gejala kala II : Tekanan pada anus yang meningkat

Perineum menonjol

Vulva dan sfingter ani membuka

6. Abdomen:

- a) His : 4-5 x/10menit lamanya : 40-50 detik
- b) Kandung kemih : kosong

7. Hasil pemeriksaan dalam ( VT )

- a) Dinding vagina : Menipis
- b) Portio : Tidak teraba
- c) Effacement : 100%
- d) Pembukaan : 10 cm
- e) Ketuban : Pecah spontan, Jernih
- f) Persentase : LBK
- g) Posisi : UUK
- h) Penurunan : H-IV
- DJJ : 150 x/m, teratur

**ASSASEMENT**

Diagnosa : Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari,  
janin hidup, tunggal, keadaan ibu dan janin baik dengan kala II.

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

Kebutuhan : Pertolongan persalinan yang aman dan bersih  
Dukungan emosional dari suami atau keluarga



**DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL**

Pada ibu : Perdarahan

Janin : Distosia bahu

**TINDAKAN SEGERA**

Lahirkan bayi

**PLANNING :**

Tanggal : 24-02-2017

1. Memberi informasi dan motivasi kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan anjurkan ibu untuk meneran jika ada perasaan ingin BAB saat puncak his.

Ev : Ibu tampak termotivasi dan bersemangat untuk menghadapi persalinan

2. Memimpin ibu meneran saat puncak his dan menyuruh ibu untuk menarik nafas saat his hilang dan mengajarkan ibu cara posisi yang nyaman dan menyuruh ibu untuk merangkul kedua paha sampai menyentuh dada dan saat mengejan ibu melihat kearah perut.

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

3. Mempertahankan pemenuhan pola nutrisi dan cairan yang adekuat pada ibu dengan memberikan teh manis 1 gelas, menawarkan ibu untuk minum saat tidak ada his untuk mencegah dehidrasi pada ibu dan mencegah untuk terjadinya kekurangan energi saat proses persalinan nantinya.

Ev : Suami telah memberikan ibu minum teh manis 1 gelas saat tidak ada his, ibu dapat minum dengan baik 1 gelas teh manis saat his hilang.

4. Mempertahankan kandung kemih ibu tetap kosong dengan menyuruh ibu untuk berkemih, menekan bagian kandung kemih diarah simfisis untuk menilai isi kandung kemih untuk mempertahankan kontraksi tetap kuat dan mempercepat turunnya kepala janin terhadap rongga panggul dan mempercepat proses persalinan.

Ev : Ibu mengatakan tidak ada perasaan ingin berkemih dan simfisis terasa kosong.

5. Mendekatkan alat-alat partus disamping ibu dan memimpin ibu meneran saat puncak kontraksi dan membantu pertolongan persalinan dengan aman dan bersih :

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua :

Ibu mempunyai dorongan untuk meneran

Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vagina

Perineum menonjol

Vulva – vagina dan sfingterani membuka

2. Menyiapkan tempat tidur datar dan keras, 2 kain 1 handuk bersih dan kering dan lampu sorot, untuk penanganan bayi asfiksia.

3. Menggelar kain ditempat resusitasi serta ganjal bahu bayi

4. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan meneptakan tabung suntik steril sekali pakai didalam set partus.

5. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih

6. 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.
7. Memakai sarung tangan DTT. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
8. Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik ( dengan memakai sarung tangan DTT ) dan meletakkannya kembali dipartus set/wadah DTT atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
9. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
10. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap dengan cara:  
  
Dengan hati-hati pisahkan labia dengan jari manis dan ibu jari tangan kiri pemeriksa. Masukkan jari telunjuk tangan kanan pemeriksa dengan hati-hati diikuti oleh jari tengah. Setelah kedua jari tangan berada didalam vagina, tangan kiri diletakkan difundus ibu.
11. Mendekontaminasi 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 % selam 10 menit.
12. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
13. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

14. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dalam partograf.
15. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
16. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
17. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
18. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
19. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
20. Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka divulva 5-6 cm.
21. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
22. Membuka set partus dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
23. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
24. Melakukan episiotomy pada saat kontraksi.
25. Setelah kepala tampak divulva 5-6 cm lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
26. Memeriksa kemungkinan lilitan tali pusat.
27. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
28. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-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 keatas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.

29. Setelah kedua bahu bayi dilahirkan, menelusuri tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
30. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung dan kaki bayi lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
31. Melakukan penilaian bayi : bayi lahir spontan segera menangis pukul 13.30 wib jenis kelamin perempuan.
32. Meletakkan bayi diatas perut ibu dan Mengeringkan bayi dan posisikan bayi diatas perut ibu, keringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya. Mengganti handuk bayi yang basah dengan handuk yang kering.
33. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada janin kedua, bayi kedua tidak ada.

34. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oksitosin agar uterus ibu berkontraksi dengan baik 1/3 paha atas bagian distal lateral.
35. Menyuntikkan 10 IU oksitosin.
36. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat kearah distal ibu dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
37. Dengan satu tangan mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat ( lindungi perut bayi ) diantara 2 klem.
38. Mengikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkari kembali benang kesisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci.
39. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
40. Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu kekulit bayi.
41. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bahu bayi menempel dengan baik didinding perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
42. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

**Asuhan Kebidanan Pada Ny. M kala III****SUBJEKTIF :**

1. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya
2. Ibu mengatakan perut masih mules
3. Ibu mengatakan merasa lelah
4. Ibu mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir

**OBJEKTIF :**

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Keadaan emosional : Stabil
4. Kandung kemih : Kosong
5. Kontraksi : Baik
6. Palpasi abdomen : Tidak ditemukan bayi kedua
7. TFU : Setinggi pusat
8. Plasenta : Belum lahir
9. Perdarahan : 50 cc
10. Inspeksi : Pada bagian vulva tampak tali pusat semakin memanjang, semburan darah secara tiba-tiba, perut semakin globular.
11. BB lahir : 3800 gram
12. PB lahir : 49 cm
13. Jenis Kelamin : Perempuan
14. LK : Tidak dilakukan

15. LD : Tidak dilakukan

### **ASSESSMENT**

Diagnosa : Ny.M usia 21 tahun PIA0 dengan kala III

Masalah : Ibu mengatakan masih mules

Kebutuhan : Lakukan MAK III

### **DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL**

1. Atonia uteri
2. Retensio plasenta
3. Plasenta rest

### **TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUKAN**

Lahirkan Plasenta

### **PLANNING**

Tanggal : 24-02-2017

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

Ev : Tampak tali pusat semakin memanjang di depan vulva

2. Melakukan teknik dorsocranial saat ada kontraksi dengan tangan kiri sehingga mengikuti jalannya kontraksi dan tetap melakukan penegangan tali pusat sambil memindahkan klem didepan vulva.

Ev : Tampak plasenta berada didepan vulva

3. Melahirkan plasenta dengan cara memilin searah jarum jam dan meletakkan dipiring plasenta dan memeriksa kelengkapan plasenta untuk menghindari



adanya sisa plasenta yang akan mempengaruhi kontraksi uterus yang dapat menyebabkan atonia .

Ev : Plasenta lahir lengkap pukul 13.45wib, selubung utuh, kotiledon lengkap

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

Ev : uterus tetap berkontraksi dengan baik

5. Memeriksa Kelengkapan plasenta bagian fetal dan maternal

Ev: Plasenta lahir lengkap pukul 13.45 wib

#### **Asuhan Kebidanan pada Ny. M inpartu kala IV**

##### **SUBJEKTIF :**

1. Ibu mengatakan perut masih terasa mules
2. Ibu mengatakan nyeri diderah jalan lahir
3. Ibu mengatakan masih lelah

##### **OBJEKTIF**

Keadaan umum : Baik

Keadaan emosional : Stabil

Kesadaran : Compos Mentis

TTV : TD : 110/70 mmHg T : 37°C

RR : 22 kali/menit HR : 84 kali/menit

Kandung kemih : Kosong

Kontraksi : Baik

Perdarahan : 100 cc

Perineum : Ada robekan jalan lahir derajat II

TFU : 2 jari dibawah pusat  
 Plasenta : Lahir spontan lengkap dengan selubung  
 Panjang : 50 cm  
 Berat : 500 gram

### **ASSESMENT**

Diagnosa : Ny.M usia 21 tahun P1A0 dengan kala IV keadaan ibu dan bayi baik

Masalah : Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir bekas episiotomi

Kebutuhan : Lakukan penjahitan perineum

Pengawasan kala IV

### **DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL**

Atonia uteri

### **TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUKAN**

Masase fundus uteri

Lakukan penjahitan perineum

Pengawasan kala IV

### **PLANNING**

1. Mengajarkan suami untuk memasase fundus uterus ibu untuk menghasilkan kontraksi yang baik.

Ev : Suami mengetahui cara memasase fundus ibu dengan baik, kontraksi tetap kuat dan ibu masih merasakan mules, perdarahan dalam batas normal.

2. Menganjurkan ibu untuk istirahat ditempat tidur untuk memulihkan tenaga yang habis saat proses persalinan.

Ev : ibu sedang tampak berbaring ditempat tidur dan istirahat.

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

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

4. Membersihkan tubuh ibu dari keringat, darah, kotoran dan cairan lainnya untuk memberi rasa nyaman.

Ev : ibu tampak sudah nyaman dan bersih.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya untuk membantu menghasilkan kontraksi uterus yang baik.

Ev : ibu mengatakan bersedia untuk menyusui bayinya setiap waktu.

6. Melakukan pemantauan kala IV 2 jam pertama

Ja m	Wak Tu	TD	HR	T	TFU	Kont raksi	Kandung Kemih	Perda rahan
1	13.45	130/80	86	3 6	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	30 cc
	14.00	120/80	84		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	30 cc
	14.15	120/70	80		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
	14.30	110/70	80		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
2	15.00	100/80	82	3 7	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
	15.30	120/80	80		2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	10 cc

Ev : Pemantauan kala IV sudah dilakukan, ibu dan bayi dalam keadaan baik.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Identifikasi Masalah**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Berdasarkan pada kasus ibu bersalin Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan fase aktif dilatasi maksimal, masalah yang akan terjadi pada kala I yaitu kala I memanjang. Untuk mengatasi masalah tersebut memantau keadaan umum ibu, TTV dan keadaan janin, jika terjadi gawat janin rujuk pasien untuk *sectio caesaria* (SC).

### **2. Pembahasan Masalah**

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang ada, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimaksud agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada ibu bersalin Ny. M.

### **3. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian atau pengumpulan data adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Pengkajian merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pada kasus ini pengkajian yang

diperoleh berupa data subyektif dan obyektif. Tanda dan gejala inpartu (JNPK-KR. 2012:37)

- Penipisan dan pembukaan serviks
- Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- Cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina

Tanda masuk dalam persalinan (Ari Sulistyawati. 2013:7) :

- Terjadinya his persalinan

Karakteristik dari his persalinan :

5. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
6. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
7. Terjadi perubahan pada serviks.
8. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

Pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik dimana pada pengkajian didapatkan bahwa pada waktu ibu datang ke klinik ibu mengatakan nyeri pinggang yang menjalar ke perut, adanya keluar lendir bercampur darah dan ketika dilakukan pemeriksaan dalam, adanya pembukaan serviks 5 cm dan observasi TTV dalam batas normal. Ibu mengalami tanda dan gejala inpartu (JNPK-KR. 2012:37), yaitu penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina.

## **2. Interpretasi data dasar**

Interpretasi data merupakan mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam kasus ini dapat ditetapkan diagnosa yaitu Ny.M usia 21 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari janin hidup, tunggal, intra uterin, punggung kanan, presentasi kepala, letak membujur, keadaan ibu dan janin baik dengan kala I fase aktif dilatasi maksimal. Masalah tidak ada, kebutuhan yaitu memantau perkembangan persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dimana melakukan penilaian dan pencatatan pembukaan serviks setiap 4 jam (Sarwono. 2010 : 319).

## **3. Diagnosa masalah potensial**

Masalah potensial adalah mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa. Pada kasus ini, masalah potensial yang akan terjadi pada kala I yaitu kala I memanjang, kala II yaitu distosia bahu, kala III yaitu retensio plasenta, kala IV yaitu atonia uteri. Pada kasus ini tidak terjadi masalah potensial karena pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

## **4. Tindakan segera**

Tindakan segera yaitu langkah yang memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera

oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek yaitu pada kala I tidak dilakukan tindakan segera karena ibu masih dalam fase aktif, kala II yaitu lahirkan bayi, kala III yaitu lakukan MAK III, kala IV lakukan pengawasan dan observasi pada ibu sampai 2 jam pertama post partum.

### **5. Perencanaan/Intervensi**

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Pada kala I yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, memberikan posisi yang nyaman, menyiapkan alat partus, memberikan istirahat di antara kontraksi, memberikan ibu cairan per oral, menghadirkan suami atau keluarga disamping ibu, memberikan massase pada punggung ibu dan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Pada kala II melihat tanda dan gejala kala II, memperhatikan kembali alat yang digunakan, dan lahirkan bayi. Pada kala III yaitu lakukan MAK III setelah adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, tali pusat semakin memanjang, adanya semburan darah tiba-tiba, fundus menjadi globular. Pada kala IV yaitu melakukan pengawasan selama 2 jam post partum (JNPK-KR. 2012). Pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana perencanaan asuhan kebidanan

pada kasus Ny.M pada kala I yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, memberikan posisi yang nyaman, menyiapkan alat partus, memberikan istirahat di antara kontraksi, memberikan ibu cairan per oral, menghadirkan suami atau keluarga disamping ibu, memberikan massase pada punggung ibu dan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Pada kala II melihat tanda dan gejala kala II, memperhatikan kembali alat yang digunakan, dan lahirkan bayi. Pada kala III yaitu lakukan MAK III setelah adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, tali pusat semakin memanjang, adanya semburan darah tiba-tiba, fundus menjadi globular. Pada kala IV yaitu melakukan pengawasan selama 2 jam post partum. Teori ini sesuai dengan asuhan persalinan normal.

#### **6. Pelaksanaan/Implementasi**

Pelaksanaan adalah pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman. Pada kasus ini pelaksanaan sesuai dengan intervensi yaitu pada kasus ini pada kala I yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, memberikan posisi yang nyaman, menyiapkan alat partus, memberikan istirahat di antara kontraksi, memberikan ibu cairan per oral, menghadirkan suami atau keluarga disamping ibu, memberikan massase pada punggung ibu dan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Pada kala II melihat tanda dan gejala kala II, memperhatikan kembali alat yang digunakan, dan lahirkan bayi. Pada kala III yaitu lakukan MAK III setelah adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, tali pusat semakin memanjang, adanya semburan darah tiba-tiba, fundus menjadi globular.



Pada kala IV yaitu melakukan pengawasan selama 2 jam post partum. Teori ini sesuai dengan asuhan persalinan normal.

## **7. Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali apa yang belum terlaksana. Evaluasi dari kasus ini diperoleh hasil, yaitu bayi lahir spontan dalam keadaan sehat tanpa penyulit, plasenta lahir utuh, dan ibu dalam keadaan baik. Pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus asuhan kebidanan ibu bersalin yang dilakukan pada Ny.M Usia 21 Tahun GIP0A0 Kehamilan 39 Minggu 1 Hari dengan persalinan normal yang menggunakan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Helen Varney dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian ibu bersalin Ny.M GI P0 A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari di dapat data subyektif yaitu ibu mengatakan ini adalah persalinan yang pertama dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan nyeri pada punggung yang menjalar keperut bagian bawah serta adanya pengeluaran lendir bercampur darah. Pada data obyektif diperoleh observasi TTV dalam batas normal, dalam pemeriksaan dalam pembukaan sudah lengkap yaitu 10 cm.
2. Pada interpretasi data dasar dapat ditegakkan diagnosa yaitu Ny.M aterm kala II, janin hidup, tunggal, keadaan ibu dan janin baik. Masalah yang didapat yaitu ibu mengatakan nyeri yang semakin kuat, kebutuhan yang sesuai untuk ibu yaitu memberikan pertolongan asuhan persalinan normal.
3. Pada diagnosa masalah potensial pada kasus Ny.M GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari adalah perdarahan, namun tidak terjadi perdarahan karena tindakan yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan ibu.

4. Tindakan segera pada Ny.M GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari yaitu melahirkan bayi sesuai dengan APN.
5. Rencana tindakan pada Ny.M GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari adalah sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu melakukan asuhan persalinan normal.
6. Penatalaksanaan pada ibu bersalin Ny.M PIA0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari sesuai dengan rencana tindakan yaitu asuhan persalinan normal.
7. Evaluasi dari ibu bersalin Ny.M PIA0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari dilakukan pemantaua kala IV selama 2 jam dan tidak adanya masalah atau komplikasi yang terjadi.

Asuhan intranatal dari kala I - IV telah dilakukan tanpa adanya komplikasi. Tetapi masih ada kesenjangan dalam melakukan asuhan intranatal yang tidak sesuai dengan teori dan praktik lapangan, yaitu handscoon yang digunakan pada saat menolong persalinan bersifat bersih dan tidak steril. Pasien yang datang untuk bersalin langsung di pasang infus yang di campur dengan oksitosin secara drips.

## **B. Saran**

### **1. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan keberhasilan asuhan tidak terlepas dari dukungan pendidikan dan adanya suatu saran dan kritik yang lebih mendukung kegiatan asuhan persalinan sehingga dapat terlaksana dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan klien.

## **2. Bagi klinik dan tenaga kesehatan**

Diharapkan klinik dan petugas kesehatan lainnya dapat melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN dan asuhan sayang ibu, serta tindakan – tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan kesehatan.

## **3. Bagi klien**

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan demi kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi.

## DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : JNPK-KR.

INFID. 2015. *Dokumen Hasil Tujuan Pembangunan Berkelanjutan*.

Johariyah dan Ema Wahyu Ningrum. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Trans Info Media.

Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*.

Lockhart, Anita dan Lyndon Saputra. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Fisiologis dan Patologis*. Tangerang : Binarupa Aksara.

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

Sari, Eka Puspita dan Kurnia Dwi Rimandini. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. Jakarta : Trans Info Media.

Sulistyawati, Ari dan Est Nugraheny. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.

Sumarah, Yani Widyastuti, Nining Wiyati. 2011. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin)*. Yogyakarta : Fitramaya.

Wayan Darsana. 23 Maret 2009. *Gambaran Pendampingan Selama Proses Persalian Kala I* (Online).

<http://kabarmedan.com/2016/01/19/inilah-penyebab-tingginya-kematian-ibu-di-sumut/>

<https://viniezharchma.wordpress.com/2012/12/05/asuhan-sayang-ibu/>

<http://wartakesehatan.com/48612/angka-kematian-ibu-masih-tinggi-cita-cita-ra-kartini-belum-tercapai>

**FORMULIR**  
***SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA***

Medan, 27 April 2017

Kepada Yth :  
Kartun Program Studi DIII-Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan  
Anita Veronika, S.ST., MKM  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa	:	Yosephin Laeli
Nim	:	022014073
Program Studi	:	D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan
Mengajukan judul dengan topik	:	Anusar Kebidanan Ibu Bersalin
Klinik/Puskesmas/RS Ruangan	:	Klinik Bertha
Judul LTA	:	Anusar Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.M Usia 21 Tahun GIP0A0- Usia Kehamilan 39minggu Ihtai Dengan Fase Aktif Dilatasi Maksimal Di Klinik Bertha Tahun 2017

Hormat Saya



(Yosephin Laeli)

Disetujui Oleh :  
Dosen Pembimbing



(Aprilita Br. Sitopa, S.ST)

Diketahui Oleh :  
Koordinator LTA



(Flata Nailoho, MKes / Okusfina, MKes)

# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) SANTA ELISABETH MEDAN

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

Medan, 1 Februari 2017

131/STIKes/Klinik/II/2017

2 (dua) lembar

Pemohonan Praktek Klinik Kebidanan

Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Yth:

Klinik / RB : ... Klinik ...

Berikut,

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

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

Jelombang I : tanggal 06 Februari – 04 Maret 2017

Jelombang II : tanggal 06 Maret – 01 April 2017

Daftar nama mahasiswa terlampir.

Kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa adalah:

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal sebanyak 30 kasus

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal sebanyak 20 kasus

3. Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui sebanyak 20 kasus

4. Asuhan Kebidanan pada BBL 20 sebanyak kasus

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

6. Asuhan Kebidanan pada Bayi/Balita dan Anak Praeskolah sebanyak 50 kasus

7. Asuhan Kebidanan pada Pericolangan Kegawatdaruratan Maternal sebanyak 10 kasus

8. Asuhan Kebidanan pada Pericolangan Kegawatdaruratan Neonatal sebanyak 10 kasus

Sehubungan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya yang baik - akan terimakasih.

Santa Elisabeth Medan

Dr. Sri Karto, S. Kep. Ns. M. Kep.

### LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : [Signature]

Umur : 24 tahun

Alamat : [Signature], Abi [Signature]

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien studi kasus laporan tugas akhir oleh mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Medan, Februari 2017

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan



(Yosephus Laili)



(Marsha)

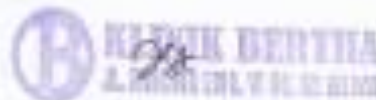
Mengetahui

Dokter Pembimbing I.TA



(Aprilia Br. Sipayi, S.ST)

Bidan Laboran Praktis



(Bertha Ginting, Arni Kati)



### SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di dalam praktik  
PEK Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di  
RPM/RS/PEMERB :

Nama : Bertha Ginting, Amd. Keb  
Jabatan : Pemilik Klinik  
Nama Klinik : Klinik Bertha  
Alamat : Jalan Pancing pasar IV, Mekar Hill

Meyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Yosephin Laili  
NIM : 022014073

Tingkat/Prodi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Berita telah melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.M Usia  
21 tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 1 Hari dengan Fase Aktif Dalam  
Maksimal Di Klinik Bertha Tahun 2017.

Oleh karena itu ini direkomendasikan untuk Laporan Tugas Akhir.

Medan, 2017



(Bertha Ginting, Amd. Keb)

ST

[illegible]

1. Tanggal: 24-02-2019  
2. Nama lab: Botani  
3. Tempat Praktikum:  
☐ Rawa ☐ Perikanan  
☐ Poltek ☐ Rawa Sani  
☐ B. B. Sani ☐ L. Sani  
4. Alamat tempat praktikum: Rawa, B. B. Sani, L. Sani  
5. Kontak: ☐ Rawa, B. B. Sani, L. Sani  
6. Alamat rumah:  
7. Tempat tinggal:  
8. Peralatan yang digunakan:  
☐ B. B. Sani ☐ Rawa  
☐ Poltek ☐ B. B. Sani  
☐ B. B. Sani ☐ Rawa

## Results

8. Petaapan material pada gambar :  $\sqrt{V}$   
 9. Material lain, substitusi :  
 10. Perencanaan lain substitusi :  
 11. Hasilnya :

## ECLA 8

10. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
11. **Pendamping pada saat perawatan**  
☐ Bermanfaat ☐ Bermanfaat ☐ Tidak ada  
☐ Tidak ada ☐ Tidak ada
12. **Daftar 2020**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
13. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
14. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
15. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
16. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
17. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
18. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
19. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak
20. **Uraikan!**  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
☐ Tidak

## FALL 89

29. Lupa tulis di: \_\_\_\_\_ saat \_\_\_\_\_  
 30. Peristiwa Oktober 19 0 7 di \_\_\_\_\_  
 31. Di mana: \_\_\_\_\_ saat \_\_\_\_\_  
 32. Peristiwa yang Oktober 19 0 7  
 33. Ya, akan \_\_\_\_\_  
 34. Tidak \_\_\_\_\_  
 35. Peristiwa di saat \_\_\_\_\_  
 36. Ya, akan \_\_\_\_\_  
 37. Tidak \_\_\_\_\_

## PERMATAJARAN FIGHTERLEBRAD ECU, A. H.

[illegible]

Internet: [www.3m.com](http://www.3m.com)

**Paraphilic disorder:** sexually aroused by unusual objects or activities

Phosphorus

- [illegible]

#### SAINT-BASILE LAYERS

- [illegible]

### 1.2.9. PENUNTUN BELAJAR ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan menggunakan skala sbb;

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

#### KOMPONEN PERSALINAN NORMAL

LANGKAH / TUGAS	SKALA		
	0	1	2
1. MENYIAPKAN PERALATAN PERTOLONGAN PERSALINAN			
Menyiapkan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan essential siap digunakan sesuai.			
• SAFE 1			
1. Kebersihan diri			
2. As. ITT dalam 2 jam sekali			
3. Kapas ITT 1 lapis kering bersih sekali pakai + lapis rebed			
• Gigitan steril dalam wadah			
5. Obat-obatan : analgesik, magnesium, Vit K, i, 1000)			
betadine, iodokan, salap salep			
6. Duk Injeksi Partus hepari			
• Handuk/cori 1 pasang			
• Gigit 1 buah			
• Tisu Pamp 1-2 Buah			
• Arteri Klamp 1 Buah			
• Ganteng Papan 1 Buah			
• 5. Kotlet 1 Buah			
• Ganteng Epic lambok Paragigreschel 1 Buah			
• Duk Steril / Kain Steril 1 Buah			
7. Spuit 3 cc dan 5 cc 1 Pcs			
8. Stetoscope Manual 1 Buah			

9. DDT dan Kloro 0,0% Spray			
10. Cairan (Kasus Perek)			
11. Wadah Pengalangan untuk dari sampel dan air - 2 buah			
12. Balok Pengalangan kecil dalam wadah 1 buah			
13. Hachure - 1 buah			
14. Lampu Senter			
15. Pita Ulat			
<b>SAFE II</b>			
1. Air Klorin dalam wadah			
2. Air DTT dalam wadah			
3. Flaking Set			
• Nozel berujung - 2 buah			
• Nozel filler - 1 buah			
• Pasir halus - 1 buah			
• Pasir kasar - 1 buah			
• Gasket bearing - 1 buah			
• Kain katun / serbetnya			
• Tumbuk ragam - 1 buah			
• Speed Jack bearing - 1 buah			
• Mandorasi - 1 pasang			
4. Vital sign (Densimeter, Saccharose, Thermometer)			
5. Penutup botol			
6. Wending - 2 buah			
7. Busang plastik yang dilapisi plastik			
<b>SAFE III</b>			
4. Supraflex			
5. Karung jaring benang dan Benar Protection, aseton			
➢ Kain Botong perunggu abu			
➢ Alat Benar protection			
➢ Plastik pengalangan NSI			
➢ Urutgudil			
➢ Kain botong			
➢ Tipe busi / penutup busi busi			
➢ Plastik / akrilik busi			
➢ Kain botong untuk MALL EL			

- > Kain panjang
- > Seflek / celana dalam ibu
- > Baju ibu

#### 6. Rencanakan Set

##### Skema Gawat Darurat Bed:

1. Keranjang lengkap bedah dan kering yang dilapisi plastik hitam dan kuning 2 (dua)
2. Bantal bersih ukuran 4 liter dan air dingin 2 (dua)

#### Alat lain:

1. Tabung + Alat pengukur Panjang Bayi

#### B. MENGENAL GEJALA DAN TANDA KALA IIIA

1. Mula-mula terdapat kram dan persalinan
2. Ibu merasa ada dorongan kuat dan menekan
3. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rahim dan vagina
4. Perut akan terasa sesak
5. Vagina dan singter akan membuka

#### B. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERALINAN

1. Persiapkan perlengkapan persalinan, bantal, dan alat-alat sesuai rumah rumah yang diperlukan dan persiapkan semua perlengkapan vagina (pakaian, dan bayi baru lahir).
2. Siapkan semua bayi baru lahir (buku atau catatan, staphan)
  - + 3 lembar data nama, jenis, berat, dan tinggi
  - + 3 baskin/ kain bersih dan kering (gunakan gaun jika perlu)
  - + Alat penghisap lendir
  - + Lampu kecil 60 watt dengan penutup 60 cm dari tubuh bayi

#### Untuk Ibu

- Menggigit lipa di perut bawah
- Menyuplai oksidasi 10 ml
- Alat suntik steril sekali pakai di dalam paket ut

atau referensi, pilihlah satu dari bahan yang telah tertera diatas



[illegible]

## 2. PERDOLONGAN INTUK MELAHIRKAN BAYI

### Lahirkan kepala

19. Setelah tangkai kepala bayi dengan diameter 5-6 cm menembus vulva, rotasi bahu pertama dengan satu tangan yang dilapisi dengan lateks bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan menahan kelahiran kepala. Angarkan ini untuk mencegah kelahiran atau berisiko cephalo dan dangkal.

20. Periksa kemajuan infusya lahir tali pusat dan janin dilakukan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lakukan pemosisi kelahiran bayi. Perhatikan:

- Jika tali pusat terlihat lebih banyak menggigit, seperti ini: (bagian atas kepala bayi)
- Jika tali pusat terlihat lebih banyak menggigit, dan tali pusat di atas vagina dan punggung janin dan tidak bergerak.

21. Setelah kepala lahir, tangkai pertama pada ibu yang bertanggung jawab untuk mengontrol.

### Lahirkan bahu

22. Setelah pemosisi pada ibu selesai, pegang kepala bayi secara horizontal, pastikan ibu untuk menahan erat kontrol. Dengan lembut putuskan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu dapat melewati di bawah vulva pada dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan distal untuk memastikan bahu terdorong.

### Lahirkan bahu dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, pegang tangan bawah untuk mendukung kepala dan bahu. Gerakan tangan ini untuk menahan dan mengarahkan kepala dan bahu stabilisasi.

24. Setelah bahu dan lengan lahir, pemosisian tangan atas bahu ke: pergelangan, bahu, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memastikan seluruh diameter kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan menggigitnya dan jari pada sisi lain dan jari per bahu pada sisi yang lain agar menekan dengan jari lainnya).

25. ANJUKAN BAYI BARU LAHIR

26. Lakukan pemosisi (posisi) 1:

a. Apakah bayi cukup besar?





- Setelah ibu bayi dengan kain kuning atau dengan penutupi bayi di liput bayi
- Setelah bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
- Sedangkan bayi akan kembali melakukan aktivitas normal dan dalam waktu 20-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung selama 15-25 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara
- Setelah bayi kembali ke dada ibu selama 1 jam bayi sudah berhasil menyusu.

#### 4. MANAJEMEN AKTIF PERSALINAN KALA II TIGA PERSALINAN (MAM III)

33. Perhatikan klien pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva
34. Letakkan satu tangan di atas ibu yang ada di perut bawah ibu, diluar vulva, untuk melakukan kompresi. Tangan lain memegang klien untuk tetap pegang tali pusat
35. Setelah selesai melakukan kompresi tali pusat ini akan sudah terlihat bagian yang ibu menahan untuk itu akan terlihat atau dengan kompresi secara hati-hati untuk melakukan kompresi ingkarnasi (cervix) ibu. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, lakukan pengompresan tali pusat dan tunggu hingga sudah kompresi berhasil dan akan terlihat plasenta keluar.
- Jika plasenta tidak segera berkontak, maka ibu akan mengalami tekanan untuk melakukan kompresi pada tali pusat

#### Manajemen Placenta

36. Jika pada pemeriksaan bagian tepi di clamping dengan steril, ibu dan dokter langsung diinstruksikan dengan pengompresan tali pusat ini akan dilihat untuk terjadinya desolasi ke arah mata bahu plasenta dapat dilihat ini.
- Jika tidak terlihat mata bahu pada saat ini dengan kompresi dengan kompresi secara hati-hati namun jika sudah terlihat kompresi dengan kompresi pada ibu dan sudah terlihat mata bahu plasenta.
- Jika tali pusat terlihat putus, produksi dan tunggu hingga terlihat 5-10 cm dari vulva
- Jika plasenta tidak lahir setelah melakukan pengompresan tali pusat selama 15 menit

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengalami pembekuan (akutasi 10-15 ml)</li> <li>2. Latihan ketahanan (gantung tubuh sendiri) jika kondisi sudah positif</li> <li>3. Mula keluarga untuk menyempatkan rejukan</li> <li>4. Ubangi ukuran denyut nadi dan peredaran tali pusat 15 menit berkala</li> <li>5. Dia plesensi tidak baik dalam waktu 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perubahan muka wajah ibu atau ibu tidak merasa nyaman plesensi</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Saat plasenta muncul di serviks vagina, lakukan plesensi dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terlepas kemudian lakukan dan angkutkan plasenta pada wadah yang telah disediakan</li> <li>7. Setelah terdapat letakan sebek, pakat uteri dengan dua tangan di bagian tinggi dan rendah untuk melakukan ekspansi dan selaput ketuban gesekan dengan tangan satu ke arah atas dan di bagian tinggi dan rendah untuk ekspansi selaput yang tertinggal</li> </ol>		
<p><b>Manajemen Tatalaksana (Masalah Klinis)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, lakukan inspeksi tangan di fundus dan lakukan masase dengan kedua tangan dengan kedua tangan atas dan bawah ke fundus uterus ke arah atas</li> <li>9. Lakukan tindakan yang diperlukan (Kempas, Pemasangan Isteret, Kompresi Aorta, dan setelah selesai segera ganti posisi/masase)</li> </ol>		
<p><b>2.2.2. MENYALAK PERDARAHAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Setelah selesai menghisut plasenta (normal-fetal) pembedahan plasenta tidak dilakukan lagi. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau wadah khusus</li> <li>11. Setelah memasukkan Isteret pada vagina dan perineum. Lakukan inspeksi jika sudah selesai meng hisut dan menyedotkan perdarahan dengan tindakan yang sesuai dengan perdarahan aktif, segera lakukan pengalihan</li> </ol>		
<p><b>2.2.3. MEKANISME PERALIHAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Setelah selesai beres dengan hisut dan tidak terjadi perdarahan</li> </ol>		

[illegible]

tangan dengan sarung sekali pakai yang bersih dan kering			
35. Pakailah sarung tangan bersih/HT untuk melakukan pemeriksaan flock bayi.			
36. Dalam satu jam pertama, beri asupan susu profilaktik melalui tetrasiklin K1 yang telah di paku lidah bawah lateral, pemeriksaan flock bayi baru lahir, pertumbuhan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 1-3 menit			
37. Jumlah susu yang diberikan tetrasiklin K1 harus sesuai dengan kondisi seperti di paku lidah bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jaket/kain itu agar sewaktu-waktu dapat dihangatkan		*	
38. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan masukkan di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
39. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk sekali pakai yang bersih dan kering			
Dokumentasi			
40. Lembar pengisian (Indikator depresi dan berakutif), grafik tanda vital dan catatan kala IV perawatan			





nama : ...

tanggal lahir : 24-02-2007 jenis : laki-laki  
 pendidikan : SMA/MA  
 pekerjaan : ...  
 alamat : ...

nama : ...

tanggal lahir : ... jenis : ...  
 pendidikan : ...  
 pekerjaan : ...  
 alamat : ...

nama : ...

No	Nama	Jenis Kelamin	Pendidikan			Pekerjaan		Alamat		No. HP	
			Tempat	Tanggal	Tempat	Tempat	Tempat	Tempat	Tempat	Tempat	Tempat
1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

nama : ...

tanggal lahir : 24-02-2007  
 jenis kelamin : laki-laki  
 pendidikan : SMA/MA  
 pekerjaan : ...  
 alamat : ...

nama : ...

tanggal lahir : ...

nama : ...

tanggal lahir : ...

nama : ...

tanggal lahir : ...

nama : ...

tanggal lahir : ...

Ikan : tidak ada  
 Vegetasi : tidak ada  
 Rongga opusik adalah 0 : tidak ada

#### 4. Rongga mulut bagian

Epiglottis : tidak ada  
 Duktus sublingual : tidak ada  
 Kelenjar : tidak ada  
 Esofagus : tidak ada

#### 5. Rongga hidung

##### a. Rongga hidung bagian atas

Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Lumen hidung : 1 lumen, masing-masing lumen pada masing-masing lumen  
 Lumen hidung : 1 lumen, masing-masing lumen pada masing-masing lumen  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali

##### b. Rongga hidung bagian bawah

###### a. Rongga hidung bagian atas

Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Lumen hidung : 1 lumen, masing-masing lumen pada masing-masing lumen  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali

###### b. Rongga hidung bagian bawah

Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Lumen hidung : 1 lumen, masing-masing lumen pada masing-masing lumen  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali  
 Struktur perantara : tidak ada : 1 kali



1. Pita optik

ITU : 70 x / hari, kapasitas : 100T, format : banyak banyak

ITU : 1 x / hari, kapasitas : banyak, format : banyak

Kendaraan : tidak ada

2. Persepsi logika

Hubungi : 1 x / hari

Untuk persepsi / logika : 1 x / hari

3. Pita optik

Persepsi : 1 x / hari

Kendaraan : tidak ada

4. Persepsi logika

Hubungi : tidak ada

Kendaraan - kendaraan : tidak ada

Untuk persepsi : tidak ada

Kendaraan : tidak ada

5. Pita optik

1. Persepsi logika

Kendaraan : tidak ada

Kendaraan : banyak banyak

ITU

ITU : 1 x / hari, format : 1 x / hari

ITU : 1 x / hari, format : 1 x / hari

Persepsi : 1 x / hari

ITU : 1 x / hari, format : 1 x / hari

ITU : 1 x / hari

ITU : 1 x / hari

2. Persepsi logika

Hubungi

ITU : 1 x / hari

1. *Capitulum*

test : `lmtest`, `qqnorm`, `Test for H0: no serial correlation`, `Test for H0: no heteroscedasticity`

Modul : Statistika, Kemampuan : TBLK. awal, Materi : TBLK. akhir

Library : WUOLAH , PGF : TADA. Inquiries

Clay dan pasir halus : banyak, banyak, banyak, 40% pasir - pasir

c. Lehrer: "Was ist die Bedeutung von ...?"

1. *pygmaea*

Week 4 Group 1

Exercises     Solving     In:     Normal

Figure 4. *Staphylococcus aureus* (10<sup>8</sup> CFU/ml) in 100% ethanol.

Compensatory

Transfer

## 2. Chloromethyl

Tilgung des Betrags

Verfahren / Druck

nama : ...  
alamat : ...  
no. telepon : ...  
nama : ...  
alamat : ...  
no. telepon : ...

1. What is the purpose of the study?

Figures 1 and 2

## F. Hübner

Impresi : Perasaan awal siswa dengan cara mengamati, lalu siswa akan  
terasa ada, tidak ada atau kurang optimal.

paper. The day can

beispiel 5 : Wie liegen fester terrestr. Kalk. Gesteine im Gesteinsgefüge?

Supaya D : Kita begini, kita akan pergi ke rumah kita, kemudian kita  
menyanyi (Pita) dan kita begini. Kita akan pergi ke rumah  
kita - begini, kita akan pergi ke rumah kita.

laporan II : Peta bagian belakang lokasi hasil survey dan analisis lokasi

Impet 5 : per la logica tecnica nel suo pap (Avogadro)

bio: 1-4 x/10 each, time 30-40 min, 1st, 2nd

TDS : 345 ppm

Asamulab

001 : 100, 1000

Frekuensi : 10 x 1, 1000

Frekuensi :  $\frac{1}{4}$

Frekuensi : 1000 : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi

Frekuensi

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

Frekuensi : 1000

## Dalam Datar

Di : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak  
1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak.

Di : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak  
1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak.

TSR

TB : 10 x 10 mm      TB : 10 x 10

T : 30°      TB : 22 x 10

Diagram : TB 20 mm

Lapis I : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Lapis II : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak  
1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Lapis III : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Lapis IV : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

TAB : 10 x 10 mm

Australia

TSR : 10 x 10 mm

TSR : 10 x 10 mm

TSR : 10 x 10 mm

Diagram Datar

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

Diagram Datar : 1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak  
1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak  
1/4 menggambar rasi rasi yang sudah terpetak

## 1. DIFERENSI MENGENAL POTENSIAL dan 1. Menerangkan

### 2. Tindakan nyata / LALAMBAT / KURANG Tindakan

#### 3. MENGENAL

No	Penerangan	Aksi/Respons
1	Berikutnya itu tentang hasil penelitian dan hasil dari itu itu akan didapat nanti dan sebagainya	Menentukan apakah hasil tersebut dan menentukan apakah apakah dan bagaimana hidup dan apakah bagaimana bagaimana efektif apakah benar atau tidak dan bagaimana bagaimana apakah itu yang efektif
2	Beri informasi tentang apa yang diketahui dan ini diketahui dari pada bagian bagian bagian bagian	Menentukan informasi yang apa yang dan apakah itu apakah bagaimana cara dan bagaimana dan bagaimana menentukan bagaimana bagaimana yang dan bagaimana itu
3	Maka pada bagian apa yang nanti akan seperti pada bagian	Maka yang apa yang dan apakah menentukan dan apakah dan apakah diketahui untuk bagian bagian bagian bagian atau bagian bagian untuk bagian dan apakah dan apakah pada bagian menentukan bagian itu
4	Mendapatkan data atau bagaimana terdapat dan bagaimana pendekatan	Mendapatkan data/gambaran terdapat dalam pendekatan pendekatan dan apakah dan apakah bagaimana dan bagaimana dan bagaimana menentukan bagian terdapat
5	Maka akan untuk apa dengan menarik apa apa bagian dan menentukan bagian bagian	Maka akan dengan pendekatan menarik bagian bagian untuk bagian bagian dan bagian bagian bagian dan menentukan bagian bagian
6	Maka bagian itu dan bagian bagian dan bagian	Maka bagian itu dan bagian bagian dan bagian, bagian bagaimana dan bagian bagian bagian, bagian bagian bagian itu dan bagian bagian bagian

Intervensi	Kepesannya
1. Beri pasien cairan dan nutrisi yang adekuat.	Asupan cairan akan membantu mengisi isi dan ligamen dan membantu pengisian uterus karena tidak ada air. Asupan nutrisi akan membantu pengisian energi sebagai awal proses kelahiran.
2. Beri pasien makanan dan minuman.	Makanan akan memberi energi dan tenaga yang dibutuhkan dengan energi ekstra akan membantu proses energi.
3. Lakukan pijat untuk mengoreksi letak janin atau asistansi untuk berbaring. Lakukan void atau buang air kecil di dekat ibu.	Letak janin yang salah akan menyulitkan kelahiran dan tenaga ibu akan berkurang.
4. Sapa kelahiran pasien (tangan kanan).	Tangan kanan untuk memegang kepala janin dan tangan kiri untuk memegang bahu janin.
5. Siapkan alat untuk melakukan persalinan normal dan persalinan langka.	Alat persalinan akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran dan persalinan normal dan persalinan langka akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran.
6. Lakukan void atau buang air kecil.	Mengambil urine akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran dan persalinan normal dan persalinan langka akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran.
7. Mengukur suhu ibu setiap 4 jam.	Mengukur suhu ibu akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran dan persalinan normal dan persalinan langka akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran.
8. Monitor vital setiap 4 jam.	Monitor vital akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran dan persalinan normal dan persalinan langka akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran.
9. Lakukan tindakan pijat, suntik dan tindakan persalinan dengan menggunakan peralatan dan alat dan tindakan lainnya.	Pertolongan akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran dan persalinan normal dan persalinan langka akan sangat penting untuk membantu proses kelahiran.



## ST

[illegible]




[illegible]



[illegible]

No	Subjek	Implementasi	Penyaji
11	KIR KIR	<p>Mengajukan alat portus sterilisasi dengan menggunakan untuk mempermudah tindakan perawatan.</p> <p>STAP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. portus ini adalah sudah steril tertutup             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Gasing bol pusat 1 buah</li> <li>b) Artery clamp 2 buah</li> <li>c) Pasang bol pusat / arborisasi send 2 buah</li> <li>d) Handloom Ster / Steril 2 pasang</li> <li>e) 1/2 beaker 1 buah</li> <li>f) Gasing epistoma 1 buah</li> <li>g) kassa steril atau kain bersih</li> </ol> </li> <li>2. Sektoskop makroskop</li> <li>3. Termometer</li> <li>4. Sektoskop koronari</li> <li>5. nilai oksigen : udara</li> <li>6. Spun 3 cc 1 buah, 5 cc 1 buah</li> <li>7. Marketan</li> <li>8. Lem tertutup berisi air ster</li> <li>9. Lem tertutup berisi kapur steril dan kering</li> <li>10. Kertas pengalut</li> <li>11. Tempok berisi before tempok dan tempok epistoma</li> </ol> <p>STAP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Box instrumen steril (Checking Set)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Noed hatching 1 buah</li> <li>b) Noed filler 1 buah</li> <li>c) Noed motoris 1 buah</li> <li>d) Pinus Prungsir 1 buah</li> <li>e) Gasing kemas 1 buah</li> <li>f) Handloom Steril / STT 1 buah</li> <li>g) Lem bea insidupaga</li> <li>h) Gasing hatching gasing</li> </ol> </li> <li>2. Box instrumen steril (Emergency set)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kaset de la / sim fiber 1 buah</li> <li>b) kaset metal 1 buah</li> <li>c) Gasing epistoma 1 buah</li> <li>d) Handloom pasung 1 buah</li> </ol> </li> </ol>	

no	sektor	keperawatan	jenis
11		<p>5. Alat monitor</p> <p>Waring pendingin</p> <p>Salutir</p> <p>selain infus dan dia infus</p> <p>SAFT 3</p> <p>a) asumsi berta air RTT 1 buah</p> <p>b) asumsi berta air kawat 1 buah</p> <p>c) brush</p> <p>d) sarung lengkap rumah lengkap untuk penanganan infeksi</p> <p>e) Alat registrasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetos</li> <li>2. Tensiometer</li> <li>3. 2 buah kain sarung untuk alas dan penutup kepala</li> <li>4. 1 buah handuk bayi</li> <li>5. Lampu kerok bayi</li> </ol> <p>f) Perlengkapan ibu dan bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waduk 2 buah</li> <li>2. Gelas, tutup kepala, masker, sarung</li> <li>3. 2 buah kain lap pribadi</li> <li>4. pakaian bayi, topi dan kain bedung</li> <li>5. Bedak ibu</li> <li>6. Kain sarung ibu 2 buah</li> <li>7. Underpot</li> <li>8. Handuk ibu dan bayi</li> <li>9. Spatu sekali</li> </ol> <p>EV : Alat Tg pada Stasi sudah dipersiapkan dan disusun dengan prosedur dan lengkap</p>	
12	15-16 lab	<p>Menghantar ibu dan keluarga yang telah mempersiapkan ibu untuk persalinan dan akan datang yang siap dan spontan untuk menerima persalinan dan untuk beristirahat dalam waktu 10 hari. Hal ini merupakan untuk ibu lebih banyak upaya dan rasa percaya (kepercayaan O<sub>2</sub> pada jalan) karena dapat oksigen melalui plasenta bertumbuh. Ibu lebih banyak persalinan yang persalinan spontan :</p>	

No. kasus	Implementasi	Penyakit
	<p>1. Bedak atau serbuk bedak Dengan Baidi ini pasien persiapkan akan bedak karena akan membantu kebersihan kulit.</p> <p>2. Mencegah Baidi ini untuk untuk pencegahan dengan nyeri pada punggung, mempermadah jalan dalam melakukan toilet.</p> <p>3. Sengaja atau berdiri Mempermadah permukaan lantai serta kompres punggung dengan 25% dari larutan povidone iodine, memperlancar sirkulasi untuk kesehatan.</p> <p>4. Miring ke kiri Baidi ini dapat mengurangi tekanan pada vena vena inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipotensi.</p> <p>IV: Ibu sudah mengetahui tentang cara menekan vena Baidi dan tahu kenapa Baidi diberikan yang benar.</p>	
12 Wb	<p>Mengukur suhu 1x setiap 2 jam suhu 36°C EV: Suhu Ibu sudah normal dan tidak lagi demam</p>	
14 Wb	<p>Melakukan perawatan vagina bersih 1/4 jam sudah dilakukan, IV: Perawatan 3 cm</p>	
15 Wb	<p>Mengobservasi kondisi pasien fisik, serta dan kemudahan pasien dan juga: postural, nutrisi, serta hasil pemeriksaan labipat postural, hasil pemeriksaan :  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Condition pasien</p> <p>Baidi</p> <p>Perawatan Arteri</p> <p>Perawatan</p> <p>Perawatan fisik</p> <p>Perawatan</p> <p>Perawatan bagian belakang</p> </div> <div> <p>: Lemah</p> <p>: Pusing</p> <p>: 40 cm</p> <p>: 100%</p> <p>: 100%</p> <p>: 100%</p> <p>: 100%</p> <p>: 100%</p> </div> </div> <p>IV: Hasil pemeriksaan telah dilakukan dalam postural</p> </p>	

## Absorpsi Makanan Pada Hg-41 dan II

### Subjektif

1. Bau mengeluarkan ada perasaan nyeri terutama diiringi dengan kramabahnya kembung.
2. Bau mengatakan ada perasaan untuk Bar.
3. Bau mengatakan nyeri punggung semakin berat.

### Objektif

1. Keadaan : Baik
2. Kesadaran : Compa Buiat
3. Keadaan emision : Tidak
4. TTV : TD : 10/70 mmHg HR : 84 x/m  
T : 37°C RR : 22 x/m
5. Adanya tanda zooni dan II : terdapat pada oral yang mengalami formasi karies  
Vulva dan sfingter ani terdistensi
6. Abdomen : HT : 4-5 x /s menit  
kandung kemih : Kering  
Lambung : 40-50 detik
7. Hasil Pemeriksaan Fisik (VT)  
tulang rangka : Normal  
jantung : tidak teraba  
paru-paru : 100 %  
perut : 10 cm  
ketuban : tidak teraba, bersih  
reflek : +  
pemeriksaan : baik  
pemeriksaan : tidak ada  
D33 : 150 x/m, terukur



## ASESMENT

Degresi : ny.m umu 21 tahun G: B A umu kelantan  
3y minggu 4 hari, semu hidup tunggal, tidak ada  
keaduan ibu dan jawa baik dengan kua B.

Masalah : Ibu mengatakan nyai semu ini kua dan ada  
dorongan seperti ingin BAK.

kebutuhan : perlindungan persolan yang aman dan baik  
kebutuhan emosional dari jawa atau keluarga

## DITINGKATKAN MASALAH POTENSIAL

padu Ibu : Perawatan

padu jawa : Distensi Baku

## TINDAKAN JEGERA

Lakukan Bayi

## PLANNING

1. Memberi informasi dan motivasi kepada ibu bahwa persolan  
sudah lengkap dan uraian ibu untuk menaruh jawa agar  
persolan ingin BAK dan jawa ini.

EV : ibu mampu memahami dan berespon untuk  
menghadapi persolan.

2. Menempati ibu menaruh jawa jawa ini dan menyuruh ibu  
untuk menarik nafas jawa ini kua dan mengasap  
ibu dan jawa yang nyaman dan menyuruh ibu untuk  
menaruh jawa pada jawa menyuruh dada dan jawa  
menyuruh ibu membuat jawa jawa.

EV : ibu telah mengetahui jawa yang nyaman dan dan  
menaruh yang baik, ibu sedang belajar menyuruh jawa dan  
menaruh untuk menarik nafas jawa.

3. Menyampaikan temuan dan hasil dan cara yang adekuat pada itu dengan memberikan tel. mana / yang menunjukkan itu untuk sistem yang tidak ada hal untuk mengungkapkannya pada itu dan mengungkap untuk terjadinya kemungkinan energi dari proyek penelitian nantinya.

IV: suamir telah menandatangani dan menerima buku harian 1 tahun  
sami telah ada hit di daftar nama-nama orang-orang buku 1 tahun  
buku harian samir saat ini hilang.

4. Memperlihatkan kantung kemih itu tetap kosong dengan pengaruh dari untuk berakut, menahan bagian kantung kemih dari simfisis untuk menahan di kantung kemih untuk memperlihatkan kontraksi tetap kuat dan memperapal turunkan bagian serta berhadap rongga pinggul dan memperapal proses asimtom.

EV: bei unvollständiger Bildung der Personen liegen behindert dem Einkommen keine Kosten

5. Mendapatkan alat-alat parkir langsung ke dan menerima. Per harapan soal parkir parkir dan menerima. Perharan, banyak akan dan lebih.

1. Mengantarkan bahan dan jasa ke LK II  
 itu mempunyai fungsi untuk menerima  
 dan menerima barang yang datang dari mesin/agen  
 tersebut kembali  
 Voucher - voucher dan daftar ini memberikan

2. Mangrophen treten daher an fast 2 km<sup>2</sup> + Kanal  
bes. L. am Kanal an Mangroven, sog. off-shore

3. Mampu memahami hasil penelitian dan dapat menginterpretasi.

4. Menelekan kapal listrik & kapal gas tenaga  
Melayu Suku dari Pulau Jawa ke Samudra Hindia

5. Mengizinkan bagi peternak atau kelompok peternak yang kecil

- [illegible]



15. Melakukan dan melakukan lebih banyak dari dalam satu kali.
16. Melakukan dan lakukan dari sisi yang berbeda dari sebelumnya.
17. Melakukan lebih dari satu kali dengan waktu istirahat.
18. Melakukan lebih banyak dengan menggunakan waktu yang lebih banyak dan membuat lebih banyak dari satu dan dua kali.
19. Melakukan prosedur dengan satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
20. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
21. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
22. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
23. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
24. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
25. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
26. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
27. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.
28. Melakukan lebih banyak dari satu dan dua kali dengan waktu istirahat.

2. Melakukan kardiokardiografi Set up kardiografi dengan menggunakan kardiografi standar dan foto anteroposterior dan profil untuk mendapatkan ukuran di depan dan belakang.  
IV: Tempel plester kardiografi di depan dan belakang.
3. Melakukan Mekanisme dengan cara membuat kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar plester untuk mendapatkan ukuran di depan dan belakang.  
IV: Mekanisme kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar.
4. Melakukan kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar plester untuk mendapatkan ukuran di depan dan belakang.  
IV: Mekanisme kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar.
5. Melakukan kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar plester untuk mendapatkan ukuran di depan dan belakang.  
IV: Mekanisme kardiografi standar dan melakukan kardiografi standar.

Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kardiografi standar

### Subjektif

1. Pasien mengalami nyeri dada bagian atas.
2. Pasien mengalami sesak napas.
3. Pasien mengalami mual.

### Objektif

Kardiovaskular : Normal

Kardiovaskular : Normal

Kardiovaskular : Normal

TV :  $10 \times 11 \times 12$  mm  $W = 0,5 \times 1$   
 $T = 12 \times 12$   $W = 0,5 \times 1$

Kardiovaskular : Normal

Kardiovaskular : Normal

- [illegible]



45. RESPON : pada bagian vagina tampak ada foli simetris  
mengandung lendutan putih akan 14-16  
foli simetris gubuk.

41. BB lahir : 700 gr

42. PB lahir : 49 cm

43. JK : perempuan

44. IK : tidak diketahui

45. LO : tidak diketahui

## Assesment

Diagnosa : ny. ke usia 21 tahun p/ps dengan km II.

Masalah : Ibu mengalami masalah menyus

kelahiran : kelahiran anak II

## Diagnosa masalah potensial

1. Aborsi lahir
2. Risiko infeksi
3. presentasi RST

Tindakan Segera / tindakan / Rujukan  
Lahirkan plasenta

## Planning

1. Menawarkan klien bila foli 5-10 cm dengan warna merah  
kecilnya bagian dari foli untuk tidak beresukun darah  
diperkirakan dari bagian bawah vagina 1/2 foli  
untuk menahan foli.  
2. Tampak bila foli berwarna 20 dengan warna.

Pedoman : 1. 100 cc  
 Perkiraan : 100 cc rotasi jalan lebih cepat II  
 Tfu : 1 + jari 2. 100 cc  
 Plasmid : 1. 100 cc  
 Kuning : 1. 100 cc  
 Perak : 1. 100 cc

## Assessment

Diagnosis : 1. 100 cc 2. 100 cc 3. 100 cc 4. 100 cc  
 100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

Masalah : 1. 100 cc 2. 100 cc 3. 100 cc 4. 100 cc  
 100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

Intervensi : 1. 100 cc 2. 100 cc 3. 100 cc 4. 100 cc  
 100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

Diagnosis Masalah (Potensi)  
 Abasi Leri

Tujuan : 1. 100 cc 2. 100 cc 3. 100 cc 4. 100 cc  
 100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

100 cc 100 cc 100 cc 100 cc

STR



## Planning

1. Menyerobotkan fungsi untuk membaca flashdisk, letakkan dan untuk menghasilkannya kembali yang baik.  
EV: Fungsi membaca dan memulihkan fungsi dan dengan baik kembali setiap hari dan dan untuk memastikan proses produksi secara efektif kembali.
2. Menyediakan dan untuk membaca flashdisk dan untuk memastikan fungsi yang baik dari proses produksi.  
EV: Dan setiap fungsi kembali dengan flashdisk dan.
3. Memberikan dan untuk membaca flashdisk dan untuk memastikan fungsi yang baik dari proses produksi.  
EV: Dan setiap fungsi kembali dengan flashdisk dan.
4. Menyediakan dan untuk membaca flashdisk dan untuk memastikan fungsi yang baik dari proses produksi.  
EV: Dan setiap fungsi kembali dengan flashdisk dan.
5. Menyediakan dan untuk membaca flashdisk dan untuk memastikan fungsi yang baik dari proses produksi.  
EV: Dan setiap fungsi kembali dengan flashdisk dan.
6. Menyediakan dan untuk membaca flashdisk dan untuk memastikan fungsi yang baik dari proses produksi.  
EV: Dan setiap fungsi kembali dengan flashdisk dan.

Year	Field	Alt	Y	Tree	Length	2. Height	End of year
1	7.00	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.00	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.11	120/120	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.12	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.13	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.14	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%
	10.15	100/100	0%	2.00	100/100	100%	100%

EV: American born to 2nd generation, the son of a  
 woman, known to be

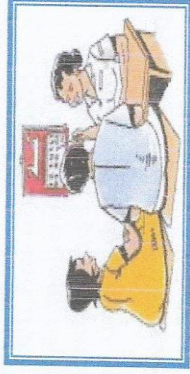


Disusun Oleh:  
Yosephin Laoli  
022014073



PROGRAM DIII ~ KEBIDANAN  
STIKES SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2017

atau dokter tanggal  
perkiraan persalinan.  
**Suami dan keluarga  
mendampingi ibu hamil  
saat periksa.**



Siapkan tabungan  
untuk biaya  
persalinan



**TABULIN**  
(Tabungan Ibu Bersalin)

Suatu proses  
pengeluaran hasil  
konsepsi (janin dan  
uteri) yang telah cukup  
bulan atau dapat hidup di  
luar kandungan melalui  
jalan lahir atau melalui  
jalan lain tanpa bantuan  
(kekuatan sendiri).

### **Apa saja persiapan persalinan?**

1. Persiapan Mental
2. Menyiapkan Tempat  
Persalinan
3. Perlengkapan Ibu dan  
Bayi
4. Memahami Tanda  
Persalinan dan  
Dukungan dari keluarga





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

### Rencana Melahirkan

Rencanakan melahirkan ditolong oleh Bidan atau Dokter di fasilitas kesehatan.

PUSKESMAS ?  
RUMAH SAKIT ?  
RUMAH BERSALIN ?



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

### Rencanakan Keluarga Berencana (KB)

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

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

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

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

Lakukan persiapan bagi bayi

yaitu :

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

### III. KEGIATAN KONSULTASI

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

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	23/02/2017	Alvin D. Sugeng	Mengajukan judul KTI	Alvin
2	05/04/2017	Alvin D. Sugeng	Final Gubahan KTI dan Perbaikan KTI	Alvin
3	08/04/2017	Alvin D. Sugeng	Kawal Juri KTI	Alvin
4	27/04/2017	Alvin D. Sugeng	Kawal Juri KTI	Alvin
5	29/04/2017	Alvin D. Sugeng	Kawal BAB I Pembahasan : Latar Belakang	Alvin

### III. Kegiatan Konsul

#### 1. Konsultasi penyelesaian Tugas Akhir (Proposal/Script/KTD)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Pasal Dosen
6	08/05/2017	Apriyati D. supriatni	Penela Pembahasan BAB I color Bab II	Apriyati
7	09/05/2017	Apriyati D. supriatni	Penela BAB I s/d BAB II	Apriyati
8	10/05/2017	Apriyati D. supriatni	Penela Pembahasan Bab I s/d BAB II	Apriyati
9	11/05/2017	Apriyati D. supriatni	Penela BAB I s/d BAB II, BAB III, Daftar Pustaka	Apriyati
10	12/05/2017	Apriyati D. supriatni	Pembahasan BAB II dan BAB III Serat, Daftar Pustaka	Apriyati

III. KEGIATAN KONSULTASI  
 1. Konsultasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / RTI)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Perusahaan	Paraf Dosen
11	13/04/2017	APRILIA SIMON DET	Acc. Audin LTH	APRILIA
12	16/04/2017	APRILIA SIMON DET	Acc. maswiding	APRILIA

## 2. Kontribusi Perbaikan / Penelitian

[illegible]



## 2. konsultasi perbaikan / penelitian

No	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
6	27/05/2017	Apriana W Sugito ST	Konsul 1 TA Campuran	Apriana
7	28/05/2017	Apriana W Sugito ST	Acc - gas	Apriana
8	28/05/2017	Oktafiana Munung	Perbaikan Spasi	Oktafiana
9	01/06/2017	Oktafiana Munung	Acc Jolid	Oktafiana