

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N USIA 25 TAHUN
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 6 HARI DENGAN
PERSALINAN DISTOSIA BAHU DI RUMAH
BERSALIN RIDHO TAHUN 2018

STIKes Santa Elisabeth Medan

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

ADRIANA DANITA NDRAHA
022015002

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N USIA 25 TAHUN
G₁P₀A₀ USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 6 HARI DENGAN
PERSALINAN DISTOSIA BAHU DRUMAH
BERSALIN RIDHO TAHUN 2018

Studi Kasus

Diajukan Oleh

Adriana Danita Ndraha
Nim : 022015043

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

Oleh :

Pembimbing : Merlina Sinabariba, SST., M.Kes

Tanggal : 16 MEI 2018

Tanda Tangan: 

Mengetahui

Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan



Prodi D III Kebidanan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM



STI Kes Elisabeth Medan

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

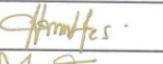
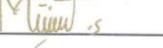
Nama : Adriana Danita Ndraha
NIM : 022015002
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G₁P₀A₀
Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia
Bahu Di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018

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

TIM PENGUJI :

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

TANDA TANGAN



CURICULUM VITAE



STI Kes Elisabeth Medan

Nama	: Adriana Danita Ndraha
Tempat / Tanggal Lahir	: Sitio-tio, 05 Juli 1997
Agama	: Kristen Katolik
Jenis Kelamin	: Perempuan
Anak ke	: 1 dari 4 bersaudara
Nama Ayah	: Albertus Ndraha
Nama Ibu	: Robenta Sigalingging
Alamat	: Jl. Matseh Gelar Kesayangan, Sibolga
Pendidikan	<ol style="list-style-type: none">1. SD Sw. St. Fransiskus (2003-2009)2. SMP Negeri 1 Pandan (2009-2012)3. SMK Negeri 1 Sibolga (2012-2015)4. DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan 2015 -Sekarang

LEMBAR PERSEMPAHAN

Yang Utama Dari Segalanya...

Syukur dan Trimakasih kepada Tuhan atas cinta dan kasih sayang Nya yang telah ku terima sehingga akhirnya Laporan Tugas Akhir yang sederhana ini dapat terselesaikan dengan baik.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasih dan kusayangi.

Ibunda dan Ayahandaku Tercinta, sebagai tanda terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ibu dan Ayah ku yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada henti, semua itu tiada mungkin kudapat, hanya dengan selembar kertas yang kutuliskan kata cinta dan persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Ayah bahagia karena belum bisa berbuat yang lebih. Terima kasih telah mendoakan langkahku dan selalu menasehatiku menjadi lebih baik.

All My Family, Brother's and sister's

Untuk Opung, Tante Tio, Maktua Eva, Maktua Agus, Kak Tanty, Bg Agus dan adik-adikku (Alex, Yoga, dan Palentino Ndraha) dan semuanya yang tak terucapkan satu persatu. Ku ucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya atas doa, semangat dan bantuannya selama aku menempuh bangku perkuliahan ini, hanya karya sederhanaku ini yang melalui selembar kertas yang dapat ku persembahkan.

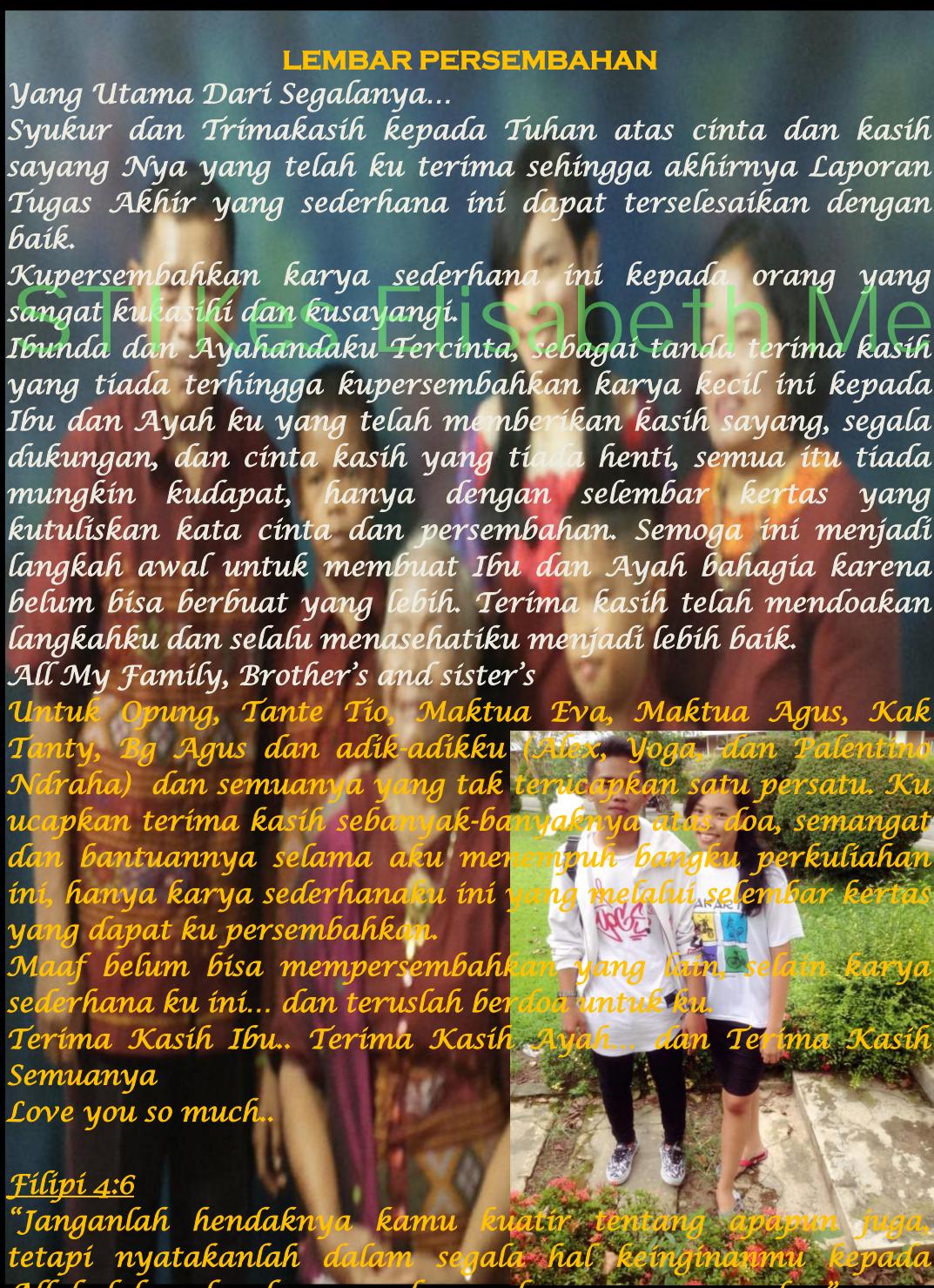
Maaf belum bisa mempersembahkan yang lain, selain karya sederhana ku ini... dan teruslah berdoa untuk ku.

Terima Kasih Ibu.. Terima Kasih Ayah... dan Terima Kasih Semuanya

Love you so much..

Filipi 4:6

"Janganlah hendaknya kamu kuatir tentang apapun juga, tetapi nyatakanlah dalam segala hal keinginarmu kepada Allah dalam doa dan permohonan dengan ucapan syukur"



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun Gp₀A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Rumah Bersalin Ridho

Tahun 2018" ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, Mei 2018

Yang membuat pernyataan



(Adriana Danita Ndraha)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N USIA 25 TAHUN GIP₀A₀
DENGAN PERSALINAN DISTOSIA BAHU DI RUMAH
BERSALIN RIDHO TAHUN 2018¹**

Adriana Danita², Merlin Sinabariba³

INTISARI

Latar Belakang: Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan maneuver obstetric oleh karena tarikan biasa ke belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi. Pada persalinan dengan presentasi kepala, setelah kepala lahir bahu tidak dapat dilahirkan dengan cara pertolongan biasa dan tidak didapatkan sebab lain dari kesulitan tersebut. Incidensi distosia bahu sebesar 0,2% - 0,3 % dari seluruh persalinan vaginal presentasi kepala. American College of Obstetrician and Ginekologi, menyatakan bahwa angka kejadian distosia bahu bervariasi antara 0,6 %-1,4% dari persalinan normal.

Tujuan: Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.N usia 25 tahun G_IP₀A₀ dengan persalinan distosia bahu dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah varney.

Metode : Jenis studi kasus yang digunakan berupa metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan menggunakan 7 langkah varney di Rumah Bersalin Ridho pada tanggal 13 Maret 2018.

Hasil: Asuhan kebidanan yang diberikan adalah melakukan pertolongan persalinan distosia bahu dengan menggunakan teknik Mc. Robert dan maneuver massanti akibat kesulitan melahirkan bahu, penjahitan robekan jalan lahir derajat III dengan catgut kromik 2-0. Setelah dilakukan asuhan pada tanggal 13 Maret 2018 bayi lahir normal dengan berat 5.300 gram jenis kelamin laki-laki, menangis kuat.

Kesimpulan: Setelah dilakukan asuhan pada tanggal 13 Maret 2018 ada kesenjangan antara teori dengan praktik dilapangan. Pada kasus tersebut yaitu pada langkah perencanaan dan pelaksanaan dilakukan penjahitan robekan jalan lahir derajat III oleh bidan yang dimana seharusnya penjahitan robekan jalan lahir derajat 3 dilakukan oleh dokter obstetri.

Kata Kunci: Distosia Bahu, Pertolongan Persalinan, Robekan Jalan Lahir

Kepustakaan : 15 Referensi (2008-2018)

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

MIDWIFERY CARE ON MATERNITY MOTHER NY. N EAST 25 YEARS G₁P₀A₀ WITH SHOULDER DYSTOCIA MATERNITY AT RIDHO MATERNITY CENTRE IN 2018¹

Adriana Danita², Merlina Sinabariba³

ABSTRACT

Background: Shoulder dystocia is a necessary condition of additional midwifery maneuvers due to ordinary pulling toward the infant. In labor with head presentation, it can not be done in the usual way and can not find any other cause of the difficulty. The incidence of shoulder dystocia is 0.2% - 0.3% of all head presentation vaginal deliveries. Each shoulder dystocia is defined as the time interval between birth with an infant body of more than 60 seconds, then a time between the birth of the body with more than 60 seconds. Then the incidence becomes 11%. American College of Obstetrician and Gynecology, states that the incidence of shoulder dystocia varies between 0.6%-1.4% of normal deliveries.

Objective: Implementing midwifery care in mother Ny. Value 25 years GIP0A0 with shoulder dystocia maternity by using midwifery management 7 steps varney.

Methods: Type of case study which is a descriptive method using case study using 7 steps at Ridho Maternity Centre on March 13, 2018.

Results: Midwifery care provided is to help shoulder dystocia maternity by using the technique of Mc. Robert and massu maneuvers due to the difficulty of giving birth to the shoulder, the tearing of the third-grade birth tract with 2-0 chromic catgut. After care done on March 13, 2018 a normal born baby weighing 5,300 grams Male gender, crying strongly.

Conclusion: After taking care on March 13, 2018 there is a position between theory and practice in the field. In the case that is in the planning and execution step is done jokes tearing the birth lane III degree by the midwife where the burden of tearing rupture of the birth canal is done by the obstetrician.

Keywords: Shoulder Distosia, Labor Relief, Trigger of Birth Road

Literature: 19 References (2008-2018)

¹The Title of Case Study

²Study Prodi-DIII Obstetrics STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKES Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Rumah Bersalin Ridho”**. Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

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

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku, Kaprodi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Lilis Sumardiani, SST., M.KM selaku Dosen Pembimbing Akademik penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama mengikuti pendidikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Merlina Sinabariba, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing dan Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama menyusun Laporan Tugas Akhir di Akademi Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes, Risma Mariana Manik, SST., M.Kes selaku koordinator dan Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir ini telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Aprilita Br. Sitepu, S.ST dan Ermawati Arisandi Siallagan, S.ST., M.Kes selaku Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir Penulis yang telah banyak memberikan kritik dan saran untuk kemajuan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Seluruh Staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan Program studi D3 Kebidanan.
8. Ibu Masdiar Am.Keb, selaku pemimpin Rumah Bersalin Ridho yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.

STIKes Elisabeth Medan

9. Kepada Ibu Novida yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.

10. Terima kasih banyak buat orang tuaku tersayang, Ayahanda Albertus Ndraha dan Ibunda Robenta Sigalingging yang telah memberikan motivasi, dukungan moril, material dan doa. Serta terima kasih yang tak terhingga karena telah membesarkan dan membimbing penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan baik.

11. Buat yang saya sayangi Adikku Alex Ndraha, Yoga Ndraha, Palentino Ndraha, keluarga dan sanak saudara serta adik angkatku Enima Halawa dan cucu Nova Sihombing yang selalu memberikan saya dukungan, motivasi dan doa sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Beserta teman-teman saya bidan angkatan XV STIKes Santa Elisabeth Medan.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan diharapkan penulis semoga Laporan Tugas Akhir ini memberikan manfaat bagi kita semua.

Medan, Mei 2018



(Adriana Danita Ndraha)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
 BAB I PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulis.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Manfaat Studi Kasus	
1. Manfaat Teoritik.....	7
2. Manfaat Praktis	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	 8
A. Persalinan	
1. Pengertian Persalinan	8
2. Proses Terjadinya Persalinan	9
3. Permulaan Terjadi Persalinan	9
4. Teori Kemungkinan Terjadinya Proses Persalinan	10
5. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan	12
6. Faktor-Faktor Persalinan	13
7. Fase Dalam Persalinan	16
8. Kebutuhan Dasar Dalam Persalinan	20
9. Penatalaksanaan Pertolongan Persalinan Normal (APN)	29
10. Partografi	39

B. Distosia Bahu	50
1. Pengertian.....	50
2. Diagnosis.....	51
3. Faktor Risiko dan Pencegahannya	51
4. Komplikasi Distosia Bahu	53
5. Manajemen Distosia Bahu	54
6. Penanganan Distosia Bahu.....	55
C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	60
BAB III METODE STUDI KASUS	67
A. Jenis Studi.....	67
B. Tempat Studi Kasus.....	67
C. Subyek Studi Kasus.....	67
D. Metode dan Pengumpulan Data	67
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	72
A. Tinjauan Kasus.....	74
B. Pembahasan.....	100
1. Pengkajian Data	100
2. Identifikasi Diagnosa Masalah Kebutuhan	101
3. Diagnosa Masalah Potensial	102
4. Tindakan Segera.....	102
5. Perencanaan.....	103
6. Pelaksanaan	103
7. Evaluasi	104
BAB V PENUTUP.....	105
A. Kesimpulan	105
B. Saran	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1.10.1 Lembar Depan Partografi	48
2.1.10.2 Lembar Belakang Partografi	49
2.2.6.1 Posisi Mc.Robert	56
2.2.6.2 Tekanan Suprapubik	56
2.2.6.3 Teknik Rubin	58
2.2.6.4 Teknik Woods	59

STIKes Elisabeth Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Pengajuan Judul LTA
1. Surat Permohonan Izin Studi Kasus
2. Informent Consent (Lembar Persetujuan Pasien)
3. Surat Rekomendasi Dari Klinik
4. Daftar Tilik
5. Daftar Hadir Observasi
6. Data Pengkajian
7. Partografi
8. Lembar Konsultasi

STIKes Elisabeth Medan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut laporan World Health Organization (WHO) tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia khususnya bagian ASEAN yaitu 923 per 100.000 kelahiran hidup. Laos yaitu 197 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar yaitu 178 per 100.000 kelahiran hidup, Kamboja yaitu 161 per 100.000 kelahiran hidup, Indonesia yaitu 126 per 100.000 kelahiran hidup, Pilipina yaitu 114 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam yaitu 54 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia yaitu 40 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei yaitu 23 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand yaitu 20 per 100.000 kelahiran hidup, Singapura yaitu 10 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Menurut data SDKI, Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1994-2012 yaitu pada tahun 1994 sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup namun pada tahun 2012, Angka Kematian Ibu meningkat kembali menjadi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk AKB dapat dikatakan penurunan on the track (terus menurun) dan pada SDKI 2012 menunjukan angka 32/1.000 KH (SDKI 2012). Dan

pada tahun 2015, berdasarkan data SUPAS 2015 baik AKI maupun AKB menunjukan penurunan (AKI 305/ 100.000 KH; AKB 22,23/ 1000 KH) (Kemenkes, 2016).

Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan (2015), jumlah kasus kematian bayi turun dari 33.278 kasus pada 2015 menjadi 32.007 kasus pada 2016. Sementara hingga pertengahan tahun atau semester satu 2017 tercatat sebanyak 10.294 kasus kematian bayi. Demikian pula dengan kematian ibu saat melahirkan turun dari 4.999 kasus pada 2015 menjadi 4.912 kasus di tahun 2016. Sementara hingga semester satu di tahun 2017 terjadi 1.712 kasus kematian ibu saat proses persalinan (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota diperhitungkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatra Utara tahun 2014 hanya 4,4/1.000 Kelahiran Hidup (KH) dan Angka Kematian Ibu (AKI) dilaporkan di Sumatra Utara tahun 2014 hanya 75/100.000 kelahiran hidup (Depkes Prov. Sumatera Utara, 2014). Angka kematian ibu hamil maupun melahirkan di Sumut mengalami tren penurunan. Pada akhir tahun 2014 (per oktober) terdapat 152 ibu meninggal dunia, sementara pada tahun 2013 jumlah kematian mencapai 249 orang dan 274 ibu meninggal pada tahun 2012. Sementara itu, untuk angka kematian neonatal, bayi dan balita di Provinsi Sumut dari 2012-2014, juga menunjukkan grafik menurun. Pada 2014 ini misalnya, kematian neonatal sebanyak 828 orang, bayi 1.012 dan balita 1.122 orang. Pada tahun 2013 kematian neonatal terjadi sebanyak 9.51 orang, bayi 1.183 orang dan balita

1.317 orang. Penyebab kematian neonatal diantaranya seperti tetanus, sepsis, kelainan kongenital, ikterus, asfiksia dan lain-lain (Sumut Prov, 2014) .

Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan maneuver obstetrik oleh karena tarikan biasa ke belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi. Pada persalinan dengan presentasi kepala, setelah kepala lahir bahu tidak dapat dilahirkan dengan cara pertolongan biasa dan tidak didapatkan sebab lain dari kesulitan tersebut. Insidensi distosia bahu sebesar 0,2% - 0,3 % dari seluruh persalinan vaginal presentasi kepala. Apabila distosia bahu didefinisikan sebagai jarak waktu antara lahirnya kepala dengan badan bayi lebih dari 60 detik, maka waktu antara lahirnya kepala dengan lahirnya badan lebih baik dari 60 detik. Maka insidensinya menjadi 11% (Prawirohardjo, 2014).

Distosia bahu merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetric pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala. Distosia bahu masih menjadi penyebab penting cedera neonatal dan maternal dengan tingkat insidensi distosia bahu mencapai 0.260 (166 kasus dari 44.580 persalinan normal. Distosia bahu memiliki kaitan erat dengan terjadinya cedera pleksus brakhialis. Cedera pleksus brakhialis berkisar 1-20 % dari seluruh kasus distosia bahu. Seringkali cedera hanya bersifat sementara dan akan pulih dalam hitungan jam hingga bulan, namun ditemukan juga cedera permanen, pada 3-10% kasus yang diduga terjadi akibat avulsi jaringan saraf (Akbar, 2017).

Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk “melipat” ke dalam panggul (misal: pada makrosomia) disebabkan oleh fase

aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul setelah mengalami pemanjangan kala II sebelum bahu berhasil melipat masuk ke dalam panggul (Prawirohardjo, 2009).

Insiden distosia bahu sulit dihitung karena masalah dalam mendefinisikannya sehingga semakin luas definisi, semakin tinggi insiden yang dicatat. Akan tetapi rentan antara 0,23 – 2,09 % dari seluruh kelahiran per vagina telah dilaporkan, dengan peningkatan risiko karena peningkatan berat badan lahir. Olugbile dan Mascarenhas meninjau distosia bahu di Birmingham Women's Hospital dan angka insiden yang mereka laporkan adalah 0,53% (Boyle, 2008).

American College of Obstetrician and Ginekologi, menyatakan bahwa angka kejadian distosia bahu bervariasi antara 0,6% - 1,4% dari persalinan normal. Ibu dengan diabetes, 7 % insiden distosia bahu terjadi pada ibu dengan diabetes gestasional (Keller, dkk). Riwayat obstetric dengan persalinan lama/persalinan sulit atau riwayat distosia bahu, terdapat kasus distosia bahu rekuren pada 5 (12%) di antara 42 wanita (Maryunani, 2014).

Masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari wanita usia subur (WUS) serta faktor 4 T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil dan melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan

penanganan kasus emergensi/ komplikasi maternal dan neonatal akibat oleh kondisi 3 T (terlambat), yaitu: 1) Terlambat mengambil keputusan merujuk, 2) Terlambat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten (KEMENKES RI, 2013).

Sesuai dengan kompetensi dan Visi-Misi STIKes Santa Elisabeth Diploma 3 Kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan berdasarkan survey di Rumah Bersalin Ridho pada bulan Maret 2018 yaitu sebanyak (4,8%) atau 1 orang dari 21 orang yang bersalin mengalami distosia bahu, sehingga penulis tertarik untuk mengambil masalah tersebut menjadi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Diharapkan penulis dapat mendeskripsikan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Rumah Bersalin Ridho dengan tujuh langkah varney dan SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mendeskripsikan pengkajian data pada Ny.N Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018.

b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan interpretasi data pada Ny.N

Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun
2018.

c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan diagnosa potensial pada Ny.N

Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun

STIKes Elisabeth Medan

d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan antisipasi atau tindakan segera

pada Ny.N Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho
Tahun 2018.

e. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana tindakan pada Ny.N

Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun
2018.

f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan pelaksanaan tindakan pada Ny.N

Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun
2018.

g. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi tindakan pada Ny.N

Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun
2018.

3. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan asuhan kebidanan serta berkesinambungan yang bermutu dan yang berkualitas.

2. Manfaat Praktis

STIKes Elisabeth Medan

a. Bagi Institusi

Memberikan manfaat bagi lembaga pendidikan untuk pembangunan materi perkuliahan pada program pendidikan dan studi kasus kepustakaan yang berhubungan dengan distosia bahu.

b. Bagi Klinik

Meningkatkan pelayanan kebidanan dalam kegawatdaruratan neonatal khususnya dalam bidang persalinan dengan distosia bahu, dengan pelayanan kebidanan sesuai standar-standar kebidanan.

c. Bagi Klien

Dapat menambah pengetahuan klien khususnya dan masyarakat umumnya dalam penanganan perdarahan postpartum, serta dapat mengenali tanda-tanda bahaya dan resiko terhadap distosia bahu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

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

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

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

2. Proses Terjadi Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. Perlu diketahui ada 2 hormon yang dominan saat hamil, yaitu (Manuaba, 2010) Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

1. Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

3. Permulaan Terjadi Persalinan

Dengan penurunan hormon progesterone menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, di atas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun

3. Muncul saat nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
4. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim
5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan

STIKes Elisabeth Medan

4. Teori Kemungkinan Terjadinya Proses Persalinan

1. Teori Keregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
 - b. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
 - c. Contohnya pada hamil ganda, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.
2. Teori penurunan progesteron
 - a. Proses penuaan plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.

- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai penurunan progesteron tertentu.
3. Teori oksitosin internal
- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
 - b. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks.
 - c. Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.
4. Teori prostaglandin
- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.
5. Teori hipotalamus – hipofisis dan glandula suprarenalis
- a. Teori ini menunjukan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.

- c. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus – hipofisis dengan mulainya persalinan.
 - d. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan
6. Induksi Partus (Sari, Eka Puspita dan Rimandini, Kurnia Dwi, 2015)

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh :

STIKes Elisabeth Medan

- a. Gagang laminaria: beberapa laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- b. Amniotomi : yaitu pemecahan ketuban dengan sengaja.
- c. Oksitosin drips : pemberian oksitosin melalui tetesan infuse per menit.

Syarat dilakukannya hal ini yang perlu diperhatikan adalah serviks sudah matang (serviks sudah pendek dan lembek) dan kanalis servikalis terbuka untuk 1 jari.

5. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

Tanda-tanda persalinan dalam buku Manuaba (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Kekuatan his semakin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang pendek
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah)
- 3) Dapat disertai ketuban pecah
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).

6. Faktor-Faktor Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan ada 5 faktor yaitu:

- 1) Power (kekuatan yang mendorong janin keluar)

- a. His

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His yang sempurna mempunyai kejang otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal, dan puncak kontraksi terjadi stimultan di seluruh bagian uterus. Sesudah tiap his, otot uterus menjadi lebih pendek dari pada sebelumnya, yang disebut retraksi.

Pada his yang perlu diawasi adalah:

- a. Frekuensi yaitu waktu antara kontraksi atau waktu antara awal kontraksi dengan awal kontraksi berikutnya.
- b. Durasi (lama kontraksi)
- c. Intensitas (kekuatan kontraksi)

His yang baik dan ideal meliputi:

- 1) Kontraksi simultan simetris diseluruh uterus.
 - 2) Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus.
 - 3) Terdapat periode rileksasi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his.
- b. Tenaga mengejan

Segara setelah bagian presentasi mencapai dasa panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar, wanita merasa ingin mengedan. Usaha mendorong ke bawah sama seperti yang

STIKes Elisabeth Medan

dilakukan saat buang air besar (mengedan). Otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir. Hal ini menghasilkan peningkatan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar. Tenaga mengedan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina. Apabila dalam persalinan wanita melakukan usaha mengedan terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Mengedan akan melelahkan ibu dan menimbulkan trauma pada serviks.

2) Passage (Jalan Lahir)

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

3) Passenger (Penumpang)

Cara penumpang (passanger) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

4) Psikologis Persalinan

Salah satu kondisi psikologis yang dapat menghambat proses peralinan adalah rasa cemas. Beberapa determinan terjadinya kecemasan pada ini bersalin, antara lain:

- a. Cemas sebagai akibat dari nyeri persalinan
- b. Keadaan fisik ibu
- c. Riwayat pemeriksaan kehamilan (riwayat ANC)
- d. Dukungan dari lingkungan sosial (suami/keluarga dan teman)
- e. Latar belakang psikososial lain dari wanita yang bersangkutan, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, sosial ekonomi.
- f. Penurunan kontraksi rahim yang akan menyebabkan memanjangnya waktu

5) Posisi Ibu

Posisi dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi biasanya lebih kuat dan lebih efesien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjalai lebih cepat. Selain itu, posisi tegak dianggap mengurangi insiden penekanan tali pusat. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan

seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit uteroplasenta dan ginjal ibu. Posisi tegak juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah.

6) Penolong (Dokter, Bidan, Perawat)

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik.

Dalam hal ini penolong persalinan harus membantu pasien, memperjelas, serta mengurangi beban perasaan dan pikiran selama proses persalinan, membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien dan membantu mempengaruhi orang lain terutama keluarga pasien, lingkungan fisik dan diri sendiri dari adanya kemungkinan bahaya infeksi selama proses persalinan.

7. Fase Dalam Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu (Sari, Eka Puspita dan Rimandini, 2015):

1) Kala I (kala pembukaan)

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan His, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 1998).

Proses pembukaan serviks sebagai berikut akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1) Fase Laten

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

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

- a) Fase Akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase Dilatasi Maksimum, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase Deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Namun, lamanya kala I untuk primigravida dan multigravida berbeda.

Untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan untuk multigravida berlangsung 8 jam.

2) Kala II (Kala Pengeluaran Bayi)

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida,

Tanda dan Gejala kala II persalinan adalah:

- a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik

- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dan diikuti keinginan mengejan karena tertekannya fleksus frankenhauser.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian lahir secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:

- 1) Kepala dipegang pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curamkan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
- 2) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan lainnya.
- 3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

Pada primigravida kala II ini berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 30 menit.

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

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

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir. Pelepasan plasenta terjadi dalam 2 mekanisme, yaitu mekanisme Schultze, yaitu darah dari tempat plasenta tercurah dalam kantong inversi dan tidak mengalir keluar sampai setelah ekstruksi plasenta, kemudian mekanisme Duncan yakni pemisahan plasenta pertama kali terjadi di perifer, dengan akibat darah menggumpal diantara membranе dinding uterus dan keluar dari plasenta. Pada situasi ini, plasenta turun ke vagina secara menyamping, dan permukaan ibu adalah yang pertama kali terlihat di vulva.

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum yang paling sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- a. Memeriksa tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadi perdarahan/ jumlah perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

STIKes Elisabeth Medan

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow:

- 1) Kebutuhan fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa aman
- 3) Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 4) Kebutuhan harga diri
- 5) Kebutuhan aktualisasi

Ada lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesser dan Keane, adalah:

1. Asuhan Sayang Ibu Sebagai Kebutuhan Dasar Dalam Persalinan.

Sebagai bidan, ibu akan mengandalkan pengetahuan, keterampilan dan pengambilan keputusan dari apa yang dilakukan. Hal ini dimaksud untuk:

- a. Mendukung ibu dan keluarga baik secara fisik dan emosional selama persalinan dan kelahiran
- b. Mencegah membuat diagnosa yang tidak tepat, deteksi dini dan penanganan komplikasi selama persalinan dan kelahiran. Merujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terdeteksi komplikasi

- c. Memberikan asuhan yang akurat dengan meminimalkan intervensi
- d. Pencegahan infeksi yang aman untuk memperkecil risiko.
- e. Pemberitahuan kepada ibu dan keluarga bila akan dilakukan tindakan dan terjadi penyulit
- f. Memberikan asuhan bayi baru lahir secara tepat
- g. Pemberian ASI sedini mungkin.

STIKes Elisabeth Medan

Asuhan kebidanan yang diberikan hendaknya asuhan yang sayang ibu dan bayi. Asuhan sayang ibu ini akan memberikan perasaan aman dan nyaman selama persalinan dan kelahiran.

a. Konsep Asuhan Sayang Ibu

Konsep asuhan sayang ibu adalah sebagai berikut:

- 1) Asuhan yang aman berdasarkan evidence based dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian asuhan harus saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
- 2) Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.

- 3) Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi.
- 4) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan.
- 5) Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

STIKes Elisabeth Medan

Badan Coalition Of Improving Maternity Service (CIMS) melahirkan Safe Motherhood Intiative pada tahun 1987. CIMS merumuskan sepuluh langkah asuhan sayang ibu sebagai berikut:

- 1) Menawarkan adanya pendampingan saat melahirkan untuk mendapatkan dukungan emosional dan fisik secara berkesinambungan.
- 2) Memberi informasi mengenai praktek kebidanan, termasuk intervensi dan hasil asuhan.
- 3) Memberi asuhan yang peka dan responsif dengan kepercayaan, nilai dan adat istiadat.
- 4) Memberikan kebebasan bagi ibu yang akan bersalin untuk memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu.
- 5) Merumuskan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pemberian asuhan yang berkesinambungan.
- 6) Tidak rutin menggunakan praktek dan prosedur yang tidak didukung oleh penelitian ilmiah tentang manfaatnya, seperti: pencukuran, enema,

pemberian cairan intravena, menunda kebutuhan gizi, merobek selaput ketuban, pemantauan janin secara elektronik.

- 7) Mengajarkan pada pemberi asuhan dalam metode meringankan rasa nyeri dengan/ tanpa obat-obatan.
- 8) Mendorong semua ibu untuk memberi asi dan mengasuh bayinya secara mandiri.
- 9) Mengajurkan tidak menyunat bayi baru lahir jika bukan karena kewajiban agama.
- 10) Berupaya untuk mempromosikan pemberian ASI dengan baik.

b. Prinsip Umum Sayang Ibu

- a) Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis.
- b) Menggunakan cara-cara yang sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa ada indikasi.
- c) Memberikan rasa aman, berdasarkan fakta dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu.
- d) Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu.
- e) Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu.
- f) Membantu ibu agar merasa aman, nyaman dan didukung secara emosional.
- g) Memastikan ibu mendapat informasi, penjelasan dan konseling yang cukup.

- h) Mendukung ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
- i) Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama.
- j) Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/keluarganya selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- k) Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2) Aspek Fisik Dan Psikologis

Kebutuhan dasar pada ibu bersalin di kala I, II, dan III itu berbeda-beda dan sebagai tenaga kesehatan maka harus dapat memberikan asuhan secara tepat agar kebutuhan-kebutuhan ibu di kala I, II dan III dapat terpenuhi.

a) Kala I

Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi di kala I antara lain:

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

b) Kala II

Kala II persalinan akan mengakibatkan suhu tubuh ini meningkat dan saat ibu mengejan selama kontraksi dapat membuat ibu kelelahan. Disini bidan harus dapat memenuhi kebutuhan selama kala II, diantaranya:

1. Menjaga kandung kemih tetap kosong
2. Menjaga kebersihan ibu
3. Pemberian cairan dan nutrisi
4. Mengatus posisi ibu

Ada 4 posisi yang sering digunakan dalam persalinan, diantaranya:

- a) Posisi berbaring atau litotomi
- b) Posisi miring atau lateral
- c) Posisi jongkok
- d) Posisi setengah duduk

Adapun cara meneran yang baik bagi ibu diantaranya:

- 1) Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dorongan alamiah selama kontraksi
- 2) Jangan anjurkan ibu untuk menahan nafas pada saat meneran.
- 3) Menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi
- 4) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk ibu mungkin merasa lebih mudah untuk meneran, jika ia menarik lutut kearah dada dan menempelkan dagu ke dada.

- 5) Mengajurkan ibu untuk tidak mengangkat pantat saat meneran.
- 6) Tenaga kesehatan (bidan) tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan rupture uteri.

c. Kala III

STIKes Elisabeth Medan

- Adapun pemenuhan kebutuhan ibu di kala III diantaranya:
- a) Menjaga kebersihan
 - b) Pemberian cairan dan nutrisi
 - c) Kebutuhan istirahat

d. Kala IV

Berikut merupakan kebutuhan ibu bersalin kala IV:

- 1) Hidrasi dan nutrisi
- 2) Bimbingan spiritual
- 3) Ibu tetap didampingi setelah bayi lahir
- 4) Kebersihan tetap dijaga untuk mencegah infeksi
- 5) Pengawasan kala IV
- 6) Istirahat
- 7) Memulai menyusui
- 8) Membantu ibu ke kamar mandi
- 9) Biarkan bayi berada dekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi
untuk mempercepat pemberian ASI/Kolostrum
- 10) Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya kala IV

Pemenuhan kebutuhan psikologis ibu bersalin kala I, II, III dan IV

Untuk mengurangi rasa sakit terhadap ibu di kala I, II, III dan IV yaitu dengan cara psikologis dengan mengurangi perhatian ibu yang penuh terhadap rasa sakit. Adapun usaha-usaha yang dilakukannya yaitu dengan cara:

a. Sugesti

b. Mengalihkan perhatian

STIKes Elisabeth Medan

Perasaan sakit akan bertambah bila perhatian dikhususkan pada rasa sakit itu.

Misalnya ibu merasa sakit, penolong memperhatikan terus-menerus, menaruh belas kasihan yang spontan akan menambah rasa sakit. Perasaan sakit itu dapat dikurangi dengan mengurangi perhatian terhadap ibu. Misalnya dengan mengajak bercerita, sedikit bersenda gurau.

c. Kepercayaan

Diusaha agar ibu memiliki kepercayaan pada dirinya sendiri bahwa ia mampu melahirkan anak normal seperti wanita-wanita lainnya. Percaya bahwa persalinan yang dihadapi akan lancar pula seperti wanita lainnya.

3) Kehadiran Pendamping

Menurut (Marshall, 2000) menyebutkan bahwa dukungan pada persalinan dapat dibagi menjadi dua yaitu:

a. Dukungan fisik

Adalah dukungan langsung berupa pertolongan langsung yang diberikan oleh keluarga atau suami kepada ibu bersalin.

b. Dukungan emosional

Adalah dukungan berupa kehangatan, kepedulian maupun ungkapan empati yang akan menimbulkan keyakinan bahwa ibu merasa dicintai dan diperhatikan oleh suami, yang pada akhirnya dapat berpengaruh kepada keberhasilan.

STIKes Elisabeth Medan

4) Pengurangan Rasa Sakit

Nyeri saat melahirkan memiliki derajat yang paling tinggi diantara rasa nyeri yang lain seperti patah tulang atau sakit gigi. Banyak perempuan yang belum siap memiliki anak karena membayangkan rasa sakit yang akan dialami saat melahirkan nanti.

Namun, kini ada beberapa alternatif yang bisa dipilih untuk mengurangi rasa nyeri yang datang saat akan melahirkan. Alternatif tersebut bisa berupa hipnoterapi, teknik akupuntur, metode medis, mandi air hangat, dan lain sebagainya.

5) Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinan Yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya sehingga mampu mengambil keputusan dan ia perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal. Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya yang meliputi:

- a. Penjelasan tentang proses dan perkembangan peralihan.
- b. Penjelasan semua hasil pemeriksaan.

- c. Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut
- d. Penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan.

9. Penatalaksanaan Pertolongan Persalinan Normal (APN)

Asuhan Persalinan Normal 60 LANGKAH APN (Asuhan Persalinan Normal)
STIKes Elisabeth Medan

yaitu sebagai berikut:

1) Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

1. Mengenali dan melihat adanya tanda persalinan kala II. Yang dilihat adalah:
tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda :
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol .
 - d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan.

2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
Untuk resusitasi → tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
 - a. Menggelar kain di atas perut ibu. Tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

- b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Pakai celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan dan menyimpan semua periasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6. Masukan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril).

3) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi.
 - a. Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan kasa dari arah depan ke belakang.
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % → langkah 9.

8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan korin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya selama 10 menit.

Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

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

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

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

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).

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

14. Ajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

5) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

16. Meletakan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

6) Persiapan Pertolongan Kelahiran kepala.

STIKes Elisabeth Medan

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan saat kepala lahir.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar sehingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian

dengan lembut menarik ke arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.

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

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

7) Penanganan Bayi Baru Lahir.

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakan bayi diatas perut ibu di posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntukan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem dari arah

STIKes Elisabeth Medan

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara dua klem tersebut.

b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

c. Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

8) Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III.

34. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga melakukan stimulasi puting susu.

9) Mengeluarkan Plasenta

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

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

5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
 - a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
 - b. Rangsangan taktil (masase) uterus.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakan telapak tangan difundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
40. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

10) Menilai Perdarahan

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

STIKes Elisabeth Medan

11) Melakukan Prosedur paska persalinan

43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

44. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit (*skin to skin*) di dada ibu paling sedikit 1 jam.

a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusu dari satu payudara.

b. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

45. Setelah 1 jam, lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vit K 1 mg IM di paha kiri anterolateral.

46. Setelah 1 jam pemberian vit K berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. Letakan bayi didalam jangkawan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

47. Letakan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

12) Evaluasi

48. Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

1. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
2. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
3. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan

4. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.
49. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
50. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
51. Memeriksakan nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama paska persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua paska persalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama paska persalinan
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
52. Periksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh bayi normal ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$).
- Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk kerumah sakit.
 - Jika bayi napas terlalu cepat, segera dirujuk.
 - Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit kekulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

13) Kebersihan Dan keamanan

53. Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.

54. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.

56. Pastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

57. Dekontaminasi tempat bersalin dengan klorin 0,5%.

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

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

14) Pendokumentasian

60. Lengkapi patograf (Halaman depan dan belakang, periksa tanda vital dan asuhan kala IV) (APN 2012).

10. Partografi

Partografi adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan (Depkes, 2008). Partografi dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan (Saifuddin, 2002 dalam APN 2012).

a. Waktu pengisian partografi

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

b. Isi partografi

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

Isi partografi antara lain:

1. Informasi tentang ibu

- a. Nama dan umur.
- b. Gravida, para, abortus
- c. Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
- d. Tanggal dan waktu mulai dirawat.
- e. Waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Kondisi janin:

- a. Denyut jantung janin.
- b. Warna dan adanya air ketuban.
- c. Penyusupan (molase) kepala janin.

3. Kemajuan persalinan
 - a. Pembukaan serviks.
 - b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
 - c. Garis waspada dan garis bertindak
4. Waktu dan jam
 - a. Waktu mulainya fase aktif persalinan.
 - b. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
5. Kontraksi uterus
 - a. Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit
 - b. Lama kontraksi (dalam detik).
6. Obat-obatan yang diberikan
 - a. Oksitosin.
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
7. Kondisi ibu
 - a. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
 - b. Urin (volume, aseton atau protein).
- c. Cara Pengisian Partografi

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

1. Denyut jantung janin : setiap $\frac{1}{2}$ jam.

2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap ½ jam.
3. Nadi : setiap ½ jam.
4. Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
5. Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam.
7. Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam. (Depkes, 2008 Dalam APN 2012).

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

- 1) Lembar depan partografi.
 - a. Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban dan catat waktu merasakan mules.
 - b. Kondisi janin.

(1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ terdiri antara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (*bradicardi*) atau di atas 160 permenit (*tachikardi*).

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

(2) Warna dan adanya air ketuban.

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

U: Selaput ketuban Utuh.

J: Selaput ketuban pecah, dan air ketuban Jernih.

M: Air ketuban bercampur Mekonium.

D: Air ketuban bernoda Darah.

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

(3) Penyusupan/molase tulang kepala janin.

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

0 : Sutura terpisah.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

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

c. Kemajuan persalinan.

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

(1) Pembukaan serviks.

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

(2) Penurunan bagian terbawah janin.

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

(3) Garis waspada dan garis bertindak.

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

(b) Garis bertindak, terletak sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d. Jam dan waktu.

- (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

- (2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.

Cantumkan tanda ‘x’ di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif

STIKes Elisabeth Medan

e. Kontraksi uterus.

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



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



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



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

f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan.

1. Oksitosin, Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.
2. Obat lain dan cairan IV, catat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g. Kondisi ibu

1. Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh
 - a. Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.
 - b. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Beri tanda panah pada partografi pada kolom waktu yang sesuai.
 - c. Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Catat suhu tubuh pada kotak yang sesuai.
2. Volume urine, protein dan aseton.

Ukur dan catat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih).

Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

2) Lembar belakang partografi

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

1. Data dasar

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

2. Kala I

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

3. Kala II

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin,

distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.

4. Kala III

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

5. Kala IV

Penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

6. Bayi baru lahir.

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

Gambar 10.1 Lembar Depan Partografi

PARTOGRAF

No. Register	<input type="text"/>	Nama Ibu/Bapak : _____ / _____	Umur : _____ / _____	G... P... A... Hamil minggu
RS/Puskesmas/RB	<input type="text"/>	Masuk Tanggal : _____	Pukul : _____ WIB	
Ketuban Pecah	sejak pukul _____ WIB	Mules sejak pukul _____ WIB	Alamat :	

Denyut Jantung Janin (x/menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80					
air ketuban penyusukan						
Pembukaan serviks (cm) berdasarkan Tujuan terjadinya persalinan	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Waktu (Pukul)	1	2	3	4
Kontraksi tiap 10 menit	< 20 : 5 20-40 : 4 > 40 : 3 (detik) 2 1					
Oksitosin U/I tetes/menit						
Obat dan cairan IV						
Nadi	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60					
Tekanan darah						
Temperature °C						
Urine	Protein Aseton Volume					
Penolong						
Makan terakhir : Pukul Jenis : Porsi : Minum terakhir : Pukul Jenis : Porsi : (.....)						

Gambar 10.2 Lembar Belakang Partografi

CATATAN PERSALINAN									
1.	Tanggal :								
2.	Nama bidan :								
3.	Tempat Persalinan :								
	<input type="checkbox"/> Rumah Ibu	<input type="checkbox"/> Puskesmas	<input type="checkbox"/> Polindes	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Klinik Swasta	<input type="checkbox"/> Lainnya :			
4.	Alamat tempat persalinan :								
5.	Catahan : <input type="checkbox"/> rujuk, kala : I / II / III / IV								
6.	Alasan merujuk:								
7.	Tempat rujukan:								
8.	Pendamping pada saat merujuk :								
	<input type="checkbox"/> Bidan	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Suami	<input type="checkbox"/> Dukun	<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Tidak ada			
KALA I									
9.	Partogram melewati garis waspada : Y / T								
10.	Masalah lain, sebutkan :								
11.	Penatalaksanaan masalah Tsb :								
12.	Hasilnya :								
KALA II									
13.	Episiotomi :								
	<input type="checkbox"/> Ya, Indikasi								
	<input type="checkbox"/> Tidak								
14.	Pendamping pada saat persalinan								
	<input type="checkbox"/> Suami	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Dukun				
15.	Gawat Janin :								
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan								
	a.								
	b.								
	c.								
	<input type="checkbox"/> Tidak								
16.	Distosia bahu :								
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan								
	a.								
	b.								
	c.								
	<input type="checkbox"/> Tidak								
17.	Masalah lain, sebutkan :								
18.	Penatalaksanaan masalah tersebut :								
19.	Hasilnya :								
KALA III									
20.	Lama kala III :menit								
21.	Pemberian Olsitosin 10 U im ?								
	<input type="checkbox"/> Ya, waktu : menit sesudah persalinan								
	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan								
22.	Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?								
	<input type="checkbox"/> Ya, alasan								
	<input type="checkbox"/> Tidak								
23.	Penegangan tali pusat terkendali ?								
	<input type="checkbox"/> Ya,								
	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan								
PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV									
Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan	
1									
									
									
									
2									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
									
					<img alt="Redacted box				

B. Distosia Bahu

1. Definisi

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (tulang ekor) (Sari, Eka Puspita dan Rimandini, Kurnia Dwi (2015)).

Distosia bahu adalah peristiwa dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. (Maryunani, Anik dan Puspita Eka (2014)).

Distosia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetric yang berat karena morbiditas dan mortalitas perinatal yang tinggi (Manuaba, 2012). Hal ini disebabkan:

- (1) Teknik operasi persalinan bahu sulit, berat, dan memerlukan tim yang baik:
 - a. Dokter anak
 - b. Dokter anestesi
 - c. Asisten yang sudah telatih
 - d. Alat resusitasi yang cukup baik
- (2) Terbatasnya waktu untuk melahirkan bahu yang tertahan disimfisis
- (3) Tarikan berat terhadap leher menimbulkan trauma. Tarikan terlalu ringan persalinan bahu tidak lahir
- (4) Teknik penekanan bahu di atas simfisis sangat penting dan menentukan keberhasilan jalan persalinan

(5) Distosia bahu sebelumnya sulit diduga

2. Diagnosis

Distosia bahu dapat dikenali apabila didapatkan adanya:

a. Kepala bayi sudah lahir, tetapi bahu tertahan dan tidak dapat dilahirkan.

b. Kepala bayi sudah lahir, tetapi tetap menekan vulva dengan kencang.

c. Dagu tertarik dan menekan perineum

d. Traksi pada kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang tetap tertahan di

kranial simfisis pubis.

Begitu distosia bahu dikenali, maka prosedur tindakan untuk menolongnya harus segera dilakukan.

3. Faktor Risiko dan Pencegahannya

Bayi cukup bulan pada umumnya memiliki ukuran bahu yang lebih lebar dari kepalanya, sehingga mempunyai risiko terjadi distosia bahu. Risiko akan meningkat dengan bertambahnya perbedaan antara ukuran badan dan bahu dengan ukuran kepalanya. Pada bayi makrosomia, perbedaan ukuran tersebut lebih besar dibanding bayi tanpa makrosomia, sehingga bayi makrosomia lebih berisiko. Dengan demikian, kewaspadaan terjadinya distosia bahu diperlukan pada setiap pertolongan persalinan dan semakin penting bila terdapat faktor-faktor yang meningkatkan risiko makrosomia. Adanya DOPE (*Diabetes, obesity, prolonged pregnancy, excessive fetal size or maternal weight gain*) akan meningkatkan risiko kejadian.

O'Leary mengidentifikasi faktor risiko yang mungkin selama periode prakonsepsi untuk distosia bahu, yaitu:

- a. Berat lahir ibu makrosomia.
- b. Kelahiran distosia bahu sebelumnya.
- c. Bayi makrosomia sebelumnya.
- d. Keadaan kelebihan glukosa (diabetes atau obesitas sebelumnya).
- e. Multiparitas.
- f. Diabetes gestasional sebelumnya.
- g. Usia ibu lanjut.

Glynn dan Olah mengidentifikasi bahwa faktor resiko antenatal yang paling penting adalah bayi besar atau riwayat berikut sebelumnya, antara lain:

- a. Diabetes.
- b. Obesitas.
- c. Lewat waktu.
- d. Berat badan janin berlebihan.
- e. Pertambahan berat badan ibu berlebihan.
- f. Bayi besar sebelumnya.
- g. Distosia bahu sebelumnya.
- h. Multiparitas

Glynn dan Olah mengidentifikasi bahwa faktor resiko intrapartum yang mungkin, sebagai berikut:

- a. Kemajuan persalinan yang lambat dari 7-10 cm pada kala satu persalinan.

- b. Kala dua persalinan yang lama.
- c. Penurunan berhenti atau kegagalan penurunan.
- d. Makrosomia (>4.000 g).
- e. Perlunya pelahiran dengan asistensi.

Upaya pencegahan distosia bahu dan cedera yang dapat ditimbulkannya dapat

STIKes Elisabeth Medan

- 1) Tawarkan untuk dilakukan bedah besar pada persalinan vaginam berisiko tinggi: janin luar biasa besar (>5 kg), janin sangat besar ($>4,5$ kg) dengan ibu diabetes, janin besar ($> 4\text{kg}$) dengan riwayat distosia bahu pada persalinan sebelumnya, kala II yang memanjang dengan janin besar.
- 2) Identifikasi dan obati diabetes pada ibu.
- 3) Selalu bersiap bila sewaktu-waktu terjadi.
- 4) Kenali adanya distosia seawal mungkin. Upaya mengejan, menekan suprapubis atau fundus, dan traksi berpotensi meningkatkan risiko cedera janin.
- 5) Perhatikan waktu dan segera minta pertolongan begitu distosia bahu diketahui. Bantuan diperlukan untuk membuat posisi Mc. Robert, pertolongan persalinan, resusitasi bayi, dan tindakan anesthesia (bila perlu).

4. Komplikasi Distosia Bahu

Persalinan distosia bahu mempunyai komplikasi yang cukup serius.

Menghadapi kemungkinan distosia bahu sulit diduga sebelumnya oleh karena:

1. Tidak terdapat gejala yang mendahului. Persalinan kepala dapat berlangsung normal, tetapi persalinan bahunya menghadapi kesulitan yang sangat membahayakan.
2. Ketepatan perkiraan berat janin intrauteri dengan menggunakan USG sulit dipastikan.

3. Seksio sesarea yang dilakukan hanya dengan dugaan makrosomia janin saja sulit dibenarkan. Namun, jika berat janin diduga sekitar 5.000 gram, ibu hamil dengan diabetes mellitus, atau dugaan berat janin 4.500 gram pada ibu hamil dengan diabetes mellitus, sekrio sesarea dapat dibenarkan.

Komplikasi distosia bahu pada janin adalah fraktur tulang (klavikula dan humerus), cedera pleksus brakhialis, dan hipoksia yang dapat menyebabkan kerusakan permanen di otak. Dislokasi tulang sevikalis yang fatal juga dapat terjadi akibat melakukan tarikan dan putaran pada kepala dan leher. Fraktur tulang pada umumnya dapat sembuh sempurna tanpa sekuele, apabila didiagnosis dan diterapi dengan memadai. Cedera pleksus brakhialis dapat membaik dengan berjalannya waktu, tetapi sekuele dapat terjadi pada 50 % kasus. Pada ibu, komplikasi yang dapat terjadi adalah perdarahan akibat laserasi jalan lahir, episiotomy, ataupun atonia uteri.

5. Manajemen Distosia Bahu

Singkatan HELPERRS mencerminkan langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk mengatasi distosia bahu pada saat diagnosis ditegakkan.

Help (cari bantuan)

Evaluate need for episiotomy (evaluasi apakah perlu dilakukan episiotomy)

Legs into Mc. Robert (ubah posisi tungkai pada posisi Mc. Roberts)

Pressure (penekanan suprapubis)

Enter (masuk: tangan masuk ke vagina dan dilakukan manuever rotasi internal)

Remove (lahirkan lengan posterior bayi)

Roll (ubah posisi ibu “menungging”)

Start all over again (lanjutkan)

6. Penanganan

Diperlukan seorang asisten untuk membantu, sehingga bersegeralah minta bantuan. Jangan melakukan tarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior sudah masuk kepanggul. Bahu posterior yang belum melewati pintu atas panggul akan semakin sulit dilahirkan bila dilakukan tarikan pada kepala. Untuk mengendorkan ketegangan yang menyulitkan bahu posterior masuk panggul tersebut, dapat dilakukan episiotomi yang luas, posisi Mc. Robert, atau posisi dada-lutut.

Dorongan pada fundus juga tidak diperkenankan karena semakin menyulitkan bahu untuk dilahirkan dan berisiko menimbulkan rupture uteri. Di samping perlunya asisten dan pemahaman yang baik tentang mekanisme persalinan, keberhasilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu juga ditentukan oleh waktu. Setelah kepala lahir akan terjadi penurunan pH arteria umbilikalis dengan laju 0,04 unit/menit. Dengan demikian, pada bayi yang sebelumnya tidak mengalami hipoksia tersedia waktu antara 4-5 menit untuk melakukan maneuver melahirkan bahu sebelum terjadi cedera hipoksik pada otak.

Secara sistematis tindakan pertolongan distosia bahu adalah sebagai berikut.

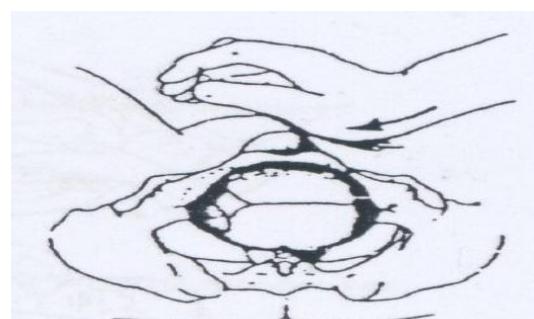
Langkah pertama: Manuver Mc.Robert

Maneuver Mc.Robert dimulai dengan memosisikan ibu dalam posisi Mc.Robert, yaitu ibu telentang, memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada, dan rotasikan kedua kaki kearah luar (abduksi). Lakukan episiotomi yang cukup lebar. Gabungan epeisiotomi dan posisi Mc.Robert akan mempermudah bahu posterior melewati promontorium dan masuk ke dalam panggul. Mintalah asisten menekan suprasimfisis ke arah posterior menggunakan pangkal tangannya untuk menekan bahu anterior agar mau masuk di bawah simfisis. Sementara itu lakukan tarikan pada kepala janin kearah posterokaudal dengan mantap.

Langkah tersebut melahirkan bahu anterior. Hindari tarikan yang berlebihan karena akan mencederai pleksus brakhialis. Setelah bahu anterior dilahirkan, langkah selanjutnya sama dengan pertolongan persalinan presentasi kepala. Maneuver ini cukup sederhana, aman, dan dapat mengatasi sebagian besar distosia bahu derajat ringan sampai sedang.



Gambar 2.2.6.1 Posisi Mc.Robert



Gambar 2.2.6.2 Tekanan Suprapubik

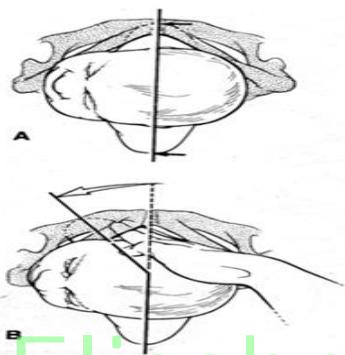
Langkah kedua: Manuver Rubin

Oleh karena diameter anteroposterior pintu atas panggul lebih sempit daripada diameter oblik atau transversanya, maka apabila bahu dalam anteroposterior perlu diubah menjadi posisi oblik atau transversa untuk memudahkan melahirkannya.

Tidak boleh melakukan putaran pada kepala atau leher bayi untuk mengubah

STIKes Elisabeth Medan

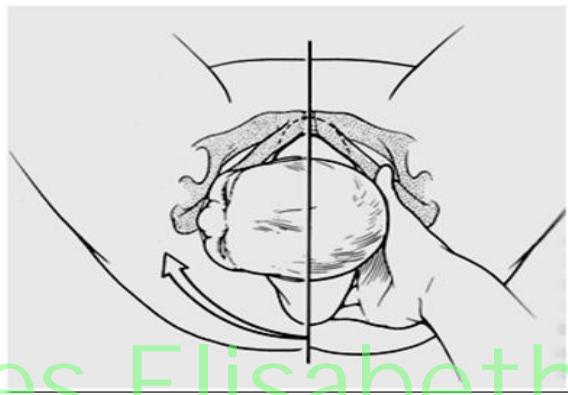
posisi bahu. Yang dapat dilakukan adalah memutar bahu secara langsung atau melakukan tekanan suprapubik ke arah dorsal. Pada umumnya sulit menjangkau bahu anterior, sehingga pemutaran bahu lebih mudah dilakukan pada bahu posteriornya. Masih dalam posisi Mc.Robert, masukkan tangan pada bagian posterior vagina, tekanlah daerah ketiak bayi, sehingga bahu berputar menjadi posisi oblik atau transversa. Lebih menguntungkan bila pemutaran itu ke arah yang membuat punggung bayi menghadap kearah anterior (Maneuver Rubin anterior) oleh karena kekuatan tarikan yang diperlukan untuk melahirkannya lebih rendah dibandingkan dengan posisi bahu anteroposterior atau punggung bayi menghadap ke arah posterior. Ketika dilakukan penekanan suprapubik pada posisi punggung janin anterior akan membuat bahu lebih abduksi, sehingga diameternya mengecil. Dengan bantuan tekanan suprasimfisis ke arah posterior, lakukan tarikan kepala ke arah posterokaudal dengan mantap untuk melahirkan bahu anterior.



Gambar 2.2.6.3 Teknik Rubin kedua. Diameter bahu dengan bahu ditunjukkan oleh panah kecil

Langkah ketiga: Melahirkan bahu posterior, posisi merangkak, atau maneuver Wood

Melahirkan bahu posterior dilakukan pertama kali dengan mengidentifikasi dulu posisi punggung bayi. Masukkan tangan penolong yang berseberangan dengan punggung bayi (punggung kanan berarti tangan kanan, punggung kiri berarti tangan kiri) ke vagina. Temukan bahu posterior, telusuri lengan atas dan buatlah sendi siku menjadi fleksi (bisa dilakukan dengan menekan fossa kubiti). Peganglah lengan bawah dan buatlah gerakan mengusap ke arah dada bayi. Langkah ini akan membuat bahu posterior lahir dan memberikan ruang cukup bagi bahu anterior masuk ke bawah simfisis. Dengan bantuan tekanan suprasimfisis ke arah posterior, lakukan tarikan kepala kearah posterokaudal dengan mantap untuk melahirkan bahu anterior.



STI Kes Elisabeth Medan

Gambar 2.2.6.4 Teknik Woods

Manfaat posisi merangkak didasarkan asumsi fleksibilitas sendi skroiliaka bisa meningkatkan diameter sgital pintu atas panggul sebesar 1-2 cm dan pengaruh gravitasi akan membantu bahu posterior melewati promontorium. Pada posisi telentang atau litotomi, sendi sakroiliaka menjadi terbatas mobilitasnya. Pasien menopang tubuhnya dengan kedua tangan dan kedua lututnya. Pada maneuver ini bahu posterior dilahirkan terlebih dahulu dengan melakukan tarikan kepala.

Bahu panggul ternyata tidak dalam gerak lurus, tetapi berputar seperti aliran sekrup. Berdasarkan hal itu, memutar bahu akan mempermudah melahirkannya.

Maneuver Wood dilakukan dengan menggunakan dua jari dari tangan yang berseberangan dengan punggung bayi (punggung kanan berarti tangan kanan, punggung kiri berarti tangan kiri) yang diletakkan di bagian depan bahu posterior. Bahu posterior dirotasi 180 derajat. Dengan demikian, bahu posterior menjadi bahu anterior dan posisinya berada di bawah arkus pubis, sedangkan bahu anterior memasuki pintu atas panggul dan berubah menjadi bahu posterior. Dalam posisi seperti itu, bahu anterior akan dengan mudah dapat dilahirkan.

Setelah melakukan prosedur pertolongan distosia bahu, tindakan selanjutnya adalah melakukan proses dekontaminasi dan pencegahan infeksi pasca tindakan. Perawatan pasca tindakan termasuk menuliskan laporan di lembar catatan medic dan memberikan konseling pascatindakan.

STIKes Elisabeth Medan

C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997, dalam Saminem, 2010:39) adalah sebagai berikut :

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 tahap ini, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dari berbagai sumber. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang kondisi klien. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan konsulksi melalui upaya manajemen kolaborasi. Pada kondisi tertentu, langkah pertama dapat tumpang tindih dengan langkah ke-5 dan ke-6 (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil

pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Terkadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah ke-4 untuk memperoleh data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis. Sebagai contoh, diperoleh diagnosis “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut menghadapi proses persalinan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “**nomenklatur standar**”, tetapi tentu akan menghadirkan masalah yang memerlukan pengkajian lebih lanjut dan perencanaan untuk mengurangi rasa takut tersebut.

Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya.

Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Langkah ini sangat penting dalam memberikan asuhan yang aman bagi klien. Contoh seorang wanita yang mengalami pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian, bidan harus melakukan langkah antisipasi dan membuat perencanaan untuk mengatasi kondisi tersebut dan bersiap-siap terhadap kemungkinan perdarahan pascapartum tiba-tiba akibat atonia uteri yang disebabkan pemuaian uterus yang berlebihan. Pada kasus persalinan dengan bobot bayi besar, bidan sebaiknya melakukan antisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan distosia bahu dan perlunya tindakan resusitasi.

Bidan sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kemih yang menyebabkan tingginya risiko kelahiran premature atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium, dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kemih terjadi.

Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan atau maupun oleh dokter, dan/atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau

ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain, manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada waktu persalinan.

STIKes Elisabeth Medan

Pada tahap ini, bidan dapat mengumpulkan dan mengevaluasi sejumlah data baru. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat yang mengharuskan bidan mengambil tindakan 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, akan terlihat mana situasi yang memerlukan tindakan segera dan mana yang harus menunggu intervensi dari dokter, (misalnya prolaps tali pusat). Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi bersama dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal pre-eklampsia, kelainan panggul, 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 ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi paling tepat dilakukan dalam manajemen asuhan kebidanan.

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada tahap ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera men lengkapi informasi/data yang tidak lengkap.

STIKes Elisabeth Medan

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti yang apa diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, budaya atau psikologis.

Dengan kata lain, asuhan bagi wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan harus sudah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh sebab itu, tugas bidan dalam tahap ini adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian 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 akan atau tidak akan dilakukan 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.

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam upaya kolaborasi bersama dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggungjawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosis yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bisa saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. Mengingat manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu kontinum, bidan perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses

menajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses menajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Proses manajemen tersebut berlangsung di dalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik. Oleh sebab itu, tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi hanya dalam bentuk tulisan saja.

STIKes Elisabeth Medan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah dengan menggunakan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. “Studi kasus ini dilakukan pada ibu bersalin Ny.N G_IP₀A₀ usia 25 Tahun dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018”.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Bersalin Ridho, Jl. Sehati no 60, Tegal Rejo, Pada tanggal 13 Maret 2018 dengan pengambilan kasus Persalinan dengan Makrosomia sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ny.N G_IP₀A₀ usia 25 Tahun dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018”.

D. Metode dan Pengumpulan Data

1. Metode

Pada kasus ini alat atau instrument yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan manajemen 7 langkah Varney.

2. Jenis Data

a. Data Primer

1. Pemeriksaan Fisik

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

STIKes Elisabeth Medan

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

b) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa abdomen (palpasi Leopold).

c) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ini pemeriksaan auskultasi meliputi: pemeriksaan tekanan darah (TD) dan denyut jantung janin (DJJ).

2. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau berbicara berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan Ny. N dengan Persalinan Makrosomia.

3. Observasi

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

b. Data Sekunder

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

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi.

Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus ibu bersalin

dengan persalinan makrosomia diambil dari catatan status pasien di

Rumah Bersalin Ridho.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menujung latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi keputakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2008-2018.

Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

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

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

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

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- a. SAFE I: Korentang steril, kapas DTT, kassa steril, obat-obatan (cyntocinon, metergin, lidocain, betadine), partus set, tali pusat, arteri klem, gunting tali pusat, ½ kocher, gunting episiotomy, duk stenen), sputit, stetoskop monoural, air DTT dan klorin, safety box, nierbekken, lampu sorot, pita ukur.
- b. SAFE II: heacting set: (nald heacting, nald folder, pinset anatomis, pinset sirurgis, gunting heacting, kain kasa, tampon vagina, stand doek bolong, handscoen), vital sign, infuse set, waslap, piring plasenta.
- c. SAFE III: sepatu bot, kain bedong bayi, perlengkapan ibu dan bayi, softex/pembalut ibu, underpad dan resusitasi set.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N USIA 25 TAHUN
G1P0A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 6 HARI DENGAN
PERSALINAN DISTOSIA BAHU DI RUMAH
BERSALIN RIDHO**

STI Kes Elisabeth Medan

Tanggal Masuk	: 13-03-2018	Tgl pengkajian	: 13-03-2018
Jam Masuk	: 09.50 WIB	Jam Pengkajian	: 09.50 wib
Tempat	: RB. Ridho	Pengkaji	: Adriana N

I. PENGUMPULAN DATA

A. BIODATA

Nama Ibu	: Ny. N	Nama Suami	: Tn. F
Umur	: 25 tahun	Umur	: 45 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Padang/Indonesia	Suku/bangsa	: Melayu/Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Perbatasan	Alamat	: Jl. Perbatasan

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Alasan utama masuk kamar bersalin :

Ibu mengatakan ada keluar lendir bercampur darah dari kemaluannya sekitar pukul 09.00 wib

b. Riwayat menstruasi

STIKes Elisabeth Medan

Menarche : 14 th,

Siklus : 30 hari, teratur

Lama : 4-5 hari,

Banyak : ± 3-4x ganti pembalut/hari

Dismenorea/tidak : Tidak ada

c. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi sejak tanggal: 13-03-2018 pukul: 08.00 wib

Frekuensi : 3x/10 menit

Lamanya : 20-30 detik kekuatannya: kuat

Lokasi ketidaknyamanan: perut hingga pinggang

d. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir Ada , Jumlah : ± 10 cc Warna : Kemerahan

Air Ketuban Ada/tidak , Jumlah : Warna :

Darah Ada/tidak , Jumlah : Warna :

e. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

No.	Tgl. Lahir Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Penolo ng	Bayi		Nifas	
					Ibu	Bayi		PB/BB/ JK	Keada an	Kead aan	Lakt asi
	H	A	M	I	L		I	N	I		

f. Riwayat kehamilan sekarang

G1 P0 A0

HPHT : 11-06-2017

HPL : 18-03-2018

UK : 38 minggu 6 hari

ANC : teratur, frekuensi : 6 x di: RS. Stela Maris, Prodia

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : > 12 kali

Riwayat Imunisasi: TT 1: TT 2: -

Keluhan : Tidak ada

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : Tablet Fe

Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

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

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

STIKes Elisabeth Medan

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak pernah

h. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada riwayat kembar

i. Riwayat KB : Tidak pernah

j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi :

. Status perkawinan : sah Kawin : 1 kali

. Lama nikah 1 tahun, menikah pertama pada umur 24 tahun

. Kehamilan ini direncanakan : Ya

. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Senang

. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah musyawarah

. Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah Sakit

. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : Tidak ada

k. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3-4 kali sehari, makan terakhir jam 07.30 wib

Porsi : 1-2 porsi

a) Pagi : Nasi 1 piring + ikan 1 potong + sayur 1 mangkuk kecil +

candil/bubur pulut 1 mangkuk sedang

b) Siang : Nasi 1 piring + ikan 1 potong + sayur 1 mangkuk kecil+buah

c) Sore : candil/bubur pulut 1-2 mangkuk sedang

d) Malam : Nasi $\frac{1}{2}$ piring + ikan 1 potong + sayur 1 mangkuk kecil

Minum : \pm 12 gelas/hr, jenis air putih + susu

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : \pm 1-2 jam

Tidur malam : \pm 7 jam

Tidur terakhir jam : 06.30 wib

Keluhan : Tidak ada

c. Pola eliminasi

BAK : \pm 7 kali/hari, konsistensi cair, warna : kuning

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lunak, warna : kuning kecokelatan

lendir darah: Tidak ada

BAB terakhir jam : 11.00 wib

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2-3 sehari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

Keluhan : Tidak ada

Hubungan sexual : - x/mgg, Hubungan sexual terakhir

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

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,2°C

Respirasi : 24 kali/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

- . Berat badan : 70 kg, kenaikan BB selama hamil : 25 kg
- . Tinggi badan : 160 cm
- . LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan fisik

STIKes Elisabeth Medan

a. Postur tubuh: Lordosis

b. Kepala

.Muka : simetris, cloasma tidak ada, oedema tidak ada

.Mata : simetris, Konjungtiva : tidak anemis, sklera: tidak ikterik

.Hidung : Bersih, Polip : tidak meradang

.Mulut/bibir : Bersih, tidak ada gigi berlubang dan tidak pucat.

c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

d. Payudara

Bentuk simetris : Ya

Keadaan putting susu : Menonjol

Aerola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Ada sedikit

Palpasi :

Colostrums : Ada

Benjolan : Tidak ada

e. Ekstremitas

Tangan dan kaki

Simetris : Ya

Odema pada tungkai bawah : Ada

Varices : Tidak ada

Pergerakan : Aktif

STIKes Elisabeth Medan

f. Abdomen

Inspeksi:

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan : tidak

Linea nigra : Ada

Bekas luka/operasi : Tidak ada

Palpasi :

TFU : 40 cm

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

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba keras, panjang dan memapan
(punggung) dan pada abdomen kiri teraba bagian kosong dan
bagian terkecil janin (ekstremitas)

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

Leopold IV : Bagian terbawah sudah masuk PAP

TBJ : 4495 gram

Kontraksi : 3 x/10 menit, lama 20-30 detik, kuat, teratur

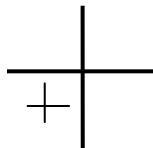
Kandung kemih : kosong

Auskultasi

Djj : +

Frekuensi : 140 x/menit, teratur

Punctum maksimum :



Perkusi

CVAT : Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

Distansia Spinarium : Tidak dilakukan

Distansia Cristarum : Tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan Genitalia

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini: Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Lendir darah

Bekas luka/jahitan perineum : Tidak ada

Anus : Tidak ada hemorrhoid

5. Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : Inpartu, Pukul : 10.55 wib, Oleh : Bidan

Dinding vagina : Licin

Portio : Tipis

Pembukaan Servik : 8 cm

Konsistensi : Lunak

Ketuban : Utuh

Presentasi Fetus : Kepala

Posisi : UUK

Penurunan bagian terendah : 2/5

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : Jenis Pemeriksaan : Gula Darah

Hasil : 7,8 mmol/L

II. INTERPRETASI DATA DASAR

a. Diagnosa : Ny. N usia 25 tahun G1P0A0 dengan usia kehamilan 38 minggu 6 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan presentasi kepala, sudah masuk PAP, keadaan ibu dan janin baik, ibu inpartu kala I fase aktif.

Data dasar

STIKes Elisabeth Medan

- Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya
- Ibu mengatakan HPHT tanggal 11-06-2017
- Ibu mengatakan mules sejak pukul 08.00 wib

Data Objektif :

K/U : Baik, Kes : compos mentis

Tanda-tanda vital:

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,2°C

Respirasi : 24 kali/menit

Palpasi Abdomen

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bundar, lunak, dan tidak

melenting (bokong)

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba keras, panjang dan memapan

(punggung) dan pada abdomen kiri teraba bagian kosong

dan bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III: Pada bagian terbawah janin teraba, bulat, keras dan

melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian terbawah sudah masuk PAP

STIKes Elisabeth Medan

TFU : 40 cm

TBJ : 4495 gram

Djj : 140 x/menit

Kontraksi : 3 x/10 menit, lama 20-30 detik, kuat, teratur

Kandung kemih : kosong

Pemeriksaan Dalam

Dinding vagina : Licin

Portio : Tipis

Pembukaan Servik : 8 cm

Konsistensi : Lunak

Ketuban : Utuh

Presentasi Fetus : Kepala

Posisi : UUK

Penurunan bagian terendah : 2/5

b. Masalah

Cemas menghadapi persalinan

Nyeri pada perut hingga pinggang

c. Kebutuhan

- a) Asuhan sayang ibu
- b) Persiapan alat persalinan
- c) Partografi

STIKes Elisabeth Medan

III. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Pada Ibu : Perdarahan pasca persalinan

Robekan jalan lahir

Rupture uterus

Pada janin : Asfiksia

Fraktur klavikula

Kematian

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

Tanggal : 13-03-2018

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan	Memberitahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang dilakukan merupakan langkah awal bagi bidan agar ibu mengetahui keadaanya.
2	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini, khususnya	Dengan menjelaskan keadaan ibu saat ini adalah normal diharapkan ibu paham

No	Intervensi	Rasional
	nyeri pada perut hingga pinggang	sehingga akan membantunya untuk mengurangi kecemasan dan ketakutannya dalam menghadapi persalinan.
3	Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman	Posisi yang rileks pada ibu akan membantu ibu untuk mengurangi rasa nyeri
4	Ajarkan ibu teknik rileksasi	Untuk membantu aliran oksigen kearah janin dan memperlancar sirkulasi darah serta member ketenangan pada ibu
5	Lakukan masase atau sentuhan pada ibu	Masase pada perut dan pinggang untuk mengurangi rasa nyeri
6	Penuhi nutrisi dan cairan ibu	Asupan cairan akan menambah energy ibu dan terhindar dari dehidrasi yang keluar melalui keringat atau urine dan asupan makanan akan membantu penyimpanan energy cadangan saat persalinan nanti.
7	Siapkan alat-alat persalinan dan ruangan	Set partus disusun secara ergonomis mempermudah untuk melakukan tindakan dan juga tetap dalam keadaan steril untuk mencegah infeksi.
8	Lakukan pemantauan kemajuan kala I dengan partografi	Partografi dibuat untuk memantau keadaan ibu maka dapat diketahui kemajuan persalinannya untuk menentukan keputusan klinik yang akan diambil.

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 13-03-2018

No	Jam	Implementasi	Paraf
1.	10.00	<p>Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan KU : Baik, Kes: compositus Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit Suhu : 36,2°C Respirasi : 24 kali/menit</p> <p>Hasil palpasi abdomen: pada bagian fundus teraba bagian bokong janin, pada sisi kanan abdomen ibu teraba keras dan panjang (punggung janin). Presentasi kepala dan sudah masuk PAP.</p> <p>Hasil VT:</p> <p>Pembukaan : 8cm Ketuban : Utuh Presentasi : Kepala</p> <p>Evaluasi: Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksannya, Ibu dan janin dalam keadaan baik.</p>	Adriana
2	10.10	<p>Menjelaskan pada ibu bahwa yang dialami saat ini adalah nyeri yang terjadi akibat dorongan yang kuat oleh bayi terhadap rongga panggul saat kepala janin memasuki jalan lahir dan tekanan yang kuat dari fundus.</p> <p>Evaluasi: ibu sudah mengetahui tentang nyeri yang dialaminya saat ini.</p>	Adriana
3	10.25	<p>Mengajarkan ibu teknik rileksasi dengan tarik nafas yang panjang melalui hidung dan lepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dapat dilakukan saat ada his (kontraksi)</p> <p>Evaluasi: ibu sudah mengetahui teknik rileksasi dan tampak ibu sedang melakukannya.</p>	Adriana
4	10.35	<p>Menganjurkan ibu untuk memilih posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu. Ibu boleh duduk, jongkok, merangkak, dan berbaring miring kanan atau miring kiri.</p> <p>Evaluasi: ibu tampak sedang berbaring miring ke kiri</p>	Adriana

No	Jam	Implementasi	Paraf
5	10.40	Melakukan masase pada pinggang atau perut ibu, bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, suami juga dapat melakukannya. Evaluasi: ibu sedang melakukannya	Adriana
6	10.50	Memenuhi nutrisi dan cairan ibu dengan memberikan ibu minum teh manis dan air putih serta mengajurkan ibu untuk makan. Evaluasi: ibu sudah minum teh manis setengah gelas	Adriana
7	11.00	Menyiapkan alat-alat persalinan dalam keadaan siap pakai SAFE I: Korentang steril, kapas DTT, kassa steril, obat-obatan (cytocinon, metergin, lidocain, betadine), Partus set: (handscoen steril, kassa, tali pusat, arteri klem, gunting tali pusat, ½ kocher, gunting episiotomy, duk stenen), spuit, stetoskop monoural, air DTT dan klorin, safety box, nierbeken, lampu sorot, pita ukur. SAFE II: heacting set: (nald heacting, nald folder, pinset anatomis, pinset sirurgis, gunting heacting, kain kasa, tampon vagina, stand doek bolong, handscoen), vital sign, infuse set, waslap, piring plasenta. SAFE III: sepatu bot, kain bedong bayi, perlengkapan ibu dan bayi, softex/pembalut ibu, underpad dan resusitasi set. Evaluasi: Peralatan persalinan telah disiapkan.	Adriana
8	11.20	Memantau kemajuan persalinan kala I Evaluasi: Persalinan kala I sedang di pantau dengan partografi	Adriana

Hasil pemantauan ibu:

Pemantauan	Jam					
	09.50	10.30	11.00	11.30	12.30	13.00
DJJ	140x/i	142x/i	142x/i	145x/i	145x/i	145x/i
His	3x/10'	3x/10'	3x/10'	4x/10'	4x/10'	5x /10'
Penurunan kepala	2/5					0/5
Pembukaan	8 cm					10 cm
Nadi	80x/i	78x/i	78x/i	78x/i	80x/i	80x/i
Suhu	36,2 °C					36,6 °C
TD	110/80					100/70
Urine	±70 cc				±50 cc	
Cairan	1 gelas air putih		½ gelas teh	½ gelas teh		½ gelas the

VII. EVALUASI

- S:**
- Ibu mengatakan merasa lebih nyaman pada saat melakukan teknik rileksasi dan dielus/masase pada pinggang ibu.
 - Ibu mengatakan sudah melakukan miring kanan dan miring kiri
 - Ibu mengatakan nyeri sudah semakin sering
- O:**
- Wajah ibu tampak kesakitan

Vital sign: TD : 100/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,6⁰C

RR : 20 x/menit

VT : Pembukaan : 10 cm

Ketuban : sudah pecah (spontan)

Penurunan : 0/5

Hodge : IV

Portio : Tipis dan membuka

Konsistensi : Lunak

Affacement : 100 %

- A:**
- Diagnosa: Ibu inpartu kala I
 - Masalah: belum teratasi

P: Lakukan pertolongan persalinan

KALA II

S: STIKes Elisabeth Medan

- Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB

- Ibu mengatakan nyeri diperut yang menjalar hingga ke pinggang

- Ibu mengatakan ada keluar lendir darah

- Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran

O: KU: Baik, Kes: CM

Tampak pengeluaran lendir darah

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

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,6⁰C

Respirasi : 20 kali/menit

Kontraksi: 4-5 x/10 menit, durasi 30-45 detik

DJJ : 145 x/menit

Pemeriksaan dalam: - Dinding vagina : menipis

- Pembukaan : 10 cm

- Ketuban : sudah pecah

- Penurunan kepala : hodge IV

Kandung kemih : kosong

Tanda gejala kala II

- Perineum semakin menonjol
- Vulva dan sfingter ani membuka
- Kepala tampak di vulva

A•Diagnosa: Ibu inpartu kala II S•Masalah: - Nyeri saat kontraksi semakin kuat TIKes Elisabeth Medan

- Cemas menghadapi persalinannya

Kebutuhan:

- Asuhan sayang ibu

- Pimpin ibu meneran
- Pertolongan asuhan persalinan normal

Masalah potensial: Pada ibu : Partus lama

Pada janin : Asfiksia, distosia bahu

Tindakan segera : Lahirkan bayi

P: 1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu saat ini sudah buka lengkap • dan

ibu memasuki proses pengeluaran janin. Ibu sudah dapat mengedan jika
ada dorongan meneran sesuai instruksi bidan

Evaluasi: ibu sudah mengtahui kemajuan persalinannya

2. Memimpin ibu untuk mengedan dengan meletakkan kedua tangan memegang kedua paha luar, lalu kepala melihat keperut sambil tarik nafas

dari hidung lalu tahan, dan hembuskan melalui mulut seperti sedang batuk.

Evaluasi: ibu sudah dipimpin mengedan

3. Memberikan dukungan pada ibu agar ibu semangat dalam menghadapi persalinannya

Evaluasi: Bidan telah memberi dukungan pada ibu

4. Memasang infuse dengan cairan Ringer Laktat 500 ml + Oksitosin 10 IU pada tangan kiri 10 tetes/menit

Evaluasi: infuse telah dipasang

5. Memasang oksigen 2 L/menit dengan selang nasal

Evaluasi: ibu sudah dipasang oksigen

6. Melakukan pertolongan persalinan normal sesuai dengan APN.

- Memakai APD, mencuci tangan lalu dikeringkan, pakai sarung tangan, meletakkan tangan kiri di vertex dan tangan kanan melakukan steneng
- Bila kepala tampak di vulva maju mundur, perineum menonjol dan anus membuka, pimpin ibu meneran saat ada his (keinginan spontan untuk meneran). Saat ibu meneran, lindungi perineum dengan satu tangan dengan kain bersih, melakukan tindakan mencegah kepala ekstensi (mencegah robekan perineum).

STIKes Elisabeth Medan

- Kepala bayi sudah lahir, usap muka bayi dengan kain bersih dan bersihkan lendir dari mulut dan hidung dengan kassa steril, periksa adanya lilitan tali pusat (tidak ada lilitan tali pusat).
- Bayi tidak mengalami putar paksi luar secara spontan dan mengalami kesulitan dalam melahirkan bahu.

STIKes Elisabeth Medan

Evaluasi: Kepala bayi sudah lahir, lilitan tali pusat tidak ada, akan

tetapi kepala bayi tidak terjadi putar paksi luar secara spontan.

DATA PERKEMBANGAN KALA II

Jam : 15.30 wib

S:

-

O:

- Kepala tampak menetap divulva dan perineum
- Kepala tidak melakukan putar paksi luar secara spontan
- Dagu tertahan di vulva

A:

Diagnosa : Ibu in partu kala II dengan distosia bahu

Masalah : - Bahu sulit dilahirkan

- Kepala tidak putar paksi spontan

Kebutuhan : Lahirkan bahu bayi

Antisipasi masalah potensial : Pada ibu : Laserasi jalan lahir

Pada janin : Fraktur klavikula

Tindakan segera : Lahirkan bahu bayi dengan pertolongan distosia bahu

P:

1. Melakukan pertolongan persalinan distosia bahu

a. Manuver Mc. Robert

- Meminta ibu untuk melipat kedua pahanya, sampai kedua lutut berada

sedekat mungkin pada dada ibu dan dibantu oleh asisten agar fleksi

maksimal paha. Secara bersamaan meminta asisten untuk memberikan

sedikit tekanan suprapubis kearah bawah dengan lembut untuk membantu

persalinan pengeluaran bahu.

Evaluasi: bahu bayi belum lahir, lakukan maneuver massanti

- Manuver massanti

Meletakkan tangan di atas simfisis dan menekan ke arah dada untuk

mengecilkan diameter bahu bayi, sambil tarik kepala bayi ke bawah untuk

melahirkan bahu anterior dan tarik perlahan ke atas untuk melahirkan

bahu posterior. Setelah kedua bahu bayi lahir, lakukan sanggah susur

dengan menyusuri seluruh tubuh bayi sampai ke kaki bayi, lalu letakkan

di atas perut ibu.

Evaluasi: Bayi lahir spontan pukul 16.00 wib, jenis kelamin laki-laki,

menangis lemah, dilakukan rangsangan taktil bayi menangis kuat.

b. Setelah bayi lahir, mengeringkan bayi dengan kain bersih dan kering, lalu

melakukan pemotongan tali pusat dengan menjepit tali pusat dengan

klem umbilical 3 cm dari perut bayi, klem kedua dengan jarak 2 cm dari

klem pertama. Pegang tali pusat diantara kedua klem dan potong tali pusat dengan melindungi perut bayi.

Evaluasi: Tali pusat sudah dipotong dan diikat dengan benang steril.

c. Menyelimuti bayi dengan kain bersih dan kering kemudian dilakukan

IMD

STIKes Elisabeth Medan

Evaluasi: Bayi sudah di selimuti di atas perut ibu sambil melakukan IMD.

d. Memeriksa uterus apakah ada janin kedua atau tidak

Evaluasi: Tidak ada janin kedua

KALA III

S: - Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya
- Ibu mengatakan perut terasa mules

O: KU: Baik, Kes: CM
Bayi lahir pukul : 16.00 wib

Jenis kelamin : Laki-laki

Panjang badan : 52 cm

Berat badan : 5.300 gram

Apgar score : 8/9

Tidak ada janin kedua

TFU : Setinggi pusat

Kontraksi uterus : baik (keras)

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

1. Semburan darah tiba-tiba
2. Tali pusat bertambah panjang
3. Perut berbentuk globuler

A•STIKes Elisabeth Medan

Diagnosa: Ibu inpartu kala III

Masalah: Plasenta belum lahir

Kebutuhan: - Manajemen aktif kala III

- Pantau kontraksi, TFU dan kandung kemih

Masalah potensial: Retensi plasenta

Tindakan segera : Lahirkan plasenta

P:

1. Melakukan manajemen aktif kala III:

Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta, uterus berbentuk globuler, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir.

- a. Memindahkan klem 5-10 cm di depan vulva, meletakkan tangan kiri diatas simpisis, saat ada kontraksi lakukan tekanan dorsokranial dan tangan kanan melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- b. Menangkap plasenta setelah terlihat 1/3 bagian di depan vulva dan putar searah jarum jam untuk melahirkan untuk melahirkan plasenta tanpa melakukan penarikan.

- c. Melakukan masase pada perut ibu selama 15 detik, dan memeriksa kelengkapan plasenta.
- d. Menempatkan plasenta pada wadah yang sudah disiapkan.

Evaluasi: plasenta lahir lengkap pukul 16.10 wib

- 2. Mengobservasi kontraksi uterus, jumlah perdarahan dan laserasi jalan

STIKes Elisabeth Medan

Evaluasi: kontraksi uterus keras, jumlah perdarahan ± 250 cc, terdapat robekan jalan lahir derajat III

- 3. Melakukan penjahitan laserasi jalan lahir dengan anestesi:
 - a) Melakukan inspeksi pada vagina dan perineum ibu untuk melihat robekan.
 - b) Memasang tampon atau kassa ke dalam vagina.
 - c) Memberitahu pada ibu bahwa akan dilakukan penjahitan pada robekan jalan lahir.
 - d) Melakukan anestesi menggunakan pehacain 1% pada tepi luka.
 - e) Pasang jarum jahit pada pemegang jarum (nald folder), kemudian memasang benang jahit kromik no.2/0 pada mata jarum, menentukan batas luka robekan perineum.
 - f) Ujung otot sfingter ani yang terpisah oleh karena robekan

Evaluasi: penjahitan laserasi jalan lahir derajat III telah dilakukan.

KALA IV

S:

- a. Ibu mengatakan lelah setelah bersalin
- b. Ibu mengatakan perut masih terasa mules
- c. Ibu mengatakan nyeri pada daerah perineum

O: STIKes Elisabeth Medan
KU: Lemah, Kes: CM

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus : baik (keras)

Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 82 kali/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 22 kali/menit

Plasenta lahir lengkap pukul 16.10 wib

Jumlah perdarahan ±250 cc, terdapat laserasi jalan lahir derajat III

Laserasi jalan lahir telah dilakukan penghectingan

A:

Diagnosa: Ibu inpartu kala IV

Masalah: Nyeri pada daerah luka perineum

Masalah potensial: - Perdarahan

- Atonia uteri

Kebutuhan: - Penkes tentang perubahan fisiologis ibu nifas

- Personal hygiene
- Beri asupan nutrisi dan cairan
- Pantau keadaan ibu 2 jam pertama post partum

- P:** 1. Mengobservasi keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Evaluasi: ibu telah dipantau dan hasilnya dalam batas normal.

No	Pukul	TD (mmHg)	Nadi (x/i)	Suhu (°C)	TFU	Kontrak si uterus	Kandun g kemih	Perdarah an
1	17.00	110/60	78	36,5	12 cm	Baik	Kosong	± 50 cc
	17.15	110/60	78		12 cm	Baik	Kosong	± 30 cc
	17.30	110/60	78		12 cm	Baik	Kosong	± 30 cc
	17.45	110/60	78		12 cm	Baik	Kosong	± 20 cc
2	18.15	120/70	80	36,6	12 cm	Baik	Kosong	± 20 cc
	18.45	120/70	80		12 cm	Baik	Kosong	± 20 cc

2. Merapikan alat dan memasukkan dalam larutan klorin, membersihkan ibu dan melakukan dekontaminasi tempat tidur.

Evaluasi: Alat sudah didekontaminasi, ibu sudah dibersihkan dan tempat tidur sudah didekontaminasi

3. Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering serta memasang pembalut ibu.

Evaluasi: Ibu sudah memakai baju bersih dan pembalut

4. Mengobservasi cairan infus ibu

Evaluasi: Infus masih terpasang pada tangan kiri ibu dan berjalan dengan lancar.

5. Mengajurkan ibu untuk makan, minum dan istirahat.

Evaluasi: Ibu sudah makan dan minum dan sedang beristirahat.

6. Memindahkan ibu ke kamar nifas setelah 2 jam

Evaluasi: Ibu sudah dipindahkan ke ruang nifas

7. Memberi ibu terapi sesuai anjuran bidan

STIKes Elisabeth Medan

4. Etamoxul 2 tablet

5. Paracetamol 1 tablet

6. Dexametason 1 tablet

7. CTM 1 tablet

Evaluasi: Ibu sudah mendapatkan terapi

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil studi kasus Ny. N yang dilaksanakan pada tanggal 13 Maret 2018, yaitu dengan persalinan distosia bahu. Penulis melakukan pembahasan yang menghubungkan antara teori dengan kasus yang dialami oleh Ny. N dengan menggunakan manajemen kebidanan dengan tujuh langkah dari Varney, maka pembahasan akan diuraikan langkah demi langkah sebagai berikut:

I. Pengkajian Data

Pengkajian dengan pengumpulan data dasar yang merupakan awal dari manajemen kebidanan menurut Varney, dilaksanakan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan dan studi dokumentasi (Varney 2010).

Dalam teori Lisnawati, Lilis (2013) data subjektif diperoleh dengan melakukan anamnesis dengan menanyakan identitas, gravida dan para, HPHT, riwayat kehamilan sekarang: apakah keluar cairan atau bercak bercampur darah dari vagina ibu dan pertanyaan lainnya, kemudian data objektif diperoleh dengan menilai keadaan umum, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki, TFU >40, leopold, his, pemeriksaan dalam: pembukaan, bagian terendah, penurunan, tampak kepala divulva maju mundur seperti kura-kura

Pada pengkajian Ny. N dengan Persalinan Distosia Bahu diperoleh data subjektif pasien mengeluh keluar lendir darah dari vagina disertai dengan adanya nyeri pada perut hingga kepinggang yang kuat. Klien mengatakan ini kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran, HPHT: 11-06-2017. Data objektif yang didapat

pada Ny. N dengan Persalinan Distosia Bahu KU Baik, Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36,2⁰C, berat badan 70 kg, kenaikan berat badan selama hamil 25 kg, tinggi badan 160 cm dan lila 28 cm. Palpasi abdomen Leopold I: teraba lebar, lunak dan tidak melenting pada fundus (kepala). Leopold II: teraba pada sisi abdomen kanan keras, panjang dan memapan (punggung) dan pada sisi kiri teraba bagian kosong dan bagian terkecil janin (ekstremitas). Leopold III: bagian terbawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala). Leopold IV: kepala sudah masuk pada pintu atas panggul (PAP). Tinggi fundus uteri 40 cm, tafsiran berat janin 4.495 gram. DJJ 140x/menit dan hasil pemeriksaan dalam: pembukaan 8 cm, konsistensi lunak dan ketuban masih utuh. Setelah pembukaan lengkap kepala tampak maju mundur divulva seperti kura-kura Pada tahap ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan praktek.

II. Identifikasi Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Dalam teori (APN, 2012) mengatakan hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis diramu/diolah untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau keperawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu. Maka pada kasus ini didapatkan diagnosa: Ny. N usia 25 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu 6 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif. Masalah: Ketidaknyamanan sehubungan dengan nyeri dan cemas menghadapi

persalinannya. Kebutuhan yang diberikan: Asuhan Sayang Ibu. Berdasarkan teori kasus tidak ada kesenjangan teori dengan praktek dilapangan karena didapat diagnosa ibu yang diambil dari data subjektif dan data objektif pasien itu sendiri.

III. Diagnosa Masalah Potensial

Dalam buku Prawirohardjo 2014, masalah potensial yang mungkin terjadi pada kasus distosia bahu adalah pada ibu adalah perdarahan dan robekan jalan lahir sedangkan pada bayi yaitu fraktur klavikula, asfiksia neonatus dan sampai pada kematian. Pada kasus ini diagnosa masalah potensial yang muncul yaitu robekan jalan lahir derajat III dimana robekan mengenai perineum sampai dengan otot spingter ani eksterna. Pada langkah ini penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan praktek. Sesuai dengan teori menurut Edozien, Leroy C (2014) mengatakan bahwa penjahitan robekan jalan lahir derajat III dilakukan oleh seorang dokter obstetri yang terlatih dan harus dilakukan di ruang bedah..

IV. Tindakan Segera

Dalam buku Prawirohardjo 2014, tindakan pertolongan distosia bahu segera dilakukan begitu mengenali distosia bahu. Pada kasus ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter. Berdasarkan teori dengan praktik di lapangan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek. Dimana bidan segera melakukan tindakan pertolongan distosia bahu dengan teknik Mc.Robert dan maneuver massanti sehingga bayi lahir selamat.

V. Perencanaan

Sesuai teori Lisnawati, Lilis (2013), mengatakan bahwa perencanaan yang diberikan adalah dengan menjelaskan hasil pemeriksaan, memberitahu ibu tentang teknik rileksasi, mengobservasi his setiap 15 menit dan memantau kemajuan persalinan, pengosongan kandung kemih, pertolongan persalinan sesuai protap. Pada kasus rencana tindakan yang dilakukan yaitu mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, pantau kemajuan persalinan, asuhan sayang ibu, pemilihan posisi yang nyaman dan rileks, pengosongan kandung kemih, pemenuhan nutrisi dan cairan, persiapan alat persalinan dan pertolongan persalinan sesuai protap. Pada tahap ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

VI. Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan dilakukan secara menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima, dilakukan secara efisien dan aman, pada pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Sesuai teori Prawirohardjo (2014) pelaksanaan persalinan distosia bahu dilakukan dengan teknik Mc.Robert, tekanan pada suprapubis, maneuver rubin dan maneuver wood. Pada langkah ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan, karena pada pelaksanaannya telah dilakukan pertolongan persalinan distosia bahu dengan teknik Mc.Robert dan maneuver masanti (tekanan pada suprapubis).

VII. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Meliputi evaluasi pemenuhan akan bantuan. Sesuai teori prawirohardjo (2014) mengatakan evaluasi yang dilakukan adalah melakuka perawatan pascatindakan serta pemberian konseling pascatindakan. Dalam kasus evaluasi yang dilakukan adalah keadaan umum ibu lemah, bayi lahir selamat dengan pertolongan distosia bahu, robekan jalan lahir derajat III dan jumlah perdarahan ±250 ml.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan “Asuhan Kebidanan Pada Ny. N umur 25 tahun GIP0A0 dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Pada Tanggal 13 Maret 2018”. Maka penulis dapat menyimpulkan kasus tersebut sebagai berikut:

1. Pengkjian telah dilakukan pada Ny.N dan didapatkan data subjektif pasien, yaitu ini kehamilan pertama, tidak pernah keguguran, mengeluh keluar lendir darah dari vagina disertai dengan adanya nyeri pada perut hingga kepinggang yang kuat. Sedangkan data objektif yang didapat keadaan umum baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi: 3x/10 menit, durasi 20-30 detik. Palpasi leopold I teraba bokong, leopold II teraba punggung kanan, leopold III kepala, dan sudah masuk PAP pada Leopold IV, TFU: 40 cm, pemeriksaan dalam tampak kepala maju mundur divulva seperti kura-kura.
2. Interpretasi data dasar dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan data objektif sehingga didapatkan diagnosa kebidanan Ny. N usia 25 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu 6 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP, keadaan ibu dan janin baik, ibu inpartu kala I fase aktif. Dan masalah pada ibu yaitu cemas menghadapi persalinannya dan kebutuhan yang diberikan adalah pertolongan persalinan.

3. Diagnosa masalah potensial yang muncul pada kasus Ny. N yaitu robekan jalan lahir derajat III dimana robekan mengenai perineum sampai dengan otot spingter ani eksterna dan telah dilakukan penjahitan secara teliti dan hati-hati dengan menggunakan catgut kromik 2-0.
4. Tindakan segera dilakukan yang diberikan oleh bidan adalah melahirkan bahu dengan pertolongan persalinan distosia bahu.
5. Rencana tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. N yaitu observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, pantau kemajuan persalinan, asuhan sayang ibu, pemilihan posisi yang nyaman dan rileks, pemenuhan nutrisi dan cairan, persiapan alat persalinan dan pertolongan persalinan dengan teknik Mc. Robert dan maneuver massanti.
6. Tindakan asuhan kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat yaitu memantau keadaan umum, tanda vital dan kemajuan persalinan, menganjurkan ibu posisi litotomi, memenuhi nutrisi dan cairan, persiapan alat serta pertolongan persalinan.
7. Hasil evaluasi terhadap Ny. N yaitu keadaan umum ibu lemah, kesadaran compositis, tanda-tanda vital : tekanan darah: 120/70 mmHg, nadi: 82 x/menit, suhu: $36,5^{\circ}\text{C}$ persalinan ditolong dengan manuver Mc. Robert dan Massanti. Bayi lahir lahir pukul 16.00 menangis kuat. Telah dilakukan penjahitan pada laserasi jalan lahir derajat III.

STIKes Elisabeth Medan

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disarankan agar memberikan saran, antara lain :

a. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan referensi sehingga dapat memberikan wawasan

STIKes Elisabeth Medan

institusi dapat menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat dengan mempraktikkan dan menerapkannya pada pasien/ klien secara langsung.

b. Institusi Kesehatan (BPS)

Untuk bidan maupun tenaga kesehatan lainnya diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sehingga dapat mendeteksi komplikasi-komplikasi yang terjadi pada persalinan distosia bahu.

c. Bagi klien

diharapkan kepada klien untuk lebih mengetahui dan lebih paham akan status kesehatan dalam persalinan distosia bahu.

DAFTAR PUSTAKA

Akbar, Harun, dkk. 2017. *Kehamilan Aterm Dengan Distosia Bahu*. Medula Volume 7 Nomor 4. Diunduh tanggal 22 April 2018

Andriaansz, George, dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Surabaya: JNPK-KR

Boyle, Maureen. 2008. *Kedaruratan Dalam Persalinan Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014*.

http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVIN_SI_2014/02_Sumut_2014.pdf. Diunduh tanggal 22 April 2018

Edozien, Leroy C. 2014. *Buku Saku Manajemen Unit Persalinan*. Jakarta: EGC

Gustina, Dr. Eni. 2016. *Laporan Tahunan Dirkotorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016*.<http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Laptah%20TA%202016%20Dit%20Kesga.pdf>. Diunduh tanggal 15 Februari 2018

Kementerian Kesehatan RI 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Diunduh tanggal 24 April 2018

Lisnawati, Lilis. 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaaruratn Maternal Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media

Manuaba, dr.Ida Ayu Chandranita, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC

Manuaba, Prof. dr. I.B.G, dkk. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC

Maryunani, Anik dan Puspita Eka. 2014. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Jakarta : CV. Trans Info Media

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka

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

Sari, Eka Puspita dan Rimandini, Kurnia Dwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. Jakarta : CV. Trans Info Media

Sari, MK. 2017. *BAB I Pendahuluan*. <http://repository.unimus.ac.id/1309/2/4.%20BAB%20I%20Pendahuluan.pdf>. Diunduh tanggal 22 April 2018.

Saswita, Reni . 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba medika

Sinclair, Constance. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC

Woodward, Vivien, dkk. 2012. *Kedaruratan Persalinan Manajemen Di Komunitas*. Jakarta: EGC

**FORMULIR
SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA**

STIKes Elisabeth Medan

Medan, Mei 2018

Kepada Yth:
Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan
Anita Veronika, S.SiT, M.KM
di
Tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama Mahasiswa : Adriana Danita Ndraha
Nim : 022015002
Program Studi : D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Persalinan Dengan Distosia Bahu
Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Rumah Bersalin Ridho
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G1P0A0
Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Di Rumah
Bersalin Ridho Tahun 2018

Hormat saya

(Adriana Danita Ndraha)

Disetujui oleh

(Merlina Sinabariba, SST., M.Kes)
Dosen Pembimbing

Diketahui oleh

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



SEKOLAH TINGGI KEDOKTERAN KESKATAN (STIKes) SANTA ELISABETH MEDAN

Jl. Bunga Terotmpet No. 113, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selatan

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20132

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 20 Februari 2018

STIKes Elisabeth Medan

Nomor : 264/STIKes/Klinik/II/2018

Lamp. : 1 (satu) set

Hal : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan III

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

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

Dengan hormat,

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

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

1. Gelombang I : tanggal 01 – 24 Maret 2018
 2. Gelombang II : tanggal 26 Maret – 18 April 2018
- Daftar nama mahasiswa dan kompetensi terlampir.

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

Hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

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

Cc. File

DAFTAR PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN (PKK) III MAHASISWA SEM. VI GELOMBANG I
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN
 Tanggal 01 - 24 Maret 2018

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Adriana Damita	Ridho
2	Desi Valentina	
3	Anggi Tresna Sembiring	SALLY
4	Desy Natalina Sinaga	
5	Diana Gabriella P	
6	Saur Meliana	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Ade Pysesa Saragih	Romantik
2	Sister Ibarotua Telambanua	
3	Yanti Mahulae	Rizki
4	Ravika Valennne Malau	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Paska Sianipar	Misriah
2	Yuliani Sari Nababan	
3	Sr. Gisela SFD	B.Thessa
4	Kasriana Theresia Turnip	
5	Yustina Indianis Manao	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Melda Hutahean	
2	Peronika Kristiani	Tanjung
3	Gita Glori Permata	
4	Debora Krisdayanti	BPM Eka Sri
5	Putri Afri Sijafah	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Dewi Santi Pasaribu	
2	Imelda Juli Ndraha	Berta
3	Valentina Zai	Mariana Bunjai
4	Klara Zidomi	
5	Ines Damayanti S	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Jusly Simamora	
2	Nila Magdalena Sibaranu	Henry Kasih
3	Fitriana Sihombing	Mariana Sukadono
4	Silvestri Pane	
5	Marsa Konauji Sianipar	
6	Rani Ewita Nainggolan	

No	Nama Mahasiswa	Tempat Klinik
1	Jumerli Romindo	Pera
2	Winda Mintauh	
3	Angeima Sivita B	
1	Beata Arniat Bate'e	Helen
2	Eva Areani	

Diketahui oleh,

Anita Veronika SST, M.KM
Ka.Prodi

Dilengkapi oleh,

Ermawaty SST, M.Kes/Oktavia, SST, M.Kes
Koordinator PKK III

**MIDWIFERY CARE ON MATERNITY MOTHER NY. N EAST 25 YEARS G.P.A₀
WITH SHOULDER DYSTOCIA MATERNITY AT RIDHO MATERNITY CENTRE
IN 2018¹**

Adriana Danita², Merlin Sinabariba³

ABSTRACT

Background: Shoulder dystocia is a necessary condition of additional midwifery maneuvers due to ordinary pulling toward the infant. In labor with head presentation, it can not be done in the usual way and can not find any other cause of the difficulty. The incidence of shoulder dystocia is 0.2% - 0.3% of all head presentation vaginal deliveries. Each shoulder dystocia is defined as the time interval between birth with an infant body of more than 60 seconds, then a time between the birth of the body with more than 60 seconds. Then the incidence becomes 1%. American College of Obstetrician and Gynecology, states that the incidence of shoulder dystocia varies between 0.6%-1.4% of normal deliveries.

Objective: Implementing midwifery care in mother Ny. Value 25 years GIP0A0 with shoulder dystocia maternity by using midwifery management 7 steps varney.

Methods: Type of case study which is a descriptive method using case study using 7 steps at Ridho Maternity Centre on March 13, 2018.

Results: Midwifery care provided is to help shoulder dystocia maternity by using the technique of Mc. Robert and massu maneuvers due to the difficulty of giving birth to the shoulder, the tearing of the third-grade birth tract with 2-0 chronic catgut. After care done on March 13, 2018 a normal born baby weighing 3,300 grams Male gender, crying strongly.

Conclusion: After taking care on March 13, 2018 there is a position between theory and practice in the field. In the case that is in the planning and execution step is done jokes tearing the birth lane III degree by the midwife where the burden of tearing rupture of the birth canal is done by the obstetrician.

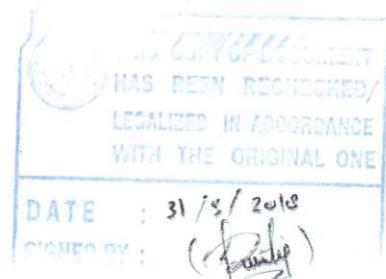
Keywords: Shoulder Distocia, Labor Relief, Trigger of Birth Road

Literature: 19 References (2008-2018)

¹The Title of Case Study

²Study Prodi-DIII Obstetrics STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKES Santa Elisabeth Medan



LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Novida

Umur : 25 Tahun

Alamat : Jalan Perbatasan Medan Perjuangan

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Medan, 13 Maret 2018

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan

(Adriana Danita Ndraha)

Klien



Dosen Pembimbing LTA

(Merlina Sinabariba, SST., M.Kes)

Mengetahui

Bidan Lahan Praktik



SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di Rumah Bersalin Ridho

Nama : Masdiar, Am.Keb

Jabatan : Penanggung Jawab Klinik

Nama Klinik : Rumah Bersalin Ridho

Alamat : Jl. Sehati No. 60 Tegal Rejo, Medan Perjuangan

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Adriana Danita Ndraha

Nim : 022015002

Tingkat : DIII-Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Dinyatakan telah mencapai target minimal dengan melakukan "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun Dengan Persalinan Distosia Bahu di Rumah Bersalin Ridho Tahun 2018"

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan untuk laporan tugas akhir (LTA)

Medan, Maret 2018



FORMAT PENILAIAN PERTOLONGAN DISTOSIA BAHU

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan menggunakan skala sebagai berikut:

- 1. Perlu perbaikan :** Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau dihilangkan.
- 2. Mampu :** Langkah benar dan berurutan, tetapi kurang tepat
- 3. Mahir :** Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu

Nama mahasiswa:

NIM :

Tanggal:

Observer:

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI			BOB OT	NA BxN
		0	1	2		
1.	A. PERSIAPAN Mempersiapkan Alat Bak instrument berisi partus set : - 2 buah Klem Kocher - 1 buah gunting tali pusat - 1 buah gunting Episiotomi - Benang tali pusat atau Klem plastik - 2 pasang sarung tangan steril - 1 buah penghisap De Lee - Kasa steril Alat Non Steril : - 2 Spuit 5 cc - 1 Lidokain 1% - 2 spuit 3 cc - 2 ampul oksitosin - 1 buah Nier beken - 1 Alas bokong - Perlengkapan pelindung pribadi : apron, masker, kaca mata & sepatu tertutup - 1 Wakom berisi larutan klorin 0,5 % - 1 Waskom berisi larutan DTT - 2 Kom berisi kapas steril dan air DTT - 1 buah ember tempat kain kotor - Perlengkapan ibu dan bayi (Handuk, Baju ibu dan bayi)				1	
2.	Persiapan Diri Pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Informatif consent • Beri posisi yang nyaman Persiapan Diri Petugas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengenakan alat pelindung diri (Apron, masker, penutup kepala, kacamata, sepatu tertutup) 				1	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mencuci kedua tangan di air mengalir dengan sabun, kemudian mengeringkannya ▪ Mengenakan kedua sarung tangan 				
3.	Amati tanda dan gejala distosia bahu <ul style="list-style-type: none"> • Kepala menetap di perineum • Kepala maju mundur di vulva (turtle sign) • Kepala tidak mengadakan putar paksi luar secara spontan • Kesulitan dalam melahirkan bahu 			2	
B.	LANGKAH PENATALASKSANAAN				
4.	Melakukan palpasi kandung kemih, jika penuh kosongan dengan kateterisasi.			1	
5.	Melakukan anastesi lidocain di perineum dengan cara : <ul style="list-style-type: none"> - Patahkan ampul yang berisi Lidocain 1 % (Jika Lidocain yang tersedia 2% maka dioplos dengan aquabidest 1:1) - Tempatkan jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri antara kepala bayi dan perineum. - Masukan jarum secara SC mulai dari komisura posterior, menelusuri sepanjang perineum dengan sudut 45° ke arah yang akan dilakukan episiotomi - Lakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan ujung jarum tidak memasuki pembuluh darah. Jika darah tidak ada maka suntikan obat anastesi sambil menarik jarum sifit keluar. Tarik jarum dan kembalikan masuk dengan arah yang berbeda. 			2	
6.	Ambil gunting episiotomi dan lakukan episiotomi secara medio lateral.			2	
7.	MANUVER McROBERTS <ul style="list-style-type: none"> - Baringkan ibu telentang pada punggungnya. - Minta ibu untuk mengangkat kedua paha dan bokong dan menarik sejauh mungkin ke arah dadanya. - Gunakan kedua tangan untuk membantu fleksi maksimal paha, bila ibu tidak sanggup minta bantuan keluarga/ asisten untuk melakukannya. - Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala bayi kearah bawah, jika cara ini gagal lakukan manuver Massanti. 			5	
8.	MANUVER MASSANTI (Melahirkan bahu depan) <ul style="list-style-type: none"> - Secara bersamaan mintalah salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan pada suprasimphisis ibu. - Manuver bahu depan dengan cara, jika punggung janin di kiri ibu maka letakan kepalan tangan yang diatas simpisi di sebelah kiri, lalu tekan sambil mengarahkannya ke kanan (begitu sebaliknya). - Lalu lakukan penarikan curam ke bawah. Jika bahu 			5	

	belum lahir, lakukan manuver Rubin.				
9.	<p>MANUVER RUBIN (Melahirkan bahu depan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukan tangan penolong yaitu ibu jari dan jari tengen ke dalam vagina ibu menyusuri dari skapula, bahu atas dan lengan atas lalu ditekan ke arah dada untuk memperkecil ruangan bahu depan. - Lalu lakukan tarikan curam ke bawah. Bila gagal lakukan manuver Woods. 			5	
10.	<p>MANUVER WOODS CORKSCREW (Malahirkan Bahu Belakang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penolong melihat arah muka bayi, Jika disebelah kiri ibu, masukkan jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri penolong menelusuri bahu posterior dan klavikula sehingga 2 jari tersebut berada di dada dan ibu jari letakan di skapula bayi. - Selanjutnya jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan penolong telusuri bahu anterior dan skapula sehingga 2 jari tersebut berada di skapula bayi dan ibu jari berada dada bayi. Lakukan rotasi 180° sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. - Setelah itu penolong kembali ke arah muka bayi dan lakukan rotasi 180° lagi dengan cara jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan penolong telusuri bahu posterior dan klavikula sehingga 2 jari tersebut berada di dada bayi dan ibu jari berada skapula bayi. - Untuk tangan kiri penolong 2 jari telunjuk dan tengah masuk ke vagina menelusuri bahu anterior dan klavikula sehingga 2 jari tersebut berada di skapula dan ibu jari letakan di dada bayi. Dan lakukan rotasi kembali sehingga kedua bahu dapat lahir. Jika cara ini gagal maka lakukan manuver Suard Diction. 			5	
11.	<p>MANUVER SQUART DICTION (Malahirkan Bahu Belakang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manuver bahu belakang dengan cara jika punggung janin dikiri ibu masukan 2 jari tangan kiri penolong ke dalam vagina dan tangan kanan menyangga kepala bayi. - Selusuri scapula, bahu posterior, lengan, fossa cubiti (siku), tekuk siku dengan tekanan jari tengah dan arahkan ke dada bayi lalu kait dengan dua jari tersebut dan bawa keluar tangan bayi seperti mengusap muka bayi. - Setelah itu lakukan teknik biparietal untuk melahirkan bahu depan. Jika cara ini gagal lakukan manuver Gaskin 			5	

12.	MANUVER GASKIN - Minta ibu untuk merubah posisi menjadi posisi menungging. - Setelah itu lakukan teknik biparietal. Jika cara ini gagal kembalikan ibu ke posisi semula dan lakukan rujukan.			3	
13.	Bila salah satu manuver berhasil dengan lahirnya kepala dan bahu lanjutkan langkah APN.			2	
14.	Nilai bayi segera setelah lahir. Jika terdapat tanda-tanda asfiksia lakukan segera tindakan resusitasi.			1	
15.	Perawatan pasca tindakan: - Antisipasi HPP - Eksplorasi laserasi dan trauma jalan lahir - Pemeriksaan fisik bayi untuk melihat adanya perlukaan seperti fraktur klavikula			2	
16.	Bereskan alat dan dekontaminasi dan pencegahan infeksi pasca tindakan			1	
17.	Catat tindakan yang dilakukan			1	
C. SIKAP DAN TINDAKAN					
1.	Menyapa pasien dengan sopan dan ramah			1	
2.	Memperkenalkan diri kepada pasien			1	
3.	Menjelaskan maksud dan tujuan			1	
4.	Melaksanakan tindakan secara sistematik			1	
5.	Menjaga privasi klien			1	
6.	Teruji melakukan Dokumentasi			1	
TOTAL NILAI					

DAFTAR HADIR OBSERVASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Adriana Danita Ndrafha
NIM : 022015002

PROGRESSIVE

Nama Klinik : Rumah Ber

Nama Klinik : Rumah Bersalin Ridho

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 25 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 6 Hari Dengan Persalinan Distosia Bahu Tahun 2018

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing Klinik
1.	13 / 03 - 2018	Melakukan pengkajian data pada ny. N		
2.	13 / 03 - 2018	Melakukan pemeriksaan fisik pada ny. N		
3.	13 / 03 - 2018	Memantau kemajuan persalinan.		
4.	13 / 03 - 2018	Melakukan pertolongan Persalinan distorsia batu.		
5.	13 / 03 - 2018	Melakukan evaluasi & penantauan kala N		

Medan, Maret 2018

A circular stamp with the text "RUMAH SAKIT R.D.H.O." around the perimeter and "JL. SEMPUR NO. 40" at the bottom. A handwritten signature is overlaid on the stamp.

06.30	Pelaksanaan Klinik.	1. Mengalami pertama kali dan tidak pernah mengalami lagi.
07.25	Alerjinya 175 ml air D usia 1 tahun. Ibu mengalami awal berak pukat. T: 36.	gejala seperti nyeri dan peradangan terutama pada bagian tenggorokan. Keadaan ibu baik.
	Terapi : Vit C, Tetra 5 ml/d. Dea 4 ml/d. AM 4 ml/d. disipipris 3x1.	TD : 110/80 mmHg, Nadi : 80/61, Suhu : 36,2°C, respi rate 20/ min.
ANC DB.20	Mengalami pasien baru yg Ny. Andri usia 25 thn. adalauh devarang ingin penilaian kandung. Ibu mengalami di kehamilan yg pertama. HPHT : 05-07-17.	UUA : 28 cm. BB : 70 kg, kenaikan BB secara hamil 25 kg. BB sebelum hamil 45 kg. TB : 160 cm pernafasan reguler, nafas mulus.
ANC Dg.20	Mengalami pasien baru yg Ny. Andri usia 25 thn. adalauh devarang ingin penilaian kandung. Ibu mengalami di kehamilan yg pertama. HPHT : 05-07-17.	BB : 12-04-18. WF : 35 mg/dL. BB : 59 sebelumnya. BS : 45 kg. TB : 155 cm. TD : 110/70. UUA : 26. TPU : 29.
ANC Dg.20	Mengalami pasien baru yg Ny. Andri usia 30 thn. Ibu mengalami ini kehamilan kedua. HPHT : 08-01-2017. HPL : 04-10-18. UUC : 8 minggu + hari.	Punggung kri. Punggung kri. : terdapat bengkak telurit jalin eksstremitas leopard III : halus bulu, kerus, melening & tidak dapat diperbaiki.
	BB : 54 kg sebelumnya 52 kg. TB : 153 cm. TD : 110/70 UUA : 25 cm. TD : 120/70 minggu.	leopard IV : kepala sedikit miring. MPV : 4.995 pmw HIS 3X seluruh 10 mmxt lamanya 20-30 mmxt, TBJ : 4.995 pmw Dij (+) 140 x 11. Adalah ada varises, ada edema. VT (pernafasan dalam) konstans. Lunak, kendur uruh, prantasi fleks kepal. posisi : lur. pernafasan peralihan 8/s, pembulatan 8 cm
09.10	Mengalami pasien baru yg. Mr. S usia 32 thn. adalauh ingin berobat. Pribadian. Alkalai, merokok.	10.10 Mengalihkan ibu untuk Jokopit dan bayaran.
NC CJ.20	Mengalami pasien - ibu alih Ny. Novita usia 25 tahun. alasan susah buang air besar. obatnya dengan buang buang berak darah dari vagina sekitar pukul 09.00 dan pent ketika sekit yang menyebabkan keringat ke pinggang. Ibu mengalami ini kehamilan yg	11.00 Ibu mengalihkan ibu ke ruang aksef dengan menarik dan mengalihkan ibu ke ruang kandung kotor. nafas yang panjang dan hasilnya kaku dikeluar kan dari mulut saat sus aksef. Ibu 3x/10 menit, durasi 30-40 detik.

STIKES Seabeth Medan

11.30	DJ : 145 x 6. Mengobrasasi keadaan pasien. UJJ : 145 x 6. HIS : 3x10 mm durasi 30-40 detik.	15.30 Ibu kembali merasa nyeri BAB dan ibu susah buang air menggerak dengan lemah.
12.00	Mengobrasasi keadaan pasien. DJ : 145 x 6. HIS : 3x10 mm durasi 30-40 detik.	16.00 Bayi lahir normal posisi 16.00 arah kiri laki-laki monoreksis lemah, menggerak bayi dan dilakukan peroperasi lendir (metatarsalcom distalis regresif) dan dilakukan reseksi tibia, bayi memerlukan kuot. Mengajepit dan memotong tulip pissat 3 cm dari pangkal pustat dan 2 cm dari prooperasi Ariana - metatarsicom bayi dicatat posisi bayi untuk IND. Metatarsal bone jenius arif leila 3. Melakukan
12.30	Mengobrasasi keadaan pasien. DJ : 145 x 6. HIS : 3x10 mm durasi 30-45 detik. Ibu mengeluhkan perut semakin mulas.	perlonggar tulipusut dengan mengajepit tulipusut 5-10 cm dari pangkal pustat ke vaginra. Placenta lahir. Cukup putih.
13.00	Dilakukan peroperasi dekum, pemakaian sushu lengkap. HIS : 45x10 mm dengan durasi 40-45 detik. Ibu mengeluhkan ada perasaan singah BAB.	16.10. wib, melakukan reseksi uterus dan ovarium tidak ada jantung kedua. Mammotiska tidak ditemui lahir. Robekan jenian lahir cela dereset 3 dan dilakukan peroperasi. Menempatkan ibu dalam posisi lateral.
13.35	Ibu sudah mulas mengendan. Mengajarkan ibu teknik mengendan yang baik dengan tangan yg dalam dan payang dari bawah ke atas dan telpon dari mulut. ibu memperbaiki dengan baik saat dalamnya dan mengajukan ibu istirahat saat ibu teteh hilang.	17.00 Mengajari kacidan ibu. Perdarahan kaisar IV : ± 250 cc. Per kuanan mulas dan TPE X-ray punya. TD : 10/60 mmHg Padi : 78 x 6 , seku : 365 °C. Terapatan : 22 x 6. (ace : Rubor)
13.40	Alembikan mobilasi dan semangat pada ibu. Ibu kembali mengeluh dengan suara tidak adak penurunan pada tenaga jenian.	17.20 Mengajari kacidan ibu nya N. Mengawas peroperasi dalam waktu catatan 10/10
13.50	Dilakukan peroperasi infus dengan catatan RL + oktopatin 10/10 dalam waktu catatan infus.	17.45 : BS : 5.300 gram, PB : 52 cm. LC : 36 cm. UD : 330 cm. Sifunkulosis Subfoliculo - Regnafit 9 39 cm. Sifunkulosis Oktapiro - Frontalis 34 cm. Sifunkulosis Abdomen - Oktopato 40 cm. Sifunkulosis Submento - Bregmanich 32 cm.
13.40	Ibu sudah mulas mengeluh dengan air pusih. Memberikan ibu minum air pusih.	
15.10	Mengelang obigen pasca ibu dengan selang O2 2 liter/h. Mengajukan ibu untuk beristirahat.	

19.20	Mengakas keadaan ibu. Ibu mengatakan pernah masuk rumah. dan menjalankan hari sebelum resepsi ibu bahawa ibu fitioleg.	Diketahui oleh <i>[Signature]</i> Mahastika
19.20	Mengunjukan ibu untuk reboleh dan minum.	<i>[Signature]</i>
20.20	Menimbikin Bayi ny.AN minum susu formula 30 cc / setle.	RIDHO <i>[Signature]</i> (Mahastika)
20.40	Pemeriksaan pasien .Baru alih. Ny. Windi utara 25 thn awam. Kurungan angin periksa hamil . Ibu mengatakan infeksi kehamilan ketular. Anat pertama berjaya 8 thn.	Dosen Pembimbing <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>
20.40	APHT : 26-12-2017 HPL : 27-09-2018 UIC : 12 minggu 1 hari. BB : 54 kg. TBS : sebenar. Kuantiti 52 kg. TB : 165 cm.	<i>[Signature]</i>
21.20	TB : 110 cm. TBU : anamorfa Simplicis - pusat. ULA : 26 cm. Neruhina pasien bau qn. An. S utara 4 thn. TBU mengatakan anak domarn dan ada simbil - simbil bercah pada badan. T : 37,8°C	(Merina Sinambela, ST, M.Kes)
	terapis : Terapiceline Gru6 PCT 5 tab Dra 5 tab CTM 5 tab VTC 5 tab.	dipuripi's 3x1

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal Masuk : 13-03-2018
 Jam Masuk : 09.50
 Tempat : RS. Ridiho
 No. Register :

Tgl pengkajian : 13-03-2018
 Jam Pengkajian : 09.50
 Pengkaji : Adrana.

I. PENGUMPULAN DATA

A. BIODATA

Nama Ibu	: Ny. Novita	Nama Suami	: Ir. Fairuz
Umur	: 25 tahun	Umur	: 45 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Pakong Indonesia	Suku/bangsa	: Melayu Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Perbarasan.	Alamat	: Jl. Perbarasan.

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Alasan utama masuk kamar bersalin :

Ibu mengalaskan keluar lendir darah dari kemaluan yg sejak pukul 09.00.

b. Riwayat menstruasi

Menarche : 14 th,
 Siklus : 30 hari, teratur/tidak teratur
 Lama : 4-5 hari,
 Banyak : ± 3-4 x ganti pembalut/hari
 Dismenorea/tidak : tidak.

c. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi sejak tanggal: 13-03-2018 pukul: 08.00
 Frekuensi : 3x /10 menit.
 Lamanya : 20-30 kekuatannya kuat
 Lokasi ketidaknyamanan perut hingga pinggang.

d. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir Ada/tidak- , Jumlah : ± 10 Warna : kemerahan.
 Air Ketuban Ada/tidak , Jumlah : Warna :
 Darah Ada/tidak , Jumlah : Warna :

e. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	T Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalin- an	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	Pj. Ibu JK	Kewasaran	Keadilan	laktasi
	1+	A	M	1	L	1	~	1			

f. Riwayat kehamilan sekarang

G₁ P₀ A₀
HPHT : 11 - 06 - 2017.
HPL : 18 - 03 - 2018.
UK : 38 minggu 6 hari.
ANC : teratur/tidak, frekuensi: 6 x di:
Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: > 12 kali.
Riwayat Imunisasi: TT 1: - TT 2: -
Keluahan : -
Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil: Tablet Fe
Tanda-tanda bahaya : tidak ada.

cukup di produksi
stabil masing
senam hamil di
PUS satah.

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

Jantung : tidak ada
Hipertensi : tidak ada
Diabetes Mellitus : tidak ada
Malaria : tidak ada
Ginjal : tidak ada
Asma : tidak ada
Hepatitis : tidak ada
Riwayat operasi abdomen/SC : tidak ada

h. Riwayat penyakit keluarga

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

i. Riwayat KB : tidak pernah

j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologis :

- . Status perkawinan: selang Kawin: 1 kali
- . Lama nikah 1 tahun, menikah pertama pada umur 24 tahun
- . Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan ✓
- . Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan: senang.
- . Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah musyawarah.
- . Tempat rujukan jika ada komplikasi: RS.
- . Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas: tidak ada.

k. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3-4 kali sehari, makan terakhir jam ...07:30...wib lbu gue
Jenis : nasi + sayur + lauk + buah + cemilan walau manis.
Porsi : lapar.
Minum : 1-2 gelas/hr, jenis air putih, jus + es batu.
Keluhan/pantangan tidak ada.

b. Pola istirahat

Tidur siang : + 2 jam
Tidur malam : + 7 jam

perasaan selama hamil makan puas, cendil & es batu.
Makan cendil / puas pagi dan sore.

STIKK Elisabeth Medan

Tidur terakhir jam : ± 06.30.
Keluhan : ~~trofak ada~~

c. Pola eliminasi

BAK : ± 7 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning.

BAB : 1 kali/hari, konsistensi kuning.

BAB terakhir jam : 11.00wib tendir darah: ~~trofak ada~~

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2-3 sehari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT.

Keluhan : ~~trofak ada~~

Hubungan sexual : - x/mgg, Hubungan sexual terakhir

f. Kebiasaan hidup

Merokok : ~~trofak ada~~

Minum-minuman keras : ~~trofak ada~~

Obat terlarang : ~~trofak ada~~

Minum jamu : ~~trofak ada~~

C. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik kesadaran : cm.

. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,2 °C

Respirasi : 24 kali/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

. Berat badan : 70 kg, kenaikan BB selama hamil : 25 kg

. Tinggi badan : 160 cm

. LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh : normal.

b. Kepala

. Muka : simetris Cloasma : ~~trofak ada~~ oedema : ~~telk ada~~

. Mata : simetris Conjungtiva : ~~telk amens~~ Sclera : ~~telk rferile~~

. Hidung : benj polip : ~~trofak meredang~~

. Gigi dan Mulut/bibir : bersih, ~~trofak ada~~ gigi berlubang.

c. Leher : ~~trofak ada~~ pembengkakkan jelonyah lymph.

d. Payudara

Bentuk simetris : ya.

Keadaan putting susu : menontol.

STIKes Elisabeth Medan

Areola mamae : hiperpigmentasi.
Colostrum : ada.
Palpasi :
Colostrum : ada.
Benjolan : tidak ada.

e. Ekstremitas

f. Tangan dan kaki

Simetris/tidak : ya
Oedema pada tungkai bawah : ada.
Varices : tidak ada.
Pergerakan : aktif.
g. Abdomen

Inspeksi

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak

Linea nigra : ada.

Bekas luka/operasi : tidak ada.

Palpasi

TFU : 40 cm

Leopold I : arca telanjang dengan riluk menunjukkan polos fundus ibu (lebar).

Leopold II : pola sisik tali telanjang panjang & memanjang (panjang) dan.

Leopold III : bagian terbaik telanjang bulat & keras dengan rongga (ekstremitas).

Leopold IV : kepala seolah masuk pap.

TBJ : 4.495 cm.

Kontraksi : 3 x/10 menit, lama ²⁰⁻³⁰ detik, kuat/lemah, teratur/tidak—

Kandung kemih: kosong.

Auskultasi

DJJ : +

Frekuensi : 140x/menit, teratur/tidak

Punctum maksimum :



Perkusii

CVAT : tidak dilakukan.

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : tidak dilakukan

Distosia Cristarum : tidak dilakukan

Distosia Spinarum : tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloo : tidak dilakukan.

4. Pemeriksaan Genitalia

Varises : tidak ada.

Oedema : tidak ada.

Pembesaran kelenjar bartolini : tidak ada.

Pengeluaran pervaginam : lendir deral.

Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada.

STIKes Elisabeth Medan

Anus : tidak ada hemoroid
Pemeriksaan dalam :
Atas indikasi : In parity... Pukul : 09.45..... Oleh : Endan.....
Dinding vagina :
Portio :
Pembukaan Servik :
Konsistensi :
Ketuban :
Presentasi Fetus :
Posisi :
Penurunan bagian terendah :
: 10cm
: 8 cm
: lunak.
: luruh.
: kepala
: LURK
: 2/5

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : Jenis Pemeriksaan : Guna darah : 7.8 gr%.
Hasil :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

- Diagnosa :
DS :
DO :
- Masalah :
DS :
DO :
- Kebutuhan:
DS :
DO :

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Dasar.....

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

Dasar.....

II. INTERPRETASI DATA DASAR

a. **Diagnoser** : Ny. N usia 25 tahun G₁P₀A₀ dengan usia kehamilan 38 minggu 6 hari, inservi kalsi i fase akhir, janin tunggal, hidup intrauterin, pinggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP. Keadaan ibu dan janin baik.

Data Dasar
Data subjektif : - Ibu mengatakan tri kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran

- Ibu mengarakan HPTN tanggal 11-06-2017

- Ibu mengarakan mulas sejak pukul 08.00 wib.

Data Objektif :

- klu : Baik

- kur : CM

- TTV : TB: 110 / 80 mmHg

Abd: 80 x 1

Suhu : 36,2°C

Pemerasan : 24 x 1.

- Palpasi abdomen

a. Leopold I: Pada fundus terasa lunak, ngelebar dan tidak melenging (bocor).

b. Leopold II: Pada abelah kanan torax keras, panjang dan menegang (pinggung).

Direkti sibuk feni torax bagian kerong dan bagian terikil janin Lekstramilar.

c. Leopold III: Bagian torax luar keras, keras dan melenging (kepala)

d. Leopold IV: Kepala sudah masuk PAP.

- TPL: 40 cm

- TBG: 4495 gram

- DJJ: 140 x 1 menit

- Kendung kemih: Kosong.

- Pemeriksaan dalam

Rinsing vagina : Cuci

Pontio : Lunak

Pembukaan serviks : 8 cm

Konsistensi : Lunak

Ketuban : urut

Presentasi fetus : Kepala

Posti : Luk

Penurunan bagian ventralis : 215

STIKes Elisabeth Medan

STI Kes Elisabeth Medan

8. Masalah

- Cemas menghadapi persalinannya.
- Nyeri pada perut bungga pinggang.
- c. Kebutuhan :
 - a. Agar ibu teknik nreksari
 - b. Atur posisi yg nyaman
 - c. Berikan dukungan emosional
 - d. Massase pada daerah pinggang
 - e. Penutrisi kebutuhan nutrisi
 - f. Persiapkan alat persalinan.

II. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Pada ibu : - Perdarahan

- Pekatan jalan dahir.

Pada janin : Distorsia duku

Asfikera.

Fraktur klavikula.

III. TANDAKAN SEGERA.

Tidak ada.

IV. INTERVENSI

Tanggal: 13-03-2018.

No	Intervensi	Rasional.
1.	Beritahu ibu tentang daftar pemeriksaan yang dilakukan	Membonafah ibu mengenai hasil pemeriksaan yang dilakukan merupakan langkah awal bagi bila agar ibu mengetahui keadaannya.
2.	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini, khususnya nyeri pada perut bungga pinggang	Agar dapat membantu ibu mengurangi rasa cemas terhadap rasa nyeri yg dialami saat ini.
3.	Angurkan ibu untuk memilih posisi yg nyaman	Posisi yg nyaman pada ibu akan membantu ibu untuk mengurangi rasa nyeri.
4.	Agarkan ibu teknik nreksari	Untuk membantu airan oksigen kejaki, purna dan memperlancar sirkulasi darah serta memberi ketenangan pada ibu.
5.	lakukan masase atau sentuhan pada pada ibu.	Massase pada perut dan pinggang untuk mengurangi rasa nyeri.

STIKes Elisabeth Medan

	6. Penulsi nutrisi dan cairan ibu	Angin cairan akan menyumbuhkan energi ibu dan terhindar dari dehidrasi yang berharap melalui konveksi atau uap air dan osygen makrokarbon akan membantu penyimpanan energy selangkah saat persalinan nanti.
	7. Siapkan alat-alat persalinan dan ruangan	Sesi partus dibuat secara ergonomis mempermudah untuk melakukan fisiologis dan juga tetap dalam keadaan siap untuk menanggali risiko.
	8. Pameri bala t dengan paragraf	Paragraf dibuat untuk mengkaji dan mendekati kemungkinan adanya komplikasi.
	9. Lakukan pemeriksaan dalam 14 jam atau jika ada indikasi	Menekan pembukaan 14 jam untuk menilai proses kemajuan persalinan dan penurunan kepala janin.

VI. IMPLEMENTASI

No	Tgl Jam	Implementasi	Paraf.
1.	13/3-2018 10.00	<p>Membentukkan pacar ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan:</p> <p>KU : Bark, kgs : cm</p> <p>TTV : TD : 110/80 mmHg.</p> <p>Nadr : 80 x li</p> <p>Suhu : 36,2°C.</p> <p>PLR : 24 x li.</p> <p>Jantung pulpari abdomen : pada bagian fundus terdapat bagian bokong janin, pada sisi kanan abdomen ibu terdapat keras dan panjang (rungguh janin). Presentasi kepala dan sudah masuk PAP.</p> <p>Jantung VT :</p> <p>Pembukaan : 8 cm</p> <p>Ritme : Cepat</p> <p>Presentasi : Kepala.</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksannya, ibu dan janin dalam keadaan baik.</p>	
2.	10.10	<p>Mengelaskan pada ibu bahwa yang dialami saat ini adalah nyeri yang terjadi akibat derongan yang kuat oleh bayi terhadap rongga panggul saat kepala janin memasuki jalan lahir</p>	

STIKes Elisabeth Medan

		plan rekanan yang kuat dan fungsional
3.	10.25	Evaluasi: Ibu sudah mengetahui tentang nyeri yg dialami saat ini. Menggurunya ibu teknik relaksasi dengan taktik napas yang panjang melalui hidung dan lepasnya secara perlahan-lahan melalui mulut, dapat dilakukan saat ada his (kontraksi).
4.	10.32	Evaluasi: Ibu sudah mengetahui teknik relaksasi dan trippate ibu sebagai dilakukannya. Menggurunya ibu untuk meminum perai setengah mangkok untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu. Ibu boleh duduk, jongkok, berangkat, dan berbaring nungging kanan atau nungging kiri.
5.	10.40	Evaluasi: Ibu tampak sedang berbaring nungging ke kiri. Melakukan massase pada pinggang arah punggung ibu. Bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, suami juga dapat melakukannya.
6.	10.56	Evaluasi: Ibu sedang melakukan minum teh manis dan air putih serta mengajaknya ibu untuk makan.
7.	11.00	Evaluasi: Ibu sudah minum teh manis seminggu gelas. Menyajikan alat-alat persalinan dalam keadaan siap pakai. SAFE 1 : - korengan steril <ul style="list-style-type: none"> - air DT dalam kom besar - kapas DT - lasa steril. - Obat - obatan (gantosantri, metilgin, vit E, HB O, Betadine, lidocain, spray met) - Banyak instrumen partus jenis : <p>Jenis-jenis steril</p> <p>pasir.</p> <p>gali' pusar.</p> <p>bunting-tali pusar.</p> <p>1/2 kober</p> <p>bunting episiotomi.</p> <p>Duk steth.</p> <p>Spirit 3cc dan 5cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stereotop monourinal - Air DT dan klorin 0,5% spray. - Safety box - Nibelklen - Lampu sorot - Pita ukur

STIKes Elisabeth Medan

		<p>SAFE II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Air dalam dalam wadah - Air DI dalam wadah - Flektury set : Nard flektury Nard foder <p>Direct anatomy Anus strukts Gunting meatus Tutup kesa Tampón vagina Stand clok bolong Handseken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vital sign - Infus set - Waxip - Pinng plasenta <p>SAFE II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scrum bot - Kewangjan benti : - heen bedeng bayi <ul style="list-style-type: none"> - Perlengkapan ibu dan bayi - Keim payung - Septik ibu - Handuk ibu dan bayi - Mat buntin protection - Underpad - Resusensi st. <p>Evaluasi : Perdaratan seolah disrapkan. 8. 11.20 Memantau deula i dengan partograaf</p> <p>Evaluasi : OJS jauh normal, air ketuban wuh, kontraksi tetek, ukuran deula dalam batas normal, kandung kemih kosong.</p>	

VII. EVALIASI

S : - Ibu mengatakan perut terasa sehat, bingedz depunggan dan ada pengaturan - lancar aburah.

- Ibu mengatakan ini kebiasaan yang pertama.

Ibu mengatakan ia tolak ponsel keguguran.

Ibu mengatakan IHPHT tanggal 11-06-2012

STIKes Ehsabek Medan

O : K_u : Seule, IAS : OM.

TTV : TD : 120 / 80 mm Hg.

Pulse : 80-90

Suhu : 36°C

PR : 20-22

Kontraksi 2x/10 menit, Aksaraannya kuat, durasi : 20-30 detik.
DJS : 140x11.

VT : 8 cm.

Wajah ibu tampak kuatir dan khawatir.

A : Diagnosis : Ibu impetu fecia 3 fase akut.

Masalah : Nyeri pada perut & pinggang.

- Cemas dengan persalinannya.

Kebutuhan : Absalan yang ibu

- Tenang nirkasih

- Bantuan dukungan emosional.

P : Poin-poin kerugian persalinan

KALA II.

- S : - Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB
- Ibu mengutakat saku dagingnya sampai beberapa semakin mulas.

STIKes Elisabeth Medan

O : Klu : baik , kes : cempsus menuris

TIV : TD : 100 / 70 mmHg

Nosok : 80%

Suhu : 36.6°C

Pembengkak : 20%

DGI : 145%

Pemeriksaan dalam:

- Dinding vagina : menipis.
- Pembedaan : 10 cm.
- Kitulon : sudah pecah
- Penetrasi kepala: H-10.

Jenis : Antrio menit : olurasii : $30-45$ detik.

Pembengkak kemih : kosong

Tanda gejala kala ii.

- Ibu adla rasa ingin buang.
- Perineum semakin menegang.
- Vagina dan sphinkter ani membuka
- Kepala tampak di bawah.

A : Diagnosis : Ibu inparu kala ii

Masalah : Nyeri saat kontraksi punahain di saat
- Cemas menghadapi persalinannya.

Masalah potensial : Partus lama.

Kibutuhan : - Asuhan sayang ibu

- Pimpin ibu menurun.

- Bantuan cabutan agar ibu tidak dehidrasi
saat persalinan.

- Penolongan asuhan persalinan normal.

STIKes Elisabeth Medan

- P.
1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa saat ini ibu sudah butuh bantuan dan ibu memasuki proses pengelahiran janin. ibu sudah dapat mengalami gairah dan dorongan menurun sesuai "momen" berikan.
Evaluasi: ibu sudah mengalami tanda-tanda persalinannya.
 2. Memimpin ibu untuk mengedam dengan merelaksasi kedua tangan mempersiapkan paha ibu lalu kepala merhati kepalan sampai tarik nafas dan hidung lalu relaks dan membukukan selama minit seperti seorang ibu.
Evaluasi: ibu sudah dipimpin mengedam.
 3. Memberikan dukungan pada ibu agar semangat dalam menghadapi persalinannya.
Evaluasi: Berikan selalu memberi dukungan pada ibu.
 4. Infus sang infuse dengan cairan RL 500 ml + Oksitosin 10 IU pada tangan kiri 10 titik 1 ml/ml.
Evaluasi: Infus sudah beroperasi pada tangan kiri ibu.
 5. Memberikan Oksigen 2L/min dengan selang nasal.
Evaluasi: ibu sudah diberi oksitosin.
 6. Melakukan peritoorjani posisi normal sesuai dengan APN.
 - Mempersiapkan APD, mencuci tangan lalu obliterating kart, pakai sarung tangan, melaraskan rambut ibu bersih, melakukan pindakan mencegah kepala astensi (mencegah robekan peritoneum).
 - Bayi kepalanya tumpak di ruiva maju mundur, peritoneum menonjot dan anus membuka; pimpin ibu menarik saat ada lisis (keinginan spontan untuk menarik). Saat ibu menarik, lindungi peritoneum dengan satu tangan dengan tangan bersih, melakukan pindakan mencegah kepala astensi (mencegah robekan peritoneum).
 - Bayi lahir sudahlah lahir, usap wajah bayi dengan kain bersih dan bersihkan lendir dari mulut dan hidung dengan kasa steril, terikam adanya titisan tali pusar (fistula adei titisan tali pusar).
 - Bayi tidak mengalami purar pasi luar secara spontan dan mengalami peralihan dalam melahirkan bahu. Maka dilakukan manuver Aitken. Robert dan manuver masang yaitu meminta ibu untuk melaraskan tangan pada lengan paha ibu dalam dan mengajak ibu menarik paha agar intuisi dekar dengan dalam ibu dibantu oleh asisten untuk fleksi maksimal. Meminta asisten untuk melakukan perekaman pada suprapubis kearah dalam bayi untuk memperkecil diameter bahu bayi lalu menarik kepala bayi kebawah lungga bahu depan dahulu dan menarik kepala bayi lungga bahu belakang lahir seolah bahu lahir dilakukan sejauh mungkin dengan menyusuri lungga bayi sampai seluruh tubuh bayi lahir dan melaraskan bayi.

- setelah bayi lahir, membersihkan bayi dengan kain bersifat dan sejuk, lalu melakukan pemotongan tali pusat dengan mengepres tali pusat dengan jarak umbilikus 3 cm dari penut bayi, klem kedua dengan jarak 3cm dari klem pertama. Pegang tali pusat di antara kedua klem dan potong tali pusat melintang penut bayi.
- Mengelihuti bayi dengan kain bersifat dan sejuk & kemudian dilakukan imbu

STIKes Elisabeth Medan

Evaluasi : Bayi lahir pada pukul 16.00 wib, mempunyai suatu gerakan akhir, warna kulir keunikan elastisitas

kefirman, jenis kelamin laki-laki.

f. memerlukan urutan apakah ada jann kedua atau tidak.

Argumen : Maka ada jann kedua.

KALA III.

- S : - Ibu mengalami suang dengan kelahiran bayinya.
- Ibu mengalami peninggi tekanan darah

STIKes Elisabeth Medan

JK : baik

Lesuanan : cm

TPL : Sungai pusat

Konsistensi uterus : keras.

Plasenta belum lahir.

Tanda-tanda peloporan plasenta :

- Sekitaran daerah tali ibu.

- Tali pusat memanjang.

- Punt berbentuk glabuler.

Bayi lahir tanggal 13-03-2018 pukul 16.00.

JK : laki-laki

BBL : 3.300 gram

PB : 52 cm

A : Diagnosis: Ny. N in partu kala III

Masalah : Plasenta belum lahir

Kebutuhan : - lahirkan plasenta

- Mengelola akif kala III

Masalah potensial : Retensi plasenta.

P : 1. Misi dalam mengelola akif kala III :

- Merhatikan tanda-tanda peloporan plasenta. Warna glabuler, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir.

- Memindahkan blem 5 cm di depan vulva untuk melakukannya pengelaman tali pusat terkandali.

- Melakukan tangan diatas simpisis, saat ada kontraksi lakukan telur dan dorsokranial dan tangan ikutan melancarkan pengelaman tali pusat terkandali.

- Menangkap plasenta tetapi wilayah 1/3 bagian depan vulva dan pusar searah jantung jauh untuk melanjutkan operasi plasenta tanpa peranakan.

- Melakukan masase punt ibu sejauh 15 detik, dan memotong telenggaran plasenta.

- Menempatkan plasenta pada wadah yang sudah disiapkan

Evaluasi : Plasenta lahir lengkap dan seluruh plasenta lengkap pada pukul 16.10 wib

2. Mengobservasi kontraksi uterus, jumlah perdarahan dan lacerasi jalan lahir.

Evaluasi: kontraksi keras, jumlah perdarahan ± 250 cc terdapat bekuan jalan lahir derajat 3.

3. Melakukan pengalaman lacerasi jalan lahir.

Evaluasi: pengalaman lacerasi jalan lahir derajat 3 telah dilakukan.

STIKes Elisabeth Medan

KALA IV

- S: - Ibu mengalami rasa sakit bersamaan
- Ibu mengalami rasa nyeri mulas-terasa
- Ibu mengalami nyeri saat saat pada perineum.

O: Ibu : Jemah, Ber : cm.

TGU : 2 jari dibawah pusat.

PTV : TID : 120 / 70 mmHg.

TTP : 36,5°C / 82°F.

PR : 82/4.

Pulse : 160 bpm.

Kontraksi : keras.

Jumlah perdarahan 250 cc, terdapat lacerasi jalan lahir derajat II telah dilakukan pengalaman lacerasi derajat 3.

A: Diagnosis : Ibu inap kala IV

Masalah : Nyeri pada area perineum.

Evaluasi: 1. Penyebab tetang perubahan protookol ibu nifas.

2. Personal hygiene.

3. Berasupan nutrisi dan cairan.

4. Perantau keadaan ibu & janin pertama post partum

Masalah poinspal :

- Perdarahan

- Atonia uterus.

P: 1. Mengobservasi keadaan umum ibu dan faali & tanda vital ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

2. Mengobservasi perdarahan ITFU (kontraksi & kandung kemih).

Evaluasi: perdarahan ± 250 cc, ITFU : 2 jari dibawah pusat. kontraksi lepas dan kandung kemih kosong.

3. Membersihkan alat dan memasukkannya dalam ruang klorin & membersihkan ibu dan melakukan dekontaminasi tempat selanjutnya.

Evaluasi: Alat sudah dibersihkan, ibu sudah dibersihkan dan tempat selanjutnya sudah dilakukan dekontaminasi.

4. Mengambil ibu memasuki paracetamol bersih dan pembantu.

Evaluasi: Ibu sudah memakan buah bersih dan pembantu.

5. Mengobservasi infus ibu.

Evaluasi: Ibu masih tersusung infus PL 20% 1/2 pada tangan kiri.

6. Mengungurkan ibu makan, minum dan istirahat.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk makan, minum dan istirahat.

7. Memerlakukan pasien bekamar nafas sekitar 2 jam.

Evaluasi: Pasien sudah diperlakukan ke ruang nafas.

8. Memberi ibu tetes sesuai angguran arahan.

Etamoxul : 2x2 tablet.

Paracetamol : 1 tablet.

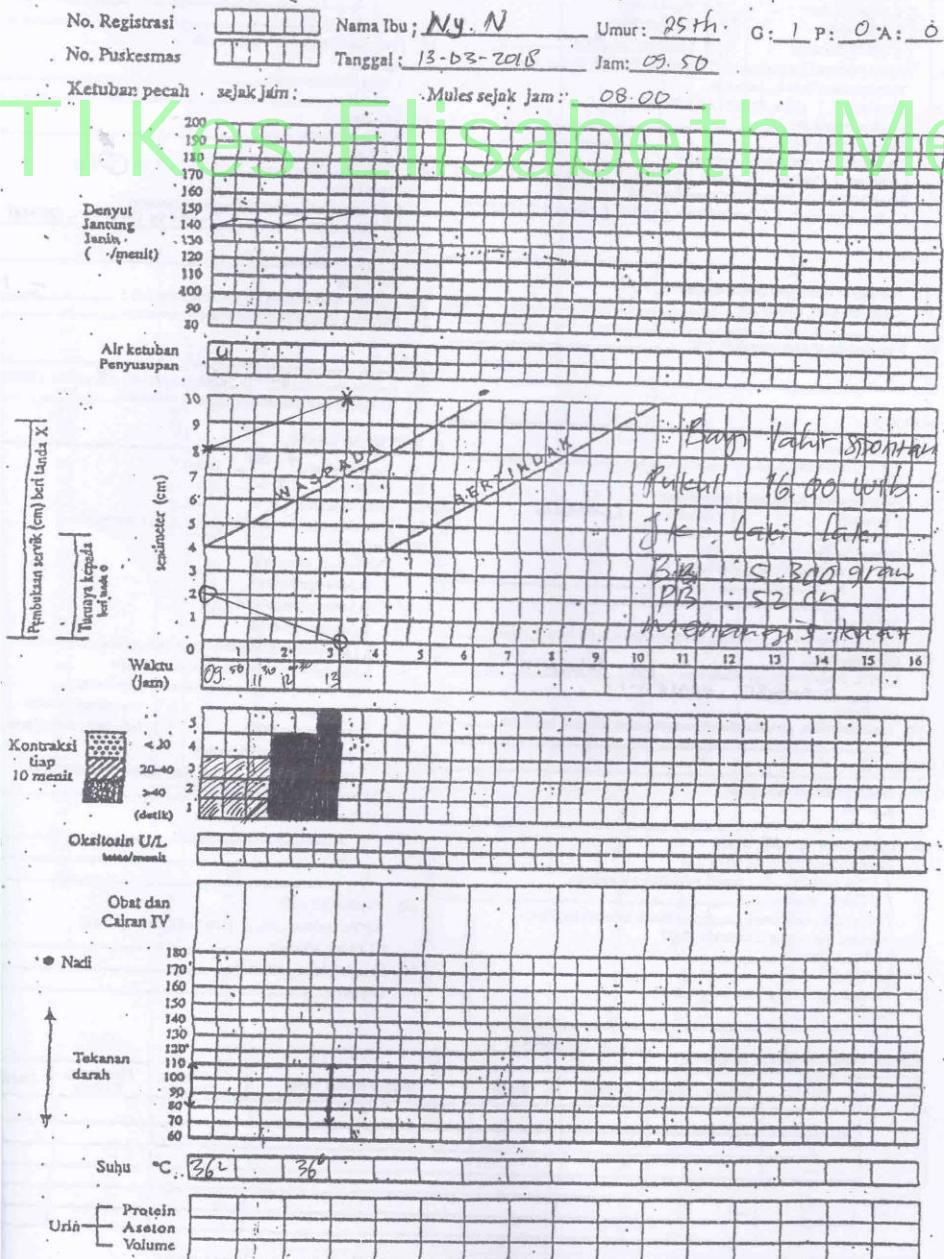
Dexametason : 1 tablet.

CTRI : 1 tablet.

Klasifikasi observasi:

No	Pulse	Peranan Darah	Nadi	Suhu	Pengalaman Dalam Utens	Kontaksi uterus	Kontong Kehamilan	Pertimbangan
1.	17.00	110/60 mmHg	78%	36,5°C	2 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 30cc
"	17.15	110/60 mmHg	78%	36,5°C	2 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 30cc.
"	17.30	110/60 mmHg	78%	36,5°C	8 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 30 cc.
"	17.45	110/60 mmHg	78%	36,5°C	2 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 20cc.
"	17.15	120/70 mmHg	80%	36,6°C	2 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 20cc.
"	18.45	120/70 mmHg	80%	36,6°C	2 jari dibawahi pusar	Berk	Kosong	± 20cc.

PARTOGRAF



Gambar 2-4 : Partografi (halaman depan)

STIKes Elisabeth Medan

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 13 - 03 - 2018
2. Nama ibu: Achira
3. Tempat persalinan:
 - [] Rumah Ibu [] Puskesmas
 - [] Polindes [] Rumah Sakit
 - [] Klinik Swasta [] Lainnya: BPM
4. Alamat tempat persalinan: RT 001/02/H/4 Kel. Tebet Timur Kecamatan Tebet, Jakarta
5. Catatan: [] rujuk, kota: 1/11/1111IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat menjalani:
8. Pendamping pada saat persalinan:
 - [] ibid [] teman [] suami [] dukun, [] keluarga [] tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan int:
 - [] Gatal/danur [] Perdarahan [] HDK [] Infeksi [] PMTCT

KALA I

10. Partografi melalui garis waspadai: Y ()
11. Masalah lain, sebutkan: _____

12. Penatalaksanaan masalah ibu: _____

13. Hasilnya: _____

KALA II

14. Episiotomi:
 - [] Ya, indikasi _____
 - [] Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
 - [] suami [] teman [] dukun [] keluarga [] tidak ada
16. Gowes/peler:
 - [] Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a. _____
 - b. _____
 - [] Tidak

17. Distalisasi batu: _____

18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah ibu dan hasilnya: _____

KALA III

19. Infeksi Menyusu Diri:
 - [] Ya
 - [] Tidak, alasannya: _____
20. Lama kala III: 10 menit

21. Pembentukan Okklusion di UI IM2:

- [] Ya, waktunya ... menit sesudah persalinan
- [] Tidak, alasannya: _____

Penjetelan tali pusat: ... menit setelah bayi lahir

22. Pemberian obat Oksitosin (2x):

- [] Ya, alasannya: _____
- [] Tidak

23. Penegangan tali pusat terkendali?:

- [] Ya
- [] Tidak, alasannya: _____

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah
1								
2								

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partografi

DAFTAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf dosen
1.	Senin, 14-05-2018	Merlina Simabanda, S.Si., M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Meminta tanda tangani Persetujuan Judul LTA - Menyerahkan Laporan Bab I, II dan Bab III. 	<i>M. J.</i>
2.	Selasa, 15-05-2018	Merlina Simabanda, SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> Konsul Laporan LTA. ↳ kerjakan is hingga BAB 5. 	<i>M. J.</i>
3.	Rabu, 16-05-2018	Merlina Simabanda, S.Si., M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> Konsul BAB 5 - BAB 5. ↳ lengkap Laporan Tugas Akhir 	<i>M. J.</i>
4	Kamis, 17-05-2018	Merlina Simabanda, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki tulisan yang salah dalam laporan LTA. 	<i>M. J.</i>
5	Jumat, 18-05-2018	Merlina Simabanda, SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> Konsul Laporan BAB 5 - BAB 5 dan Keengkapan Format laporan LTA. ↳ Perbaiki penulisan laporan. 	<i>M. J.</i>

STIKes Elisabeth Medan

STIKes Elisabeth Medan

6.	Sabtu, 19-05-2018	Melina Sinabarin, SSI, M.Kes.	Konsul Penyelesaian LTA ↳ Acc Jivid laporan. Muat,
7.	Sabtu, 19-05-2018	Melina Sinabarin, SSI, M.Kes.	Mengambil laporan LTA yang "diketahui" oleh dosen pengajar. Muat,
8.	Senin, 28-05-2018	Melina Sinabarin, SSI, M.Kes.	Konsul laporan yang sudah di revisi oleh Pengajar ↳ Perbaiki perintah laporan. Muat

STIKes Elisabeth Medan

Kegiatan konsultasi

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	Kamis, 24-05-2018	Carmawati Aniszaldi Suciogeni, S.Pd,M.Pd Sarin : Perbaiki Jujuan , manajemen daura per fermentasi terhadap Perbaiki Pembahaman BAB IV.	Konsul LTA (Revisi), Perbaiki Penulisan Sarin : Perbaiki Jujuan , manajemen daura per fermentasi terhadap Perbaiki Pembahaman BAB IV.	Jufie.
2	Jumat, 25-05-2018		Konsul Perbaikan Penisi LTA. Sarin : Buat evolusi 'tipe data' Perbaikan (Lata) fit kelewan fit/ -Koreksi ke Penulisburg	Muly
3	Sabtu 26-05-2018		Konsul LTA (Revisi) BAB I & IV Perbaiki BAB I & IV	Fahr
A	Sabtu 26-05-2018		Konsul Perbaikan Penisi BAB I & BAB IV Manajemen Koreksi ke Penulisburg → Konsep penilaian - Acc.	Aprillito Sitipu, S.Si

STIKES Elisabeth Medan