

## LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. R USIA 27 TAHUN  
GIPoA<sub>o</sub> USIA KEHAMILAN 40 MINGGU DENGAN INERTIA UTERI  
DI KLINIK EKA SRIWAHYUNI MEDAN  
TAHUN 2018

### STUDI KASUS

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



OLEH

KETRIN SARI RUMAPEA

022015032

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

## LEMBAR PERSETUJUAN

### Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. R USIA 27 TAHUN G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>  
USIA KEHAMILAN 40 MINGGU DENGAN INERTIA UTERI  
DI KLINIK EKA SRIWAHYUNI MEDAN  
TAHUN 2018

Studi Kasus

Diajukan Oleh :

Ketrin Sari Rumapea  
022015032

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

Oleh :

Pembimbing : Merlina Sinabariba S.ST. M.Kes  
Tanggal : 21 Mei 2018

Tanda Tangan

.....



Prodi D III Kebidanan  
Anita Veronika, S.SiT, M.KM



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN  
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

**Tanda Pengesahan**

Nama : Ketrin Sari Rumapea  
NIM : 022015032  
Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. R Usia 27 Tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> Usia Kehamilan 40 Minggu Dengan Inertia Uteri Di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018

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

**TIM PENGUJI:**

Penguji I : Aprilita Br. Sitepu, S.ST

**TANDA TANGAN**

Penguji II : Ermawaty Arisandi S, SST., M.Kes

Penguji III : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes



Anita Veronika, S.SiT., M.KM



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

## RIWAYAT HIDUP



Nama : Ketrin Sari Rumapea  
T.T Lahir : Besitang, 17 Maret 1997  
Agama : Katolik  
Anak ke : 4 dari 4 barsaudara  
Status : Lajang  
Nama Ayah : Robert Rumapea  
Nama Ibu : Derlina Natalina Br. Hutasoit  
Alamat : Lingkungan II Srimulyo Kec. Besitang, Kab. Langkat  
Riwayat pendidikan :

1. TK Santo Antonius 2 Mandala : 2002-2003
2. SD Swasta Betania Medan : 2003-2009
3. SMP Swasta Tunas Baru Pangkalan Berandan : 2009-2012
4. SMA Swasta Dharma Patra Pangkalan Berandan : 2012-2015
5. D-III Kebidanan Stikes Santa Elisabeth Medan : 2015-sekarang

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Ini LTA adalah perjalanan panjang

Melelahkan menyita kenyamanan dengan proses rumit,

Kombinasi dominan doa dan usaha,

Kesabaran dan kesungguhan,

Waktu dan biaya saling melen ~~lengkap~~ setiap langkahnya

Setiap katanya dilandasi doa dan lembar-lembarnya ditemani usaha,

Didalam bab-bab nya dikawali kesabaran dan kesungguhan

Ini LTA adalah bagaikan kitab sakti

Yang berisikan pelajaran tentang doa, kesabaran,,

Kesungguhan, keikhlasan dan keberhasilan.

Motto : Dalam meraih sukses membutuhkan kerja keras yang kuat dan ketekunan yang hebat.

Medan STIKes Santo Ellsabeth

## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Study Kasus LTA yang Berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Pada Ny. R umur 27 Tahun G1 P0 A0 dengan Inersia Uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Tahun 2018”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjilakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, 21 Mei 2018

Yang membuat pernyataan

(Ketrin Sari Rumapea)

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. R USIA 27 TAHUN  
G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> USIA KEHAMILAN 40 MINGGU DENGAN INERSIA UTERI  
DI KLINIK EKA SRIWAHYUNI MEDAN  
TAHUN 2018<sup>1</sup>**

**Ketrin Sari Rumapea<sup>2</sup>, Merlina Sinabariba<sup>3</sup>**

**INTISARI**

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

**Tujuan Umum :** Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Helen Varney pada Ny. R di klinik Eka Sriwahyuni tahun 2018.

**Metode :** Hasil dari Asuhan Kebidanan yang di berikan pada Ny. R umur 27 tahun G1 P<sub>0</sub> A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri berjalan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada ibu yang mengalami Inersia Uteri sehingga asuhan yang diberikan tidak memberikan masalah.

**Kesimpulan :** Asuhan Kebidanan yang di berikan pada Ny. R umur 27 tahun G1 P<sub>0</sub> A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri berjalan sesuai dengan rencana sehingga tidak terjadi masalah.

**Kata kunci :** Persalinan Dengan inersia uteri

**Referensi :** 22 Referensi (2010-2017) 1 jurnal

---

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

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

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

**MIDWIFERY CARE ON MRS. R AGE 27 YEARS OLD  $G_1P_0A_0$  AGE OF  
PREGNANCY 40 WEEK WITH INTEREST UTERI  
AT EKA SRIWAHYUNI CLINIC MEDAN  
YEAR 2018<sup>1</sup>**

**Ketrin Sari Rumapea<sup>2</sup>, Merlina Sinabariba<sup>3</sup>**

**ABSTRACT**

**Background:** *Inertia uteri* is one of the power abnormalities (abnormalities of his) due to the prolongation of the latent phase or the active phase or both from the time of opening. The uterine inertia in maternal mothers can be caused by several factors including common factors such as age, parity, anemia, improper use of analgesics, hormonal influences due to lack of prostaglandins or oxytocin, tense and emotional feelings.

**General Objectives:** Able to provide maternity midwifery care by using the seven-step midwifery management of Helen Varney on Mrs. R at Eka Sriwahyuni clinic in 2018.

**Method:** Results of Midwifery Care given to Mrs. R 27-year-old  $G_1P_0A_0$  40 weeks' gestation with uterine inertia goes according to the needs required in mothers with Uterine Inertia so that care provided does not present a problem.

**Conclusion:** Midwifery care given to Mrs. R 27 years old  $G_1P_0A_0$  40 weeks' gestation with uterine inertia goes according to plan so no problems occur.

**Keywords:** *Labor With inertia uteri*

**References:** 22 Books (2010-2017) 1 journal

<sup>1</sup>The Title of Case Study

<sup>2</sup>Student of D-III Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

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

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. R Usia 27 Tahun GiP<sub>o</sub>A<sub>o</sub> Dengan Inertia Uteri Di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018”**. Laporan Tugas Akhir dibuat untuk melengkapi tugas dan persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.

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

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

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

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep. Ns. M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika S.SiT, M.KM selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan

bimbingan dan nasehat kepada penulis selama menyusun Laporan Tugas Akhir di STIKes St. Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

3. Ermawaty Arisandi Siallagan SST, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama mengikuti pendidikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan.
4. Merlina Sinabariba SST, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan kepada penulis selama menyelesaikan Laporan Tugas Akhir
5. Aprilita Sitepu SST dan Ermawaty Arisandi Siallagan SST, M.Kes selaku Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis dan telah menguji penulis untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Flora Naibaho SST, M.Kes dan Risda Mariana Manik SST, M.KM selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir D3 Kebidanan ini telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Seluruh Staf Dosen Pengajar Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan Program Studi D3 Kebidanan.
8. Bidan Eka Sri wahyuni SST, M.Kes selaku pemimpin Klinik Eka yang memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian.

9. Kepada Ibu Risna Am.Keb yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
10. Ucapan terima kasih yang terdalam dan rasa hormat kepada orang tua saya tercinta Robert rumapea dan Derlina Natalina Br.Hutasoit, serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi, dukungan moral, material, doa serta terima kasih yang tak terhingga karena telah mendoakan dan membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Seluruh teman-teman Prodi D3 Kebidanan Angkatan XV yang telah memberikan motivasi, semangat, membantu penulis, serta berdiskusi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
- Sebagai penutup akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir Ini memberikan manfaat bagi kita semua.

Medan, 21 Mei 2018

Penulis

( Ketrin Sari Rumapea )

## DAFTAR ISI

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

### BAB I PENDAHULUAN

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| A. Latar Belakang .....     | 1 |
| B. Tujuan Studi Kasus ..... | 4 |
| 1. Tujuan Umum .....        | 4 |
| 2. Tujuan Khusus .....      | 4 |
| C. Manfaat .....            | 5 |
| 1. Manfaat Teoritis .....   | 5 |
| 2. Manfaat Praktis .....    | 6 |

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

|   |    |
|---|----|
| A. Persalinan .....                                 | 7  |
| 1. Pengertian Persalinan .....                      | 7  |
| 2. Tujuan asuhan persalinan normal.....             | 8  |
| 3. Bentuk-bentuk persalinan .....                   | 9  |
| 4. Tanda-tanda persalinan .....                     | 10 |
| 5. Permulaan terjadinya persalinan .....            | 11 |
| 6. Tahapan persalinan .....                         | 12 |
| 7. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan ..... | 17 |
| 8. Mekanisme persalinan normal .....                | 18 |
| 9. Partografi .....                                 | 21 |
| B. Inersia Uteri .....                              | 24 |
| 1. Pengertian .....                                 | 24 |
| 2. Jenis-jenis kelainan his.....                    | 26 |
| 1) His hipotonik .....                              | 26 |
| 2) His hipertonus/ Tetania uteri .....              | 29 |
| 3. Etiologi .....                                   | 32 |
| 4. Diagnosa .....                                   | 33 |
| 5. Komplikasi yang mungkin terjadi .....            | 33 |
| 6. Tatalaksana.....                                 | 34 |
| 7. Augmentasi persalinan .....                      | 35 |

|  |    |
|--|----|
| C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan ..... | 46 |
| <b>BAB III METODE STUDI KASUS</b>          |    |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| A. Jenis studi .....             | 52 |
| B. Lokasi dan studi kasus .....  | 52 |
| C. Subjek studi kasus .....      | 53 |
| D. Metode pengumpulan data ..... | 53 |

#### **BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHAN**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| A. Tinjauan kasus ..... | 58 |
| B. Pembahasan .....     | 82 |

#### **BAB V PENUTUP**

|                     |    |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan ..... | 87 |
| B. Saran .....      | 89 |

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

|  |    |
|--|----|
| 2.1 Tabel Perbedaan Inersia Uteri Hipotonik dan Hipertonus ..... | 30 |
| 2.2 Tabel Perbedaan Induksi dan Akselarasi .....                 | 35 |
| 2.3 Tabel Skor Bishop.....                                       | 40 |
| 2.4 Tabel Nilai Pelvis (pelvic score).....                       | 44 |

Medan STIKes Santa Elisabeth

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Jadwal Studi Kasus LTA
3. Informed Consent ( Lembar Persetujuan Pasien)
4. Surat Rekomendasi dari Klinik
5. Daftar Tilik/ Lembar Observasi
6. Manajemen Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.R usia 27 Tahun dengan Inersia Uteri
7. Daftar Observasi
8. Leaflet
9. Lembar Konsultasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur merupakan tindakan yang paling tepat dalam mengidentifikasi secara dini sesuai dengan risiko yang dialami oleh ibu hamil (Saifuddin, 20013).

World Health Organization (WHO, 2015) memperkirakan di seluruh dunia lebih dari 585.000 ibu meninggal tiap tahun saat hamil atau bersalin. Di Indonesia menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007 AKI di Indonesia 228/100.000 kelahiran hidup. Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyebutkan pada tahun 2013 angka kematian ibu di Jawa Tengah 116,01/100.000 kelahiran hidup. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas angka kematian ibu di Banyumas tahun 2013 adalah 123,89/100.000 kelahiran hidup.

Penyebab AKI terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung dari AKI disebabkan oleh komplikasi pada masa hamil, bersalin dan nifas atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan atau berbagai hal yang terjadi akibat-akibat tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin dan nifas. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah karena

kondisi masyarakat, seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Beberapa komplikasi persalinan salah satunya adalah persalinan lama (Depkes RI, 2013)

Menurut SDKI 2007 53% ibu tidak mengalami komplikasi selama persalinan, persalinan lama sebesar 37%, perdarahan berlebihan sebesar 9%, demam besar 7%, komplikasi kejang 2% dan KPD lebih dari 6 jam 17%. Faktor-faktor penyebab terjadinya persalinan lama salah satunya adalah kelainan his (inersia uteri) (Manuaba, 2001). Inersia uteri adalah memanjangnya fase laten atau fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan (Prawirohardjo, 2010).

Inertia uteri adalah memanjangnya fase laten atau fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan (Prawirohardjo, 2010). Faktor penyebab inertia uteri diantaranya 1) faktor umum seperti umur, paritas, anemia, ketidak tepatan penggunaan analgetik, pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin, perasaan tegang dan emosional, 2) faktor lokal seperti overdistensi uterus, hidramnion, malpresentasi, malposisi, dan disproporsi cephalopelvik, mioma uteri (Sastra Winata, 2005).

Dampak dari kejadian ini yaitu kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap tanda-tanda dari persalinan lama, dan juga kurang cepatnya pengetahuan dari para tenaga kesehatan untuk mengambil keputusan klinik dalam memimpin persalinan. Berbagai penyebab tersebut dapat dicegah dengan pendekslan komplikasi persalinan secara dini, pengambilan keputusan secara cepat dan tepat serta penanganan yang tepat di tempat rujukan (Depkes RI, 2010).

Penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan ibu bersalin di Klinik Eka Sriwahyuni Medan karena salah satu tempat yang dipilih oleh institusi sebagai

lahan praktik kerja lapangan sehingga dapat pasien untuk melakukan asuhan kebidanan diklinik tersebut sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Berdasarkan masalah tersebut, penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dengan judul asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun GIP0A0 usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan 2018 dengan pendekatan manajemen kebidanan varney. Penulis tertarik mengambil judul inersia uteri karena selama saya melakukan praktek pembelajaran di Klinik, kasus ini jarang ditemukan. Dan mengingat bahwa kasus inersia uteri salah satu penyebab terbesarnya AKI dan AKB sehingga diupayakan agar persalinan didampingi bidan dan pelayanan obstetrik sedekat mungkin pada ibu inpartu sehingga komplikasi dapat dideteksi juga ditangani sesegera mungkin dan berhubungan dengan pilihan di dalam kasus yang telah disediakan dosen koordinator maka saya tertarik untuk membahasnya dan menjadikan sebagai judul Laporan Tugas Akhir saya.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan pada ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun GIP0A0 usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan dengan menerapkan manajemen 7 langkah varney.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian terhadap ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- b. Mampu menegakkan diagnosa secara tepat pada ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- c. Mampu melakukan antisipasi masalah yang mungkin terjadi pada ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- d. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- e. Mampu melakukan perencanaan pada ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- f. Mampu melakukan pelaksanaan tindakan pada ibu bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.
- g. Mampu mengevaluasi tindakan yang diberikan pada bersalin pada Ny.R usia 27 tahun G<sub>1</sub> P<sub>o</sub> A<sub>o</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.

### **C. Manfaat Penulis**

#### **1. Teoritis**

Dengan mempelajari teori penulis dapat mengerti tentang penanganan dan pencegahan kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal dalam kasus Distosia His dan dapat melakukannya dilapangan kerja serta dapat meningkatkan pelayanan kesehatan serta menurunkan angka kematian pada ibu dan bayi.

#### **2. Praktis**

##### **a. Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Sebagai bahan bacaan, masukan informasi yang dapat dipakai sebagai bahan peneliti, bahan ajar untuk meningkatkan pendidikan kebidanan dan menambah wawasan bagi mahasiswa D3 Kebidanan khususnya yang berkaitan dengan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan inertia uteri.

##### **b. Institusi Kesehatan (BPS)**

Sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan distosia his untuk meningkatkan mutu pelayanan di institusi kesehatan (BPM) Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.

##### **c. Klien**

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa diperlukan perhatian dan pemeriksaan pemantauan kesehatan pelayanan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Persalinan

##### 1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong melalui jalan lahir (Sarwono, 2008 : 100 dalam Sondakh, Jenny J.S 2013 : 2)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan ( $>37$  minggu) tanpa disertai penyulit. (Desy, Hanifah mirzanie. Buku Obgynacea.2009).

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembekuan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur ( Rohani, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan

(37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Jannah, Nurul. 2014 : 1)

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta , dan ketuban melalui jalan lahir. Kala satu persalinan berlangsung sejak awitan kontraksi uteri secara secara teratur sampai dilatasi serviks secara lengkap.

Persalinan normal

- Spontan , terjadi antara usia gestasi minggu ke 37- 42
- Berakhir pada kelahiran bayi yang hidup dan sehat secara normal
- Selesai dalam 24 jam dan tidak ada komplikasi maternal

## 2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan Asuhan Persalinan Normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan interfensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang di inginkan.

Dengan pendekatan berarti bahwa keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus di terapkan sesuai standar Asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimana pun terjadi. Persalinan dan Kelahiran bayi dapat terjadi di rumah, Puskesmas, atau rumah sakit. Penolong persalinan mungkin saja seorang bidan, perawat mahir neonatalogi, Dokter umum atau spesialis obstetri. Jenis

persalinan yang di berikan dapat di sesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik ibu dan bayi baru lahir (Asuhan Persalinan Normal:2012:3)

### **3. Bentuk-bentuk Persalinan**

Manuaba 1998 (Dalam Nurasiah Ai, Dkk) mengatakan ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

#### 1. Bentuk Persalinan Berdasarkan Bentuk Persalinan:

##### a. Persalinan Spontan

adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

##### b. Persalinan Buatan

adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

##### c. Persalinan Anjuran

adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

#### 2. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

##### a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.

##### b. Partus Immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28

minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram

c. Partus Prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan  $<37$  minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d. Partus Matur atau Partus Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e. Partus Serutinus atau Partus Postmatur Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu

**4. Tanda-tanda persalinan**

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan (Sondakh Jenny J.S 2013:2)

a. Teori Penurunan Progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan di mulai, (Prawiroharjo 2007:181). Terjadinya Kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- 1) Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi

- 2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.
- 3) Peregangan serviks pada saat di latasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.

b. Teori Keregangan

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

c. Teori Oksitosin Interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin, adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut Braxton Hicks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkatkan.

## 5. Permulaan Terjadinya Persalinan

a. Terjadinya His persalinan

Sifat His persalinan adalah:

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan

- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- 3) Makin beraktivitas ( jalan), kekuatan akan makin bertambah.
  - a. Pengeluaran Lendir dengan darah

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

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

b. Pengeluaran cairan

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

Hasil-hasil yang di dapatkan dalam pemeriksaan dalam

- Perlunakan serviks
- Pendataran serviks
- Pembukaan serviks.

## 6. Tahapan Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (Kala pembukaan), Kala II (Kala Pengeluaran Janin), Kala III (Kala pelepasan Plasenta), Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi dan pemulihan) (Sondakh Jenny J.S 2013 : 5)

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua fasen, yaitu:

1. Fase Laten : Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
2. Fase Aktif : Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, di bagi dalam 3 fase yaitu:
  - Fase Akselerasi : Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
  - Fase Dilatasi maksimal : Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - Fase Deselerasi : Pembukaan jadi lambat sekali,dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada Primigravida atau pun Multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida kala I berlangsung  $\pm$  12 jam, sedangkan pada multigravida  $\pm$  8 jam.

b. Kala II (Kala Pengeluaran janin)

Gejala utama Kala II adalah sebagai berikut:

1. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati Lengkap di ikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankhenhauser.
4. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga

terjadi :

- a) Kepala membuka pintu
  - b) Suboksiput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
  5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala kepada punggung.
  6. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan cara :
    - a) Kepala di pegang pada oksiput dan di bawah dagu, kemudian di tarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu ke bawah dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
    - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kait untuk melahirkan sisa badan bayi.
    - c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
  7. Lamanya kala II untuk Primigravida 1,5 sampai 2 jam dan multigravida < 1 jam.
- c. Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Kala III di mulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat di perkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini :

1. Uteus menjadi bundar

2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik Dorsokranial.

Pengeluaran selaput ketuban selaput janin biasanya lahir dengan mudah namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian yang tertinggal dapat di keluarkan dengan cara :

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

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

- a) Fase pelepasan Plasenta

- 1) Schulter

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

- 2) Duncan

Cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir ke

luar antara selaput ketuban. Pengeluarannya serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b) Fase Pengeluaran plasenta

Perasan-perasan untuk mengetahui pelepasnya plasenta adalah :

1) Kustner

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

2) Klien

Sewaktu ada his, rahim di dorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (Cara ini tidak di gunakan lagi)

3) Strassman

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

d. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus di

takar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat : jika meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir sebelum meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut :

- 1 Kontraksi rahim : Baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotunika, seperti metergin, atau ertametrin dan oksitoksin.
- 2 Perdarahan : Ada atau tidak, banyak atau biasa .
- 3 Kandung kemih : Harus kosong jika penuh ibu di anjurkan untuk berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- 4 Luka-luka : Jahitanya baik atau tidak , ada perdarahan atau tidak
- 5 Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap .
- 6 Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- 7 Bayi dalam keadaan baik

## 7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba (2010) menyatakan bahwa, persalinan ditentukan oleh 5 faktor “P” utama yaitu:

- 1) *Power* (Tenaga atau kekuatan), yaitu his (kontraksi otot rahim), kontraksi otot dinding perut atau kekuatan meneran, ketegangan kontraksi ligamentum rotundum.
- 2) *Passenger*, yaitu keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/berat janin, ada/tidak kelainan), dan plasenta.
- 3) *Passage*, yaitu keadaan jalan lahir yang terdiri dari bagian keras tulang panggul dan bagian lunak yaitu otot-otot jaringan, dan ligament-ligament.
- 4) *Psikologi*, yaitu psikis ibu mempengaruhi proses persalinan dimana psikis sangat mempengaruhi keadaan emosional ibu dalam proses persalinan.
- 5) *Penolong*, yaitu penolong mempengaruhi proses persalinan dimana persalinan yang ditolong oleh dokter / bidan yang profesional.

#### **8. Mekanisme Persalinan Normal**

Pada akhir kala I, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk suatu jalan lahir yang kontinu. Gaya yang perlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot abdomen skunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi. Sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan gerakan utama meliputi Menurut Oxorn dan William tahun 2010 mekanisme persalinan antara lain :

1. Turunnya kepala

Turunnya kepala terbagi dalam :

- a) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi bulan terakhir dari kehamilan. Tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala kedalam PAP dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Synclitismus

Kalau sutra sagitalis terdapat ditengah-tengah ke jalan lahir, ialah tepat diantara symfisis dan promontorium

2. Asynclitismus

- Asynclitismus posterior

Ialah kalau sutra sagitalis mendekati symfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan

- Asynclitismus anterior

Ialah sutra sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang

b) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

2. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas

panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini ialah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

### 3. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatusgenetalis antara musculus levator kiri dan kanan.
- c. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

### 4. Ekstensi

Karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan extensi untuk melaluinya. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

### 5. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam

## 6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphisis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

## 9. Partografi

### a. Pengertian

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, 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 (Saifuddin, 2012).

#### 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
- 2) Kondisi janin:
- 3) Kemajuan persalinan.
- 4) Waktu dan jam
- 5) Kontraksi uterus
- 6) Obat-obatan yang diberikan
- 7) Kondisi ibu

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  $\frac{1}{2}$  jam.
- 3) Nadi : setiap  $\frac{1}{2}$  jam.
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam.

(APN 2012).

d. Jam dan waktu.

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.

Cantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

e. Kontraksi uterus.

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

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

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

(4)  : 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
  - (2) Volume urine, protein dan aseton.
- 2). Lembar belakang partograf.

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

- a) Data dasar
- b) Kala I
- c) Kala II
- d) Kala III
- e) Kala IV
- f) Bayi baru lahir

## **B. INERSIA UTERI**

### **1. Pengertian**

Inersia uteri merupakan his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat dan lebih jarang dibandingkan dengan his normal. (Yulia. Obstetri Patologi. 2016). Inersia uteri terjadi karena pemanjangan fase laten dan fase aktif atau kedua - duanya dari kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan oleh serviks yang belum matang atau karena penggunaan analgetik yang terlalu dini.

Inersia uteri adalah his tidak normal dalam kekuatan / sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir dan tidak diatasi sehingga

menyebabkan persalinan macet. (Taufan, Nugroho. 2016. Kasus Emergency Kebidanan)

Baik tidaknya his, dapat dinilai dari :

- 1) Kemajuan persalinan
- 2) Sifat-sifat his, frekuensi, kekuatan dan lamanya his. Kekuatan his dinilai dengan cara menekan dinding puncak kontraksi
- 3) Besarnya caput succedaneum

Menurut WHO, his dinyatakan memadai apabila terdapat his yang kuat sekurang-kurangnya 3 kali dalam kurun waktu 10 menit dan masing-masing lamanya  $>40$  detik. Interval his yang terlalu pendek dan atau lamanya  $>50$  detik dapat membahayakan kesejahteraan janin.

His normal :

- 1) Tonus otot rahim di luar his tidak seberapa tinggi, lalu meningkat pada waktu his. Pada kala pembukaan serviks ada 2 fase, fase laten dan fase aktif.
- 2) Kontraksi rahim dimulai pada salah satu tanduk rahim sebelah kanan atau sebelah kiri, lalu menjalar keseluruh otot rahim.
- 3) Fundus uteri berkontraksi lebih dulu (fundal dominan) lebih lama dari bagian-bagian lain. Bagian tengah berkontraksi agak lebih lambat, lebih singkat dan tidak sekuat kontraksi fundus uteri. Bagian bawah (segmen bawah rahim) dan serviks tetap pasif atau hanya berkontraksi sangat lemah.

- 4) Sifat-sifat his : lamanya, kuatnya, teraturnya, seringnya.

Kemajuan persalinan dinilai dari kemajuan pembukaan serviks, kemajuan turunnya bagian terendah janin, dan bila janin sudah sampai di bidang Hodge III atau lebih rendah dinilai dari ada atau tidak adanya putaran paksi dalam. Kekuatan his tidak boleh dinilai dari perasaan nyeri penderita, his dikatakan kuarang kuat jika :

- 1) Terlalu lemah yang dinilai dengan palpasi pada puncak his
- 2) Terlalu pendek yang dinilai dari lamanya kontraksi
- 3) Terlalu jarang yang dipantau dari waktu sela antara 2 his

## 2. Jenis-jenis Kelainan His

### 1) His Hipotonik

His hipotonik yaitu kontraksi terkoordinasi tetapi lemah (Yulia. Obstetri Patologi. 2016). His hipotonik disebut juga inersia uetri yaitu his yang tidak normal, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dulu dari pada bagian lain. Kelainan terletak pada kontraksinya yang singkat dan jarang. Selama ketuban utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu dan janin. Hisnya bersifat lemah, pendek dan jarang dari his normal. Inersia uteri dibagi 2 yaitu :

#### a. Inersia uteri primer

Bila sejak awal kekuatannya sudah lemah dan persalinan berlangsung lama dan terjadi pada kala I fase laten (dr.Taufan, 2016).

Inersia uteri primer (hypotonic uterine contraction) adalah kelainan dalam hal bahwa kontraksi uterus lebih aman, singkat dan jarang daripada biasa (Anik dan Eka. Buku Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. 2014)

b. Inersia uteri sekunder

Timbul setelah berlangsung ~~his~~ kuat untuk waktu yang lama dan terjadi pada kala I fase aktif. His pernah berlangsung cukup kuat tetapi kemudian melemah. Dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan. Pada bagian terendah terdapat caput dan mungkin ketuban telah pecah. Dewasa ini persalinan tidak dibiarkan berlangsung sedemikian lama sehingga dapat menimbulkan kelelahan otot uterus, maka inersia uteri sekunder ini jarang ditemukan. Kecuali pada wanita yang diberi pengawasan baik waktu persalinan

### **Penanganan**

Apabila penyebabnya bukan kelainan panggul dan atau kelainan janin yang tidak memungkinkan terjadinya persalinan pervaginam, apabila ketuban positif dilakukan pemecahan ketuban terlebih dahulu. Jika upaya ini tidak berhasil, berikut langkah-langkah penanganan selanjutnya :

- a. Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500cc dekstrosa 5% dimulai dengan 12 tetes per menit, dinaikkan setiap 10-15 menit

sampai 40-50 tetes per menit. Maksud dari pemberian oksitosin adalah supaya serviksa dapat membuka

- b. Pemberian oksitosin tidak usah terus-menerus, sebab bila tidak memperkuat his setelah pemberian beberapa **lama**, hentikan dulu dan ibu dianjurkan istirahat. Keesokan harinya bisa diulang pemberian oksitosin drips.
- c. Bila inersia disertai dengan disproporsi sefalopelvis, maka sebaiknya dilakukan seksio sesarea.
- d. Bila **semula** his kuat tetapi kemudian terjadi inersia sekunder/ hipertonus, pengobatan terbaik ialah petidin 50mg atau tokolitik seperti ritodine dengan maksud menimbulkan relaksasi dan istirahat, dengan harapan bahwa setelah pasien itu bangun kembali timbul his yang normal. Mengingat bahaya infksi intrapartum, kadang-kadang dicoba juga oksitosin, tetapi dalam larutan yang lemah lemah. Namaun jika his tidak menjadi baik dalam waktu tertentu, lebih baik dilakukan seksio sesarea. (Yulia. Buku obstetri patologi. 2016)

**Penanganan menurut** (Anik dan Eka. Buku asuhan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. 2014):

- a. Setelah diagnosis inersia uteri ditetapkan, harus diperiksa keadaan servik, presentasi serta posisi janin, turunnya kepada janin dalam panggul dan keadaan panggul.

- b. Apabila ada disproporsi cephalopelvik yang berarti sebaiknya diambil keputusan untuk melakukan SC.
- c. KU pasien sementara di perbaiki dan kandung kemih serta rectum dikosongkan, apabila kepala atau bokong janin sudah masuk ke dalam panggul, penderita disarankan untuk berjalan-jalan terlebih dahulu.
- d. Untuk merangsang his selain dengan pemecahan ketuban bisa diberikan oksitosin, 5 satuan oksitosin dimasukkan kedalam larutan glukosa 5% dan diberikan secara infus IV( dengan kecepatan kira-kira 12 tetes per menit yang perlahan dapat di naikakan sampai kira-kira 50 tetes.
- e. Kalau 50 tetes tidak dapat berhasil bisa dengan memberikan dosis lebih tinggi dengan cara pasien harus diawasi dengan ketat dan tidak boleh di tinggalkan.
- f. Oksitosin yang diberikan dengan suntikan IM akan dapat menimbulkan incoordinate uterin action.

## 2) His Hipertonus / Tetania Uteri

Tetania uteri merupakan his yang terlalu kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim (Yulia, 2016).

His hipertonus disebut juga tetania uteri yaitu his yang terlalu kuat. Sifat hisnya normal, tonus otot diluar his yang biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan berlangsung cepat (<3jam disebut partus presipitatus) misalkan

melahirkan ditengah jalan atau dikamar mandi. Akibatnya, terjadilah luka-luka jalan lahir yang luas pada serviks, vagina dan perineum. Bila ada kesempitan panggul, dapat terjadi rupture uteri. Partus presipitastus dapat mengakibatkan kemungkinan :

- i. Terjadi persalinan tidak pada tempatnya
- ii. Terjadi trauma janin, karena tidak terdapat persiapan dalam persalinan
- iii. Trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan persarahan dan inversio uteri

Tetania uteri juga menyebabkan asfiksia intra uterine sampai kematian janin dalam rahim. Bahaya bagi ibu adalah terjadinya perlukaan yang luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum. Bahaya bagi bayi adalah terjadi perdarahan dalam tengkorak karena mengalami tekanan kuat dalam waktu singkat.

#### **Penanganan yang diberikan yaitu :**

- g. Berikan obat seperti morfin, luminal dan sebagainya asal janin tidak akan lahir dalam waktu dekat (4-5 jam) kemudian
- h. Bila ada tand-tanda obstruksi, persalinan harus segera diselesaikan dengan seksio sesarea.

#### **Perbedaan Inersia Uteri Hipotonik dan Hipertonus**

| <b>Variabel</b> | <b>Hipotonis</b>   | <b>Hipertonus</b>  |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| Kejadian        | 4% dari persalinan | 1% dari persalinan |
| Saat terjadinya | Fase aktif         | Fase laten         |
| Nyeri           | Tidak nyeri        | Nyeri berlebihan   |

|                           |                |            |
|---------------------------|----------------|------------|
| Fetal distres             | Lambat terjadi | Cepat      |
| Reaksi terhadap oksitosin | Baik           | Tidak baik |
| Pengaruh redaktif         | Sedikit        | Besar      |

### 3) His Yang Tidak Terkordinasi

His yang tidak terkordinasi adalah his yang berubah-ubah. His jenis ini disebut Ancoordinat Hypertonic Urine Contraction. Tonus otot meningkat diluar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya kordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.

Penyebab inkoordinasi kontraksi otot rahim adalah :

- a) Faktor usia penderita relatif tua
- b) Pimpinan persalinan
- c) Karena induksi persalinan dengan oksitosin
- d) Rasa takut dan cemas.

Kadang-kadang pada persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, kelainan his ini menyebabkan spasmus sirkuler setempat, sehingga terjadi penyempitan kavumuteri pada tempat itu. Ini dinamakan lingkaran kontraksi atau lingkaran konstriksi. Secara teoritis lingkaran ini dapat terjadi di mana-mana, akan tetapi biasanya ditemukan pada batas antara bagian atas dan segmen bawah uterus. Lingkaran konstriksi tidak dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam, kecuali kalau pembukaan sudah lengkap, sehingga tangan dapat dimasukkan ke dalam kavum uteri. Oleh

sebab itu jika pembukaan belum lengkap, biasanya tidak mungkin mengenal kelainan ini dengan pasti.

**Penanganan menurut** (Anik dan Eka. Buku asuhan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. 2014)

- a. Kelainan ini hanya dapat di obati secara simptomatis karena belum ada obat yang dapat memperbaiki koordinasi fungsional antara bagian-bagian uterus.
- b. Usaha yang dapat dilakukan ialah mengurangi tonus otot dan mengurangi ketakutan penderita. Hal ini dapat dilakukan dengan pemberian analgetik, seperti morphine, pethidine
- c. Akan tetapi persalinan tidak boleh berlangsung berlarut-larut apalagi kalau ketuban sudah pecah.
- d. Dan kalau pembukaan belum lengkap, perlu dipertimbangkan SC

### 3. Etiologi

Etiologi atau penyebab inersia uteri yaitu : (dr. Taufan.2016)

- 1) Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida khususnya primigravida tua
- 2) Inersia uteri sering dijumpai pada multigravida
- 3) Faktor herediter
- 4) Faktor emosi dan ketakutan
- 5) Salah pimpinan persalinan
- 6) Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah uterus, seperti pada kelainan letak janin disproporsi sefalopelvik

- 7) Kelainan uterus, seperti uterus bikornis unikolis
- 8) Salah pemberian obat-obatan oksitosin dan obat penenang
- 9) Peregangan rahim yang berlebihan pada kehamilan ganda atau hidramnion
- 10) Kehamilan postmatur

#### **4. Diagnosa**

Diagnosis uteri paling sulit dalam masa laten sehingga diperlukan pengalaman. Kontraksi uterus yang disertai rasa nyeri, tidak cukup untuk membuat diagnosis bawah persalinan sudah mulai. Untuk pada kesimpulan ini diperlukan kenyataan bahwa sebagai akibat kontraksi itu terjadi perubahan pada serviks, yaitu pendataran atau pembukaan. Kesalahan yang terjadi pada inersia uteri adalah mengobati pasien padahal persalinan belum dimulai (Fase Labour). (dr. Taufan. Kasus Emergency Kebidanan. 2016)

#### **5. Komplikasi Yang Terjadi**

Inersia uteri dapat menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat berlangsung lama dengan akibat terhadap ibu dan janin yaitu : infeksi, kehabisan tenaga dan dehidrasi. (dr. Taufan. Kasus Emergency Kebidanan. 2016)

#### **6. Tatalaksana**

Penanganan dan penatalaksanaan inersia uteri adalah : (dr. Taufan. Kasus Emergency Kebidanan. 2016)

- 1) Periksa keadaan serviks, presentasi dan posisi janin, turunnya bagian terbawah janin dan keadaan janin
- 2) Bila kepala sudah masuk PAP, anjurkan pasien untuk jalan-jalan
- 3) Buat rencana untuk menentukan sikap dan tindakan yang akan dikerjakan misalnya pada letak kepala :
  - a) Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500cc dextrose 5% dimulai dengan 12 tetes permenit , dinaikan 10-15 menit sampai 40-50 tetes per menit. Tujuan pemberian oksitosin adalah supaya serviks dapat membuka
  - b) Pemberian oksitosin tidak usah terus menerus. Bila tidak memperkuat his setelah pemberian oksitosin beberapa lama hentikan dulu dan anjurkan ibu untuk istirahat. Pada malam hari berikan obat penenang misalnya valium 10 mg dan esoknya diulang lagi pemberian oksitosin drips.
  - c) Bila inersia uteri diserati disproporsi sefalopelvis maka sebaiknya silakukan SC
  - d) Bila semula his kuat tetapi kemudian terjadi inersia uteri sekunder, ibu lemah, dan partus telah berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan 18 jam pada multi tidak ada gunanya memberikan oksitosin drips. Sebaiknya partus segera di selesaikan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan indikasi obstetrik lainnya (Ekstrasi vakum, forcep dan SC)

## 7. Augmentasi persalinan

Augmentasi persalinan merupakan suatu tindakan untuk meningkatkan frekuensi, lama dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Sedangkan induksi persalinan menurupakan suatu tindakan merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Indikasi dapat datang dari sudut kepentingan hidup ibu dan atau janin. Hasil induksi partus bergantung pula pada keadaan serviks. Sebaiknya induksi partus dilakukan pada serviks yang sudah atau mulai matang dimana serviks sudah matang, dengan *effacement* sekurang-kurangnya 50% dan pembukaan serviks 1 jari.

| INDUKSI   | AKSELERASI  |
|---|---|
| Induksi persalinan adalah merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan | Akselerasi persalinan adalah meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan |
| Induksi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu  | Induksi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang sudah inpartu                            |

### 1) Indikasi Augmentasi dan Induksi Persalinan

1. Indikasi Ibu
  - a. Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsi dan eklamsi.
  - b. Kehamilan dengan diabetes miltus.
  - c. Infeksi amnionitis.
2. Indikasi janin
  - a. Kehamilan lewat waktu (postmaturitas)
  - b. Ketuban pecah dini

- c. Janin mati
  - d. Inkompatibilitas Rh
  - e. Gestasi pascamatur.
  - f. Insufisiensi plasenta.
  - g. IUFD.
  - h. IUGR.
  - i. Oligohidramnion.
3. Indikasi Selektif
- a. Maturitas paru cukup
  - b. Kontraksi uterus tak sempurna
  - c. Atas permintaan yang bersangkutan
- Pada usia kehamilan postmatur, di atas 10 hari lebih dari saat perkiraan partus, terjadi penurunan fungsi plasenta yang bermakna, yang dapat membahayakan kehidupan janin (gangguan sirkulasi uteroplasenta, gangguan oksigenasi janin).
- 2) Kontraindikasi Augmentasi dan Induksi Persalinan**
- 1. Disproporsi sefalo-pelvik.
  - 2. Ibu menderita penyakit jantung berat.
  - 3. Hati-hati pada bekas-bekas operasi/uterus yang cacat seperti bekas SC, miomektomi yang luas dan ekstensif.
  - 4. Malposisi dan malpresentasi janin
  - 5. Infusiensi plasenta.
  - 6. Cacat rahim, misalnya pernah mengalami seksio sesarea

7. Grande multipara
8. Gemeli
9. Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion
10. Plasenta previa
11. Makrosomia.
12. Hydrocefalus
13. Beberapa penyakit , seperti herpes genitalis aktif.

### 3) Cara Induksi Persalinan Augmentasi dan Induksi Persalinan

Induksi partus dapat dilakukan dengan berbagai cara

#### 1. Secara medis

- a. Infuse oksitosin

Kemasan yang dipakai adalah pitosin, sintosinon. Syarat-syarat pemberian infuse oksitosin

- 1) Agar infuse oksitosin berhasil dalam menginduksi persalinan dan tidak memungkinkan penyulit baik pada ibu dan janin, maka diperlukan syarat-syarat berikutnya :
  - a) Kehamilan aterm
  - b) Ukuran panggul normal
  - c) Tidak ada CPD (disproposisi antara pelvis dan janin).
  - d) Janin dalam presentasi kepala
  - e) Serviks sudah matang yaitu, porsio teraba lunak, mulai mendatar dan mulai membuka.

- 2) Untuk menilai serviks ini dapat juga dipakai skor bishop, yaitu bila nilai berlebih dari 8, induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil.

#### **Teknik infuse oksitosin berencana**

- 1) Semalam sebelum infuse oksitosin, hendaknya klien sudah tidur dengan nyenyak.
- 2) Pagi harinya penderita diberi pencahar (Kandung kemih dan rektum dikosongkan)
- 3) Infuse oksitosin hedaknya dikerjakan pada pagi hari dengan observasi yang baik.
- 4) Disiapkan cairan dextrose 5% 500 ml yang diisi dengan 5 unit oksitosin.
- 5) Cairan yang sudah disiapkan mengandung 5 U oksitosin ini dialirkan secara intravena melalui saluran infuse dengan jarum no 20 G.
- 6) Jarum suntik intravena dipasangkan di vena bagian volar lengan bawah
- 7) Tetesan permulaan kecepatan pertama 10 tetes/menit.
- 8) Timbulnya kontraksi rahim dinilai dalam setiap 15 menit. Bila dalam waktu 15 menit ini HIS tetap lemah, tetesan dapat dinaikan. Umumnya tetesan maksimal diperbolehkan sampai mencapai kadar oksitosin 30-40 tetes/menit, maka berapapun kadar oksitosin yang dinaikan tidak akan menimbulkan

tambahan kekuatan kontraksi lagi. Sebaiknya infuse oksitosin dihentikan.

- 9) Penderita dengan infus oksitosin harus diamati secara cermat untuk kemungkinan timbulnya tetania uteri, tanda-tanda rupture uteri membakat, maupun tanda-tanda gawat janin
- 10) Bila kontraksi timbul secara teratur dan adekuat, maka kadar tetsan oksitosin dipertahankan. Sebaliknya bila terjadi kontraksi rahim yang sangat kuat, jumlah tetsan dapat dikurangi atau sementara dihentikan.
- 11) Infuse oksitosin ini hendaknya tetap dipertahankan sampai persalinan selasai yaitu sampai satu jam sesudah lahirnya plasenta.
- 12) Evaluasi kemajuan janin pembukaan serviks dapat dilakukan dengan periksa dalam bila HIS telah kuat dan adekuat. Pada waktu pemberian infuse oksitosin bila ternyata kemudian persalinan telah berlangsung, maka infuse oksitosin dilanjutkan sampai pembukaan lengkap. Segera setelah kala II dimulai, maka tetesan infuse oksitosin dipertahankan dan ibu di pimpin mengejan atau dipimpin dengan persalinan buatan sesuai dengan indikasi yang ada pada waktu itu. Tetapi bila sepanjang pemberian infuse oksitosin timbul penyulit pada ibu maupun janin. Maka infuse oksitosin harus segera

dihentikan dan kehamilan segera diselesaikan dengan seksional sesarea.

b. Prostaglandin E<sub>2</sub>

Prostaglandin dapat merangsang otot-otot polos termasuk juga otot-otot rahim. Prostaglandin yang spesifik untuk merangsang otot rahim ialah  $PGE_2$  Dan  $PGF_2$  alpha. Untuk induksi persalinan prostaglandin dapat diberikan secara intravena, oral, vaginal, rectal, dan intra amnion. Pada kehamilan aterm, induksi persalinan dengan prostaglandin cukup efektif. Pengaruh sampingan dari pemberian prostaglandin ialah mual, muntah, diare.

## Skor bishop yang digunakan untuk menilai induksibilitas

| Skor | Factor       |               |         |                     |                |    |
|------|--------------|---------------|---------|---------------------|----------------|----|
|      | Pembukaan Cm | Penipisan (%) | Stasion | Konsistensi serviks | Posisi serviks |    |
| 0    | Tertutup     | 0-30          | -3      | Keras               | Posterior      |    |
| 1    | 1-2          | 40-50         | -2      | Sedang              | Tengah         |    |
| 2    | 3-4          | 60-70         | -1      | Lunak               | Anterior       |    |
| 3    | $\geq 5$     | $\geq 80$     | +1,+2   | -                   | -              |    |
|      | Stasion      | mencerminkan  | skala   | -3                  | hingga         | +3 |

sumber : dari bishop EH: pelvic scoring for elective induction.

Obstet gynecol 24:266, 1964, dengan izin.

Kemungkinan keberhasilan induksi persalinan, menurunkan insidensi persalinan lama, dan mengurangi dosis oksitosin.

Pada tahun 1992, *food and drug administration* menyetujui pemakaian gel prostaglandin E2 (prepidil) untuk mematangkan serviks pada wanita aterm atau menjelang aterm yang memiliki

indikasi untuk di induksi. Gel tersedia dalam spuit 2,5 ml yang berisi 0,5mg dinoproston. Rute intra serviks memberikan keunggulan karena tidak banyak mempengaruhi aktifitas uterus dan sangat efektif untuk wanita dengan serviksyang belum matang. Sisipan vaginal dinoproston 10 mg (cervidil) juga disetujui pada tahun 1995 untuk mematangkan serviks. Sisipan ini melepaskan obat secara lebih lambat (0,3 mg/jam) dibandingkn bentuk gel.

#### **Pemberian**

Dianjurkan preparat ini diberikan pada saat atau menjelang tiba dikamar bersalin agar dapat dilakukan pemantauan kontinu terhadap aktifitas uterus dan denyut jantung janin. Mungkin perlu dilakukan pengamatan dengan periode berkisar dari 30 menit hingga 2 jam. Jika tidak terdapat perubahan dalam aktifitas uterus atau denyut jantung janin setelah peiode ini, pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan. Jika muncul, kontraksi biasanya terjadi pada jam pertama dan memperlihatkan aktivitas puncak dalam 4 jam pertama. Jika tetap terjadi kontraksi yang teratur, pemantauan denyut jantung janin harus dilanjutkan dan tanda-tanda vital di catat.

Interval waktu aman minimal antara pemberian prostaglandin E2 dan permulaan pemberian oksitosin belum diketahui pasti. Menurut petunjuk pembuatannya, induksi oksitosin harus ditunda selama 6 hingga 12 jam.

### **Efek samping**

Angka hiperstimulasi uterus dilaporkan, didefinisikan sebagai 6 kontraksi atau lebih dalam 10 menit selama total 20 menit, adalah 1 persen untuk gel intraserviks (dosis 0,5 mg) dan 5% untuk gel intravagina (dosis 2 hingga 5 mg). karena dapat terjadi hiperstimulasi serius atau gangguan janin lebih lanjut, prostaglandin biasanya tidak digunakan pada persalinan. Jika terjadi, hiperstimulasi biasanya dimulai dalam 1 jam setelah gel disisipan dimasukan. Irigasi serviks dan vagina untuk mengeluarkan gel serviks belum terbukti bermanfaat.

Salah satu kemungkinan keunggulan gel intravagina adalah bahwa pengeluaran sisipan ini dengan menariknya biasanya meredakan efek samping tersebut. Efek sistemik berupa demam, muntah, dan diare akibat prostaglandin E2 sangat jarang terjadi. Produsen obat ini menganjurkan kehati-hatian dalam pemakaian obat ini pada pasien dengan glaucoma, gangguan hati dan ginjal yang berat/asma

c. Misoprostol

Misoprostol (cytotec) adalah prostaglandin E1 sintetik, dan saat ini tersedia berbagai tablet 100 mcg untuk mencegah ulkus peptic. Obat ini digunakan “off-label” (diluar indikasi resmi) untuk pematangan serviks prainduksi dan induksi persalinan. Misoprostol berharga murah, stabil pada suhu kamar, dan mudah diberikan

peroral atau dengan memasukannya kevagina, tetapi tidak ke serviks.

d. Misoprostol vagina

Tablet misoprostol vagina dimasukan kedalam vagina setara dan mungkin lebih 25 $\mu$ g. hipertensi dimulai uterus disertai perubahan denyut jantung janin perlu diperhatikan pada pemakaian obat ini. Dosis misoprostol intravagina yang lebih tinggi (50  $\mu$ g atau lebih) menyebabkan peningkatan bermakna takisistol uterus, pengeluaran dan aspirasi mekonium, dan sesar atas indikasi hiperstimulasi uterus. Laporan rupture uterus pada wanita dengan riwayat pembedahan dengan menyebabkan misoprostol tidak boleh digunakan pada para wanita tersebut.

e. Misoprostol oral

Afektivitas misoprostol oral, 100  $\mu$ g, serupa dengan misoprostol intravagina 25  $\mu$ g.

### **Tanda-Tanda Induksi Baik**

1. Respons uterus berupa aktifitas kontraksi miometrium baik
2. Kontraksi simetris, dominasi fundus, relaksasi baik (sesuai dengan tanda-tanda his yang baik / adekuat)
3. Nilai pelvik menurut Bishop (tabel) <sup>(1)</sup>

Sebelum melakukan induksi hendaknya lakukan terlebih dahulu pemeriksaan dalam guna memberikan kesan tentang keadaan serviks, bagian terbawah janin dan panggul. Hasil pemeriksaan dicatat dan

disimpulkan dalam satu tabel nilai pelvis. Selaanjutnya dapat kita ikuti ketentuan-ketentuan sbb:

- Apabila skor di atas 5, pertama-tama lakukanlah amniotomi. Bila 4 jam kemudian tidak ada kemajuan persalinan, berikan infus tetes oksitosin.
- Apabila skor dibawah 5, ketuban dibiarkan intak, berikan infus tetes oksitosin. Setelah beberapa lama berjalan, nilai kembali pelvis.
  - Bila skor diatas 5 lakukan amniotomi.
  - Bila skor dibawah 5, oksitosin tetes diulangi.
  - Bila setelah 2-3 kali, serviks belum juga matang segera lakukan amniotomi.

#### Nilai pelvis (*pelvic Score*)

| No           | Skor   | 0                  | 1                     | 2              | Nilai |
|--------------|--|--------------------|-----------------------|----------------|-------|
| 1            | Pendataran serviks   | Stubuler panjang   | Panjang 1 cm          | <1cm           |       |
| 2            | Pembukaan serviks  | Tertutup           | 1 cm                  | 2 cm           |       |
| 3            | Konsistensi serviks  | Keras              | Mulai lunak           | Lunak          |       |
| 4            | Arah mulut serviks   | Sakral             | Aksial                | Anterior       |       |
| 5            | Turunnya bagian terbawah janin terhadap spina iskhiadika/menurut bidang hodge. | Di atas -2 cm/H II | -1 sampai -2 cm/ HII+ | -1 cm nol HIII |       |
| Jumlah Nilai |  |                    |                       |                |       |

#### Komplikasi

- Terhadap ibu
  - Kegagalan induksi
  - Kelelahan ibu dan krisis emosional

- c. Inersia uteri dan partus lama
  - d. Tetania uteri yang dapat menyebabkan solusio plasenta, ruptura uteri dan laserasi jalan lahir.
  - e. Infeksi intrauterine.
2. Terhadap janin
- a. Trauma pada janin oleh tindakan
  - b. Prolapsus tali pusat
  - c. Infeksi intrapartal pada janin

## C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

### 1. Manajemen Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah dengan metode pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan. Proses itu digambarkan dalam arti kata prilaku yang diharapkan dari klinis tersebut. Hal ini digambarkan dengan jelas bahwa proses berpikir dan bertindak yang terlibat, tetapi juga tingkat prilaku dalam setiap langkah yang akan dicapai dalam rangka memberikan asuhan/pelayanan yang aman dan menyeluruh (Sudarti, 2010).

#### a. Langkah I (Pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data dasar secara komprehensif untuk evaluasi pasien. Data dasar ini termasuk riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik apabila perlu, tinjau catatan saat ini atau catatan lama dari rumah sakit. Tinjauan singkat dari data laboratorium dan pemeriksaan tambahan lainnya, semua informasi pasien dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien. Bidan kumpulan data awal yang menyuluruh walaupun pasien itu ada komplikasi yang akan dibutuhkan yang akan diajukan kepada dokter konsulen. Kadang-kadang langkah I mungkin tumpang tindih dengan langkah 5 dan 6 karena data yang diperlukan diperoleh hasil laboratorium atau hasil pemeriksaan lainnya. Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan

membandingkan dengan hasil studi pada langkah pertama ini dikumpulkan dengan kondisi klien.

**b. Langkah Kedua : Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini data dikembangkan dari data dasar, interpretasi dari data ke masalah atau diagnose khusus yang teridentifikasai. Kedua kata masalah maupun diagnose dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnose tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh. Pada langkah ini terdapat Diagnosa, masalah dan kebutuhan (Sudarti, 2010).

**c. Langkah Ketiga : Diagnosa Masalah Potensial**

Mengidentifikasikan masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman utnuk mencegah masalah potensial yang akan terjadi. (Sudarti, 2010). Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang apakah diagnose atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

#### **d. Langkah Keempat : Tindakan Segera**

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun (Sudarti, 2010). Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

#### **e. Langkah Kelima : Intervensi**

Membuat suatu rencana asuhan yang komprehensif, ditentukan oleh langkah sebelumnya adalah suatu perkembangan dari masalah atau diagnose yang sedang terjadi atau terantisipasi dan juga termasuk mengumpulkan informasi tambahan atau tertinggal untuk data dasar. Suatu rencana asuhan yang komprehensif tidak saja mencakup apa yang ditentukan oleh kondisi pasien dan masalah yang terkait, tetapi juga menggaris bawahi bimbingan yang terantisipasi (Sudarti, 2010). Oleh karena itu tugas bidan dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan pasien begitu juga termasuk penegasannya akan persetujuan pasien.

#### **f. Langkah Keenam : Implementasi**

Perencanaan bisa dilakukan secara menyeluruh oleh bidan dalam situasi ini dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan baik pasien yang mengalami komplikasi.

(Sudarti,2010) Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

#### **g. Langkah Ketujuh : Evaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Sudarti,2010). Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyusain terhadap rencana asuhan tersebut. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

## 1) Metode Pendokumentasian Kebidanan (SOAP)

### **S : Subjektif**

- Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamneses
- Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga ( identitas umum, keluhan,riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial,pola hidup.)

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data dibelakang "S" diberi tanda "0" atau "X" ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

### **O : Objektif**

- Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab,dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment.
- Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan ( tanda KU, Vital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang.) Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi

- Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

#### A:Assesment

- Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.
- Menggambarkan pendokumentasian hasil dan interpretasi dat subjektif dan bjektif dalam suatu identifikasi
  - a. Diagnose adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien
  - b. Maslah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu

### **P: Planning**

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. SOAP untuk perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejaterahannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien dalam mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan intruksi dokter.

## BAB III

### METODE STUDI KASUS

#### A. Jenis Studi Kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan penulis dalam laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan metode observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini dengan bertemakan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. R usia 27 Tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan Inersia Uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.

#### B. Lokasi Studi Kasus

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoadmojo, 2008). Waktu pengambilan kasus dan pemantauan dari tanggal 26 Maret 2018 - 27 Maret 2018 dengan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. R usia 27 Tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan Inersia Uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018. Penulis mengambil lokasi di Klinik Eka Sriwahyuni karena Klinik Eka telah di pilih Institusi pendidikan sebagai lahan praktek penulis untuk melakukan penelitian dan untuk memenuhi Laporan tugas akhir.

### **C. Subjek Studi Kasus**

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ibu Bersalin pada Ny. R usia 27 Tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan Inersia Uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan Tahun 2018.

### **D. Metode dan Pengumpulan Data**

#### **a. Metode**

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan manajemen 7 langkah Helen Varney.

#### **b. Jenis Data**

Penulisan asuhan kebidanan sesuai studi kasus ibu Bersalin pada Ny. R usia 27 Tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan Inersia Uteri, yaitu :

##### **a. Data Primer**

###### **1. Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan Ibu Bersalin pada Ny. R usia 27 Tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan Inersia Uteri di Klinik Eka Sriwahyuni Medan.

## 2. Pemeriksaan Fisik

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

### a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan.

### b) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ibu bersalin dengan distosia his. Pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi, suhu, pernafasan dan DJJ.

### 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 Alat dan bahan untuk observasi menurut Rukiyah (2010), meliputi :

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

#### a. SAFT 1 :

1. Set partus dalam wadah steril
  - Gunting tali pusat : 1 buah
  - Arteri klem : 2 buah
  - Benang tali pusat : 2 buah

- Handscoot steril : 2 pasang
  - $\frac{1}{2}$  kocher : 1 buah
  - Gunting episiotomi : 1 buah
  - Kain segitiga biru : 1 buah
2. Stetoskop monoral
  3. Obat-obatan oksitosin dan lidocain
  4. Spuit 3 cc : 2 buah
  5. Nierbekken
  6. Kom air DTT
  7. Tromol berisi kassa steril
  8. Kom bertutup berisi kapas steril
  9. Korentang dan tempatnya.
  10. Tempat benda-benda tajam

#### SAFT 2:

1. Bak instrumen steril berisi:
  - Nald heating : 2 buah
  - Nald folder : 1 buah
  - Pinset anatomi : 1 buah
  - Pinset chirurgis : 1 buah
  - Gunting benang : 1 buah
  - Kain kassa : secukupnya
  - Handscoot steril : 1 pasang

2. Set emergency:

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

3. Alat non steril

- Piring plasenta
- Betadine

Set infus dan cairan infus

SAFT 3 :

- Waskom berisi air DTT
- Waskom berisi air klorin
- Alat resusitasi
  - a. Selang dan tabung O<sub>2</sub>
  - b. Handuk bayi
  - c. Lampu sorot
  - d. Perlengkapan ibu dan bayi
- Waslap : 2 buah
- Pakaian bayi, kain bedong dan popok bayi
- Doek ibu
- Kain sarung ibu 2 buah
- Handuk bayi dan ibu

- APD
  - a. Underpad
  - b. Sepatu karet
  - c. Celemek

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan.

### **3. Dokumentasi**

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi :

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Buku Kunjungan Ibu hamil di Klinik

### **4. Etika Studi Kasus**

- 1) Membantu masyarakat khususnya ibu untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakatnya khususnya keluarga.
- 2) Membantu ibu untuk merumuskan pedoman etis yang lebih memadai dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena ada perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat khususnya keluarga.
- 3) Dalam studi kasus lebih menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi kasus.

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Tinjauan Kasus

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN Ny. R USIA  
27 TAHUN GiP<sub>o</sub>A<sub>o</sub> USIA KEHAMILAN 40 MINGGU DENGAN  
INERTIA UTERI DI KLINIK EKA SRIWAHYUNI MEDAN  
TAHUN 2018**

Tanggal Masuk : 26-3-2018 Tgl pengkajian : 26-3-2018

Jam Masuk : 22.50 wib Jam Pengkajian : 22.50 wib

Tempat : Klinik Eka Pengkaji : Ketrin

#### I. PENGUMPULAN DATA

##### A. BIODATA

NamaIbu : Ny. R

NamaSuami : Tn. T

Umur : 27 tahun

Umur : 28 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/bangsa: Jawa/Indonesia

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : D3

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Bidan

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Dusun II Gg. Benteng

Alamat : Dusun II Gg. Benteng

Desa Bangun Sari

Desa Bangun Sari

#### B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

- a. **Keluhan utama/Alasan utama masuk** : Ibu mengatakan perut mules bagian bawah dan menjalar sampai kepinggang disertai keluar lendir bercampur darah sejak pukul 18.00 tanggal 26-3-2018 dan ketuban merembes sejak hari minggu pagi

**b. Riwayatmenstruasi :**

Menarche : 12 th,

Siklus : 30 hari, teratur/~~tidak~~ teratur

Lama : 4-5 hari,

Banyak : 2-3 x ganti pembalut/hari

Dismenorea/tidak : Tidak ada

**c. Tanda-tanda persalinan**

Kontraksi sejak : tanggal : 26 maret 2018 pukul : 18.00 WIB

Frekuensi : 2x dalam 10 menit

Durasi : Tidak teratur, lambat

Lamanya : 20 detik

Lokasi ketidaknyamanan : daerah perut hingga ke pinggang

**d. Pengeluaran pervaginam**

Darah lendir : Ada

Air ketuban : Ada

Darah : Tidak ada

**e. Riwayat kehamilan sekarang**

1. Hamil ke : 1 ( satu )

2. HPHT : 20-6-2017

3. TTP : 27-3-2018

4. UK : 40 minggu

5. Gerakan janin ibu : ibu mengatakan sudah merasakan gerakan janin sejak usia kehamilan 4 bulan dan masih dirasakan sampai sekarang dengan frekuensi lebih dari 10 kali.

6. ANC : 8x di klinik, praktek dokter obgyn

7. Tanda-tanda bahaya atau penyulit : tidak ada

8. Kekhawatiran Khusus : tidak ada

**f. Riwayat kehamilan yang lalu**

| Hami<br>l ke | U<br>K | Jenis<br>persali<br>nan | Penolong<br>persalinan | Tempat<br>persalin<br>an | Riwayat penyakit |              |       | JK | Umur | BBL |
|--------------|--------|-------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|--------------|-------|----|------|-----|
|              |        |                         |                        |                          | Ha<br>mil        | Bers<br>alin | Nifas |    |      |     |
|              | H      | A                       | M                      | I                        | L                |              | I     | N  | I    |     |

**g. Riwayat kesehatan / penyakit yang diderita sekarang**

Jantung : Tidak Ada

Hipertensi : Tidak Ada

DM : Tidak Ada

Campak : Tidak Ada

Hepatitis : Tidak Ada

Asma : Tidak Ada

Tuberculosis : Tidak Ada

Malaria : Tidak Ada

Anemia berat : Tidak Ada

HIV-AIDS : Tidak Ada

Riwayat kembar : Tidak Ada

**h. Riwayat Penyakit Keluarga**

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

DM : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

**i. Riwayat KB : Tidak ada**

**j. Riwayat Sosial Ekonomi dan Psikologi :**

- Status perkawinan : sah kawin : 1 kali
- Lama nikah 1 Tahun, mnikah pertama pada umur 26 tahun
- Kehamilan ini direncanakan atau tidak : direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang
- Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : tidak ada

**k. Pola Aktivitas sehari hari**

**a. Pola makan dan minum**

Frekuensi : 3 kali sehari, makan terakhir jam wib

Jenis : nasi + lauk + pauk + buah

Porsi : 1porsi

Minum : ±8-9 gelas / hari, jenis air putih + susu + pocari sweat

Keluhan / pantangan : tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : ±1 jam

Tidur malam : ±7-8 jam

c. Eliminasi

|               | Sebelum hamil | Saat hamil    |
|---------------|---------------|---------------|
| Frekuensi BAB | 1 x sehari    | 1 x sehari    |
| Masalah       | Tidak ada     | Tidak ada     |
| Frekuensi BAK | 4-5 x sehari  | 5 - 6x sehari |
| Masalah       | Tidak ada     | Tidak ada     |

d. Personal Hygiene

|               | Sebelum hamil | Saat hamil |
|---------------|---------------|------------|
| Mandi         | 2x sehari     | 2x sehari  |
| Gosok gigi    | 2x sehari     | 2x sehari  |
| Ganti pakaian | 2x sehari     | 3x sehari  |

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

Keluhan : tidak ada

Hubungan seksual : 1x/ mggu

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 : Composmentis

Emosi : Stabil

Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

Suhu : 36,6  $^{\circ}$ C

Nadi : 82 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Berat badan : 75kg, kenaikan BB selama hamil 15kg

Tinggi Badan : 160cm

LILA : 32cm

## 2. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : simetris Cloasma : tidak ada Oedema: tidak ada

Mata : simetris Conjungriva : merah muda Sclera : Tidak Ikterik

Hidung : simetris Polip : tidak meradang

Gigi dan Mulut/bibir : bersih dan tidak ada karang gigi

c. Leher : tidak ada pembengkakan

d. Payudara

Bentuk simetris : ya

Keadaan putting susu : menonjol

Aerola mamae : hiperpigmentasi

Colostrum : ada

Benjolan : tidak ada

e. Ekstremitas tangan dan kaki

Simetris/tidak : ya

Oedema pada tungkai bawah : tidak ada

Varices : tidak ada

Pergerakan : aktif

f. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi, linia nigra ada

Palpasi

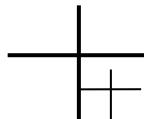
- Leopod I : Tinggi fundus uteri 32 cm, teraba bulat, lunak, dan tidak melenting difundus uteri.
- Leopod II : Disisi kiri perut ibu teraba memapan, memanjang, keras dan bagian-bagian kecil dibagian kanan perut ibu.
- Leopod III : Teraba bulat, keras dan melenting diperut bagian bawah ibu, dan sudah masuk PAP divergen.
- Leopod IV : kepala masuk PAP, TBBJ : 3100 gram

Auskultasi : DJJ ada, irama teratur frekuensi 140 x/menit

Kontraksi uterus

Pukul 23.00 wib his 2 x 10 menit durasi 20-30 detik djj 138 x/menit

Punctum maksimum :



### 3. Vulva dan vagina

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Kelenjar bartholine : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Lendir bercampur darah

Bekas luka pereneum : Tidak ada

Anus : Tidak ada hemoroid

#### 4. Pemeriksaan Panggul

Distansia Spinarum : tidak dilakukan

Distansia Cristarum : tidak dilakukan

Konjugata Externa : tidak dilakukan

Lingkar Panggul : tidak dilakukan

#### Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : inpartu pukul : 24.00 Oleh : bidan

Dinding vagina : tebal

Portio :

Pembukaan serviks : 1cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : pecah

Presentasi fetus : kepala

Posisi : UUK

Penurunan Kepala : Hodge I

#### D. Pemeriksaan penunjang

Hb : tidak dilakukan pemeriksaan

Protein urin : tidak dilakukan pemeriksaan

## II. Interpretasi data dasar

Diagnosa : Ny. R usia 27 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> Usia kehamilan 40 minggu, inpartu kala I fase laten dengan inersia uteri.

Data Dasar :

DS : - Ibu mengatakan perut bagian bawah terasa mules dan menjalar sampai kepinggang disertai pengeluaran lendir bercampur darah sejak pukul 18.00

- Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran
- Ibu mengatakan HPHT 20-6-2017
- Ibu mengatakan ketuban merembes

DO : - KU : Baik

- Kes : CM

- Tanda-tanda vital

- TD : 120/80 mmHg
- Suhu : 36,6 <sup>0</sup>C
- Nadi : 82 x/menit
- Respirasi : 22 x/menit

- Berat badan : 75kg, kenaikan BB selama hamil 15kg

- Tinggi Badan : 160cm

- LILA : 32cm

- Palpasi

- Leopod I : Tinggi fundus uteri 32 cm, teraba bulat, lunak, dan tidak melenting difundus uteri.

- Leopod II : Disisi kiri perut ibu teraba memapan, memanjang, keras dan bagian-bagian kecil dibagian kanan perut ibu.
  - Leopod III : Teraba bulat, keras dan melenting diperut bagian bawah ibu, dan sudah masuk PAP divergen.
  - Leopod IV : kepala masuk PAP, TBBJ : 3255 gram
- Auskultasi : DJJ ada, irama teratur frekuensi 138 x/menit

#### Kontraksi uterus

- Pukul 23.00 wib his 2 x 10 menit durasi 20-30 detik djj 138 x/menit

- Pemeriksaan dalam

- Atas indikasi : inpartu pukul : 24.00 Oleh : bidan
- Dinding vagina : tebal
- Portio :
- Pembukaan serviks : 1cm
- Konsistensi : lunak
- Ketuban : pecah
- Presentasi fetus : kepala
- Posisi : UUK
- Penurunan Kepala : Hodge I

#### Masalah

- Ibu cemas menghadapi persalinan
- Ketidaknyamanan ibu sehubungan dengan nyeri pada bagian perut dan menjalar ke pinggang ( Nyeri inpartu )
- His yang tidak adekuat

- Ketuban merembes

**Kebutuhan :** - Asuhan sayang ibu

- Persiapkan alat persalinan

### III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Pada Ibu : :

- Persalinan tak maju
- Rupture uteri
- Sepsis puerpuralis

Pada janin : - IUD

- Gawat janin
- Perdarahan intrakranial
- Caput succedaneum

### IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

A. Mandiri : augmentasi persalinan

B. Kolaborasi : Tidak ada

C. Merujuk : Tidak ada

### V. Intervensi

**Tanggal : 26 Maret 2018**

**Pukul : 22.50**

| No | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|----|---|---|
| 1  | Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan pada ibu   | Memberitahu ibu mengenai hasil tindakan dan pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan agar ibu mengetahui keadaannya saat ini |
| 2  | Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini khususnya nyeri pada bagian pinggang sampai ke perut | Agar dapat membantu ibu mengurangi rasa cemas terhadap rasa nyeri yang dialami nya saat ini   |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 3  | Ajarkan ibu teknik relaksasi   | Untuk membantu aliran oksigen kearah janin dan memperlancar sirkulasi darah, dan memberi ketenangan pada ibu                      |
| 4  | Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman                                  | Membantu mengurangi rasa nyeri  |
| 5  | Lakukan massase atau sentuhan pada ibu   | Massase pada pinggang hingga abdomen, untuk mengurangi rasa nyeri   |
| 6  | Observasi his dan Djg tiap 30 menit  | Kontraksi uterus merupakan tanda inpartu dan adanya kemajuan persalinan serta untuk memantau keadaan janin.                       |
| 7  | Penuhi nutrisi dan cairan ibu  | Untuk menambah energi ibu dan terhindar dari dehidrasi yang keluar melalui keringat atau urine                                    |
| 8  | Lakukan augmentasi persalinan  | upaya menstimulus kontraksi spontan uterus yang belum muncul untuk mempersiapkan kelahiran  |
| 9  | Observasi Tanda Tanda Vital tiap 4 jam   | Memantau keadaan umum ibu   |
| 10 | Monitor kemajuan persalinan tiap 4 jam bila indikasi dengan pemeriksaan dalam. | Untuk memantau majunya persalinan.  |
| 11 | Injeksi analgetik  | Untuk mengurangi rasa nyeri ibu   |
| 12 | Siapkan alat alat persalinan dalam keadaan siap pakai dan steril               | Untuk mempermudah melakukan tindakan dan mempercepat proses persalinan dan juga tetap dalam keadaan steril untuk mencegah infeksi |
| 13 | Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih                                  | Agar kontraksi ibu baik   |
| 14 | Ajarkan ibu teknik mengejan yang baik  | Dengan cara menarik nafas dari hidung dan mengeluarkan dari mulut saat ada kontraksi  |

## VI. Implementasi

Tanggal : 26-3-2018

| No | Jam                | Implementasi   | Paraf |
|----|--------------------|--|-------|
| 1  | 26-3-2018<br>22.50 | Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu<br>Ku : Baik<br>TD : 120/ 80 mmhg<br>T : 36.6°C<br>P : 80 x / menit<br>RR : 22 x / menit<br>• Leopold I : Tinggi fundus uteri 32 cm, teraba |       |

|       |            | <p>bulat, lunak, dan tidak melenting difundus uteri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leopod II : Disisi kiri perut ibu teraba memapan, memanjang, keras dan bagian-bagian kecil dibagian kanan perut ibu.</li> <li>Leopod III : Teraba bulat, keras dan melenting diperut bagian bawah ibu, dan sudah masuk PAP divergen.</li> <li>Leopod IV : kepala masuk PAP, TBBJ : 3255 gram<br/>Auskultasi : DJJ ada, irama teratur frekuensi 140 x/menit<br/>Pembukaan serviks : 1cm<br/>Ketuban : pecah<br/>Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaan ibu dan janin dalam batas normal</li> </ul> |        |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
|-------|------------|--|--------|--------|-----------|-----|----|-------|------------|------------|--------|--|--|
| 2     | 22.57      | <p>Menjelaskan pada ibu bahwa yang dialami setiap wanita yang sedang partus, nyeri ini terjadi sebagai 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 mengatakan telah mengetahui tentang nyeri yang telah dialaminya saat ini</p>   |        |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
| 3     | 23.00      | <p>Mengajarkan ibu teknik relaksasi :</p> <p>Tarik nafas yang panjang melalui hidung dan mengeluarkannya secara perlahan lahan melalui mulut, dilakukan setiap kali kontraksi dan lakukan pemasangan infus ditangan kanan ibu dengan cairan NaCl 20tts/i</p> <p>Evaluasi : ibu sudah melakukan teknik relaksasi dan infus sudah terpasang dengan baik dan berjalan lancar</p>  |        |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
| 4     | 23.10      | <p>Mengajarkan ibu posisi yang nyaman</p> <p>Ibu boleh duduk, jongkok, berbaring miring dan juga merangkak. posisi ini dapat mempercepat penurunan kepala</p> <p>Evaluasi : ibu sudah melakukan miring kiri dan miring kanan</p>   |        |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
| 5     | 23.15      | <p>Melakukan massase pada punggung / pinggang ibu, usapan ini berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri . suami juga dapat melakukannya</p> <p>Evaluasi : Ibu mengatakan merasa lebih baik dan suami mengerti</p>  |        |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
| 6     | 23.00      | <p>Mengobservasi his dan DJJ tiap 30 menit</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jam</th><th>Durasi</th><th>Frekuensi</th><th>DJJ</th><th>VT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23.00</td><td>20-30detik</td><td>2x10 menit</td><td>138x/i</td><td></td></tr> </tbody> </table>   | Jam    | Durasi | Frekuensi | DJJ | VT | 23.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |  |  |
| Jam   | Durasi     | Frekuensi  | DJJ    | VT     |           |     |    |       |            |            |        |  |  |
| 23.00 | 20-30detik | 2x10 menit   | 138x/i |        |           |     |    |       |            |            |        |  |  |

|  |  |       |            |            |        |     |  |
|--|--|-------|------------|------------|--------|-----|--|
|  |  | 23.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 24.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i | 1cm |  |
|  |  | 00.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 01.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 01.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 02.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 02.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 03.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 03.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 04.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i | 1cm |  |
|  |  | 04.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 05.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 05.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 06.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 06.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 07.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 07.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 08.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i | 1cm |  |
|  |  | 08.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 09.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 09.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 10.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |     |  |
|  |  | 10.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 11.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 11.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 12.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i | 2cm |  |
|  |  | 12.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 138x/i |     |  |
|  |  | 13.00 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |
|  |  | 13.30 | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |     |  |

|   |       |  |            |            |        |      |  |
|---|-------|--|------------|------------|--------|------|--|
|   |       | 14.00  | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |      |  |
|   |       | 14.30  | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i |      |  |
|   |       | 15.00  | 20-30detik | 2x10 menit | 130x/i | 3cm  |  |
|   |       | 15.30  | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 16.00  | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 16.30  | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 17.00  | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 17.30  | 20-30detik | 2x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 18.00  | 25-30detik | 3x10 menit | 132x/i | 5cm  |  |
|   |       | 18.30  | 30-35detik | 3x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 19.00  | 30-35detik | 3x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 19.30  | 30-35detik | 3x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 20.00  | 35-40detik | 3x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 20.30  | 35-40detik | 3x10 menit | 132x/i |      |  |
|   |       | 21.00  | 35-40detik | 3x10 menit | 132x/i | 9cm  |  |
|   |       | 21.30  | 35-40detik | 3x10 menit | 130x/i |      |  |
|   |       | 22.00  | 35-40detik | 4x10menit  | 132x/i | 10cm |  |
|   |       | 22.30  | 35-40detik | 4x10 menit | 130x/i |      |  |
|   |       |  |            |            |        |      |  |
| 7 | 23.15 | Memenuhi nutrisi ibu<br>Memberi ibu minum teh manis 1 gelas, air putih 1 gelas<br>dan menganjurkan ibu untuk makan<br>Evaluasi : ibu sudah minum 1 gelas teh manis saat his hilang   |            |            |        |      |  |
| 8 | 08.45 | Melakukan augmentasi persalinan dengan memasang infus di tangan kanan ibu dengan cairan RL 500 ml drips oksitosin 10IU dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit sampai 32 tetes/menit<br>Ev: augmentasi persalinan sudah dilakukan dan berjalan dengan lancar. |            |            |        |      |  |
| 9 | 09.00 | Mengobservasi Tanda Tanda Vital<br>TD : 120/80mmhg<br>T : 36,5°C<br>P : 82 x/i<br>RR : 22x/i   |            |            |        |      |  |

|           |             | Ev: TTV dalam batas normal   |                 |         |                                  |                                 |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
|-----------|-------------|--|-----------------|---------|----------------------------------|---------------------------------|---------|-------------------------|---------------------------------|-----------|-------|-----|-------|-------|--------|---------|-----------|-------|-----|-------|-------|--------|---------|-----------|-------|-----|-------|-------|--------|---------|-----------|-------|-----|-------|-------|--------|---------|-----------|-------------|-----|-------|-------|--------|---------|-----------|-------------|-----|-------|-------|--------|----------|-----------|-------------|-----|-------|-------|--------|-----------|-----------|-------------|------|-------|-------|--------|----------|--|
| 10        | 12.00       | <p>Memantau kemajuan persalinan tiap 4 jam</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja<br/>m</th><th>Portio</th><th>Pemb<br/>ukaa<br/>n<br/>servi<br/>ks</th><th>Konsis<br/>tensi</th><th>Ketuban</th><th>Presen<br/>tasi<br/>fetus</th><th>Penurunan<br/>bagian<br/>terendah</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24.<br/>00</td><td>Tebal</td><td>1cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge I</td></tr> <tr> <td>04.<br/>00</td><td>Tebal</td><td>1cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge I</td></tr> <tr> <td>08.<br/>00</td><td>Tebal</td><td>1cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge I</td></tr> <tr> <td>12.<br/>00</td><td>Tebal</td><td>2cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge I</td></tr> <tr> <td>15.<br/>00</td><td>Memb<br/>uka</td><td>3cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge I</td></tr> <tr> <td>18.<br/>00</td><td>Memb<br/>uka</td><td>5cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge II</td></tr> <tr> <td>21.<br/>00</td><td>Memb<br/>uka</td><td>9cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge III</td></tr> <tr> <td>22.<br/>00</td><td>Memb<br/>uka</td><td>10cm</td><td>Lunak</td><td>Pecah</td><td>Kepala</td><td>Hodge IV</td></tr> </tbody> </table> | Ja<br>m         | Portio  | Pemb<br>ukaa<br>n<br>servi<br>ks | Konsis<br>tensi                 | Ketuban | Presen<br>tasi<br>fetus | Penurunan<br>bagian<br>terendah | 24.<br>00 | Tebal | 1cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge I | 04.<br>00 | Tebal | 1cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge I | 08.<br>00 | Tebal | 1cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge I | 12.<br>00 | Tebal | 2cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge I | 15.<br>00 | Memb<br>uka | 3cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge I | 18.<br>00 | Memb<br>uka | 5cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge II | 21.<br>00 | Memb<br>uka | 9cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge III | 22.<br>00 | Memb<br>uka | 10cm | Lunak | Pecah | Kepala | Hodge IV |  |
| Ja<br>m   | Portio      | Pemb<br>ukaa<br>n<br>servi<br>ks   | Konsis<br>tensi | Ketuban | Presen<br>tasi<br>fetus          | Penurunan<br>bagian<br>terendah |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 24.<br>00 | Tebal       | 1cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge I                         |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 04.<br>00 | Tebal       | 1cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge I                         |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 08.<br>00 | Tebal       | 1cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge I                         |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 12.<br>00 | Tebal       | 2cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge I                         |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 15.<br>00 | Memb<br>uka | 3cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge I                         |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 18.<br>00 | Memb<br>uka | 5cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge II                        |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 21.<br>00 | Memb<br>uka | 9cm  | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge III                       |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 22.<br>00 | Memb<br>uka | 10cm   | Lunak           | Pecah   | Kepala                           | Hodge IV                        |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 11        | 09.45       | <p>Injeksi Buscopan 1 ampul secara IM di paha kanan ibu untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Ev: injeksi sudah diberikan</p>   |                 |         |                                  |                                 |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |
| 12        | 10.00       | <p>Mempersiapkan alat alat untuk pertolongan persalinan</p> <p>SAFT 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partus set dalam bak instrument</li> <li>2. Gunting tali pusat</li> <li>3. Arteri klem</li> <li>4. Benang tali pusat</li> <li>5. Handscon</li> <li>6. ½ kocher</li> <li>7. Gunting episiotomi</li> <li>8. Kassa steril</li> </ol> <p>SAFT 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop monoral</li> <li>2. Tensi meter</li> <li>3. Leanec</li> <li>4. Obat obatan : Lidocain, oksitosin, metergin</li> <li>5. Spuit 3 cc dan cc</li> <li>6. Nierbeken</li> <li>7. Kom berisi air DTT</li> <li>8. Korentang</li> <li>9. Tempat benda benda tajam dan tempat spuit bekas</li> </ol>   |                 |         |                                  |                                 |         |                         |                                 |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |       |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |         |           |             |     |       |       |        |          |           |             |     |       |       |        |           |           |             |      |       |       |        |          |  |

|    |       |   |  |
|----|-------|---|--|
|    |       | <p>Pinset anatomis<br/>Pinset sirurgis<br/>Gunting benang<br/>Kain kassa<br/>Handscoon</p> <p>2. Bak instrument steril<br/>Kateter / slim seher<br/>Kateter nelaton<br/>Gunting episiotomi<br/>Handscoon</p> <p>3. Alat non steril<br/>Piring plasenta<br/>Betadin<br/>Cairan infus<br/>Infus set</p> <p>SAFT 3</p> <p>1. Waskom berisi air DTT dan air klorin<br/>2. Brush<br/>3. Handscoon<br/>4. Alat resusitasi<br/>5. Perlengkapan ibu dan bayi<br/>6. Underpad<br/>7. Handuk ibu dan bayi</p> <p>Evaluasi : Peralatan sudah disiapkan</p> |  |
| 13 | 15.10 | <p>Menganjurkan ibu untuk berkemih dan memastikan kadung kemih ibu kosong</p> <p>Evaluasi : kandung kemih kosong</p>  |  |
| 14 | 17.00 | <p>Mengajarkan ibu untuk mengejan yang baik . menganjurkan ibu untuk meneran apabila ada dorongan yang kuat dan spontan</p> <p>Ibu boleh memilih posisi meneran yang nyaman seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Duduk</li> <li>Merangkak</li> <li>Jongkok</li> <li>Berdiri</li> </ol> <p>Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang cara meneran yang baik</p>  |  |
| 15 | 18.10 | <p>Menyambungkan cairan RL 500 ml drips oksitosin 20IU dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit sampai 32 tetes/menit</p> <p>Ev: cairan telah disambungkan, dan berjalan dengan lancar</p>  |  |

## KALA II

Tanggal 27 Maret 2018

### SUBYEKTIF

- a. Ibu mengatakan ingin mengedan disertai ingin buang air besar.
- b. Ibu mengatakan adanya dorongan untuk meneran.
- c. Ibu mengatakan merasa sakit pada perut dan pinggang yang semakin kuat.

### OBYEKTIF

Keadaan Umum Ibu : lemah

TD : 120/80 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,6  $^{\circ}$ C

RR : 22 x/menit.

His 4 x 10 menit lamanya 35-40 detik

DJJ (+) = 138 x/menit

Inspeksi : bagian terendah janin nampak di vulva 5-6 cm

Pembukaan : 10cm

Ketuban : pecah

Porsio : membuka

Hodge : IV

Presentasi : kepala

Tampak dorongan meneran

Tekanan Anus

Perineum Menonjol

Vulva membuka

Terpasang infus RL drips oksitosin 20IU 20tt/s

## ASSESSMENT

Diagnosa : ibu in partu Kala II.

Masalah : nyeri saat kontraksi semakin kuat

Kebutuhan :

1. Pertolongan persalinan
2. Dukungan emosional pada ibu
3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu

## Diagnosa Masalah Potensial

- Ibu : Perdarahan dan partus macet
- Janin : Caput succedenum

Tindakan Segera : Lahirkan bayi

## PLANNING

Tanggal : 27 Maret 2018

| No | Jam   | Implementasi   | Paraf |
|----|-------|--|-------|
| 1  | 22.00 | <p>Membimbing ibu cara mengedan yang baik yaitu melakukan tarik nafas yang panjang jika datang his dan mengejan kebawah seperti seorang yang buang air besar yang keras. Dagu ditempelkan ke dada. Ibu dianjurkan tidak menutup mata saat mengedan dan menutup mulutnya. Pada his yang kuat ibu disuruh mengedan seperti yang telah diajarkan. Bila his hilang ibu di istirahatkan dan diberi makan atau minum untuk sumber tenaga</p> <p>Evaluasi : Ibu mengatakan sudah mengetahui cara mengejan yang baik</p> |       |
| 2  | 22.05 | <p>Memimpin persalinan pada saat kepala bayi terlihat 5-6 cm di introitus vagina penolong memasang handuk di atas perut ibu dan di bawah bokong. Penolong membuka partus set dan sarung tangan</p>   |       |

|   |       |   |  |
|---|-------|---|--|
|   |       | <p>steril. Pada saat suboksiptu bramatika pada simfisis tangan kanan melindungi perineum dengan dialasi alas bokong dan tangan kiri melindungi bayi agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat. Pada saat kepala lahir ibu terus dipimpin mengedan hingga lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, muka, telinga, hidung, mulut, dagu, secara keseluruhan kemudian penolong memeriksa adanya lilitan tali pusat. Kemudian tunggu kepala bayi mengalami putaran paksi luar kearah punggung bayi yaitu punggung kanan setelah kedua tangan penolong berada posisi bipariatel, kepala bayi ditarik secara curam kebawah untuk melahirkan bahu anterior keatas untuk melahirkan bahu posterior dengan posisi ibu jari pada leher ( bagian bawah kepala) dan keempat jari lainnya pada bahu dan dada puggung bayi, sementara tangan kiri penolong memegang lengan dan bahu anterior. Setelah bahu lahir, lakukan sanggah susur. Kemudian lahirlah seluruh badan bayi. Bayi lahir pukul 22.35 wib tanggal 27 Maret 2018 segera menangis spontan, meletakkan bayi diatas perut ibu. Tidak dilakukan pemotongan tali pusat (Lotus Birth). Timbang BB : 4000 gram PB : 51 cm JK: perempuan</p> <p>Evaluasi : Bayi baru lahir pukul 22.35 wib segera menangis spontan JK : Perempuan, telah dilakukan perawatan bayi baru lahir. BB : 4000 gram, PB : 51 cm.</p> |  |
| 3 | 22.37 | <p>Memberi dukungan emosional pada ibu untuk tenang dan mengatakan bayinya sudah lahir dengan sehat</p> <p>Evaluasi : Ibu merasa senang dan tidak khawatir lagi</p>   |  |

### KALA III

Tanggal 27 Maret 2018

jam : 22.35 wib

### SUBYEKTIF

- Ibu mengatakan perutnya tarasa mulas.
- Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.

## OBJEKTIF

- a. Ibu tampak lelah setelah melakukan persalinan
- b. Keadaan umum : Baik
  - Kesadaran : Composmentis
  - TFU : Sejajar pusat
  - Kandung kemih : kosong
  - Perdarahan :  $\pm 100$  cc
  - Plasenta belum lahir
  - Luka perineum : Ada
  - Kontraksi uterus : baik

## ASSASMENT

- Diagnosa** : Ibu inpartu kala III
- Masalah** : plasenta belum lahir
- Kebutuhan** :

- a. Manajemen aktif kala III
- b. Pantau kontraksi, TFU, kandung kemih, perdarahan
- c. Lakukan pengheactingan

## Identifikasi diagnosa masalah potensial

- a. Retensio Plasenta
- b. Perdarahan

- Tindakan Segera** : Lahirkan Plasenta

## PLANNING

Pukul : 22.35 wib

| No | Jam   | Implementasi  | Paraf |
|----|-------|---|-------|
| 1  | 22.35 | <p>Melakukan menajemen aktif kala III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melihat tanda tanda pelepasan plasenta. Tali pusat bertambah panjang, uterus berbentuk globular, dan adanya semburan darah.</li> <li>• Melakukan peregangan tali pusat saat adanya kontraksi dan melakukan dorso cranial, plasenta tampak di introitus vagina, segera melakukan pemilinan plasenta searah jarum jam, plasenta lahir pukul 22.40 wib, secara spontan dan lengkap. Segera melakukan massase fundus uteri</li> </ul> <p>Evaluasi : plasenta lahir tanggal 27 Maret 2018 jam : 22.40 wib, plasenta lahir lengkap</p> |       |
| 2  | 22.40 | <p>Memantau</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontraksi : Baik</li> <li>2. Kandung kemih : Kosong</li> <li>3. Robekan jalan lahir : Derajat 2</li> </ol> <p>Evaluasi : pemantauan dalam batas normal</p>  |       |
| 3  | 22.40 | <p>Melakukan injeksi Metergin 1 ampul secara IM di paha kanan Ibu</p> <p>Ev: Injeksi Metergin sudah di suntikan</p>   |       |
| 4  | 22.42 | <p>Melakukan pengheactingan pada luka perineum dengan teknik jelujur dan sebelum di heacting dilakukan anatesi terlebih dahulu untuk mengurangi rasa sakit saat dilakukan pengheactingan</p> <p>Ev : robekan jalan lahir sudah di heacting</p>  |       |

KALA IV

Tanggal : 27 Maret 2018 jam : 23.00 wib

## SUBYEKTIF

- a. Ibu mengatakan merasa lelah.
  - b. Ibu mengatakan perutnya terasa mulas.
  - c. Ibu mengatakan nyeri pada luka perineum

## OBJEKTIF

a. Plasenta lahir pukul 22.40 wib

Plasenta lahir lengkap

b. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120/70 mmHg

N : 82 x/mnt

S : 36,5  $^{\circ}$ C

RR : 22 x/menit.

c. TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan  $\pm$  50 cc.

## ASSESMENT

**Diagnosa :** Ibu Parturient kala IV

**MASALAH :** Gangguan rasa tidak nyaman sehubungan dengan perutnya yang mules

**Kebutuhan :**

- Pantau Kala IV
- Pantau keadaan umum ibu

**Identifikasi masalah potensial :** Atonia Uteri

**Antisipasi Tindakan segera :** Tidak ada

## PLANNING

Pukul : 23.00 wib

| No | Jam   | Implementasi   | Paraf |
|----|-------|--|-------|
| 1  | 23.00 | <p>Membersihkan ibu dari sisa-sisa darah, memakaikan pakaian yang bersih kemudian membersihkan alat-alat persalinan dengan cara merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Lalu dicuci bilas dan kemudian direbus dan ditunggu selama 20 menit setelah air mendidih.</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah dibersihkan, alat-alat sudah dibersihkan</p>  |       |
| 2  | 23.10 | <p>Memantau keadaan umum ibu selama 2 jam. Pada 1 jam pertama, setiap 15 menit sekali periksa tekanan darah, TFU, kontraksi, perdarahan, kandung kemih, nadi, suhu diperiksa setiap 1 jam sekali. Pada 2 jam pertama setiap 30 menit sekali periksa tekanan darah, pols, TFU, kontraksi, perdarahan, kandung kemih, suhu diperiksa setiap 1 jam sekali.</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah mengetahui keadaannya saat ini</p> |       |
| 3  | 23.20 | <p>Memberi ibu asupan nutrisi berupa makanan dan minuman untuk menambah tenaga ibu.</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah mendapat nutrisi yang cukup</p>  |       |

## B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang dilakukan di Klinik Eka Sriwahyuni Menteng Raya dengan teori yang ada. Disini peneliti akan menjelaskan kesenjangan teori dan praktek tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi tujuh langkah. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu bersalin dengan distosia his.

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status klien (Sudarti,2010). Pengkajian dan pengumpulan data dasar yang merupakan tahap awal dari manajemen kebidanan dilaksanakan dengan cara pengkajian data subjektif, data objektif dan data penunjang.

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang penulis peroleh pada kasus Ny.R usia 27 tahun GIP0A0 dengan inertia uteri. Hamil pertama kali dan belum pernah keguguran. Ibu mengeluh nyeri pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah. Dalam teori (Sondakh Jenny J.S 2013:2) mengatakan bahwa dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula

terjadinya proses persalinan. Dalam data subjektif tentang keluhan pasien tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek karena keluhan ibu sesuai dengan teori (Sondakh Jenny J.S 2013:2).

Sedangkan data objektif yang ditemukan pengkaji keadaan ibu baik, TFU 32cm teraba bulat, melebar, lembek dan tidak melenting. Leopold II teraba disisi kiri perut ibu memapan, memanjang, keras dan disisi kanan teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III teraba pada bagian bawah perut ibu bulat, keras dan melenting. Leopold IV sudah masuk PAP. Hasil pemeriksaan dalam pukul 24.00 1cm dan pembukaan lengkap 22.00. Pada teori mengatakan perlangsungan kala I pada primigravida selama 12 jam dan majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam 1-4 rongga panggul yang dimulai pada kala II dimana perlangsungan kala II seluruhnya selama 1 1/2 jam sampai bayi lahir sedangkan pada kasus Ny "R" ditemukan perlangsungan kala I selama 22 jam, kala II berlangsung selama 35 menit sampai bayi lahir ini disebabkan karena kurang adekuatnya his. Pada kasus diatas terjadi inersia uteri. Hal ini menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan penerapan manajemen asuhan kebidanan.

## 2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini data dikembangkan dari data dasar, interpretasi dari data ke masalah atau diagnose khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnose dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnose tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana

yang menyeluruh. Pada langkah ini terdapat Diagnosa, masalah dan kebutuhan (Sudarti,2010).

Interpretasi data terdiri dari diagnose kebidanan menentukan masalah dan kebutuhan ibu bersalin dengan distosia his. Pada kasus ini diagnose kebidanan adalah Ny. R usia 27 tahun GIP0A0, usia kehamilan 40 minggu, inpartu kala I dengan inertia uteri. Masalah yang dialami Ny.R adalah his yang kurang adekuat.

### **3. Diagnosa Masalah Potensial**

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman untuk mencegah masalah potensial yang akan terjadi. (Sudarti,2010).

Diagnosa / masalah potensial yang dapat diidentifikasi pada studi kasus Ny. R ada kesamaan antara teori yaitu antisipasi terjadinya caput succedens.

### **4. Tindakan Segera**

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun (Sudarti,2010). Teori mengatakan jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan maka diberikan infus oksitosin 5 kesatuan dalam 500 cc

dextrose 5 % (atau garam fisilogik) dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit.

Berdasarkan pada kasus Ny. R tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek. Pada kasus Ny. R usia 27 tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri dilakukan augmentasi persalinan dengan memasang infus di tangan kanan ibu dengan cairan RL 500 ml drips oksitosin 3 IU dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit sampai 32 tetes/menit

## 5. Intervensi Asuhan Kebidanan

Pada persalinan normal rencana tindakan yang diberikan adalah tirah baring, pemantauan dengan partografi, observasi, dan memberikan motivasi pada klien. Pada kasus Ny.R menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang menguntungkan dengan berbaring tidur dalam posisi miring ke kiri, memantau persalinan dengan partografi dan memberikan motivasi kepada ibu dalam menghadapi proses persalinan. Pada teori mengatakan jika pada persalinan didapatkan lama yang perlu diperhatikan: Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan maka diberikan infus oksitosin 5 kesatuan dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit untuk meningkatkan kontraksi yang ada. Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala tidak lebih dari 1/5 diatas simpisis pubis lakukan ekstraksi vakum atau cunam. Kepala diantara 1/5-3/5 diatas simpisis pubis lakukan ekstraksi vakum, kepala lebih dari 3/5 diatas simpisis pubis lakukan seksio sesarea. Pada kasus Ny.R tanda-tanda obstruksi dapat disingkirkan oleh karena itu tindakan yang diberikan adalah

infus oksitosin 30 IU dalam larutan RL 500 cc 8 tetes /menit setiap 15 menit di naikkan sampai 32 tetes/menit serta pemberian intake yang kuat. Kepala di hodge III - IV dan menambah kontraksi uterus (3 x 10 menit durasi 35-40 detik) sampai bayi lahir secara spontan.

## **6. Implementasi**

Implementasi Asuhan Kebidanan Sesuai tinjauan manajemen kebidanan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisien dan menjamin rasa aman klien, implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun dengan tim kesehatan lainnya sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan. Pada kasus Ny. R dengan inersia uteri, dilakukan augmentasi persalinan dengan infus RI 500cc drips oksitosin 30 IU dengan 8 tetes/menit setiap 15 menit dinaikkan sampai 32 tetes serta pemberian intake yang kuat, semua tindakan telah direncanakan sudah dilakukan seluruhnya dengan baik, tanpa hambatan karena adanya kerja sama dan penerimaan yang baik dari klien serta dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan.

## **7. Evaluasi**

Evaluasi Asuhan Kebidanan Kala I persalinan dengan presentase kepala pada primigravida akan berlangsung 12 jam. Pada kasus Ny. R kala I berlangsung 22 jam. Pada persalinan dengan kala II yang berlangsung 35 menit. Pada kasus Ny. R bayi lahir dengan caput sucsedenum dengan Apgar Score 9/9. Kala II berlangsung selama 35 menit dengan Jenis kelamin perempuan, BBL: 4000 gram, PBL : 51cm.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dan pembahasan asuhan kebidanan pada ibu bersalin primigravida Ny R usia 27 tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri di Klinik Eka Sriwahyuni tahun 2018 yang menggunakan 7 langkah varney dari pengumpulan data samapai dengan evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

1. Pengkajian telah dilaksanakan dengan mengumpulkan semua data menurut lembar format yang tersedia melalui teknik wawancara dan observasi sistemik. Data subjektif khusunya pada keluhan utama yaitu ibu mengatakan nyeri pada pinggang sampai ke perut disertai dengan keluarnya lendir bercampur darah, Leopod I Tinggi fundus uteri 32 cm, teraba bulat, lunak, dan tidak melenting difundus uteri. Leopod II Disisi kiri perut ibu teraba memapan, memanjang, keras dan bagian-bagian kecil dibagian kanan perut ibu. Leopod III Teraba bulat, keras dan melenting diperut bagian bawah ibu, dan sudah masuk PAP divergen. Leopod IV kepala masuk PAP, TBBJ : 3255 gram. DJJ teratur frekuensi 140 x/menit. Pembukaan serviks 1cm.
2. Interpretasi data dari hasil pengkajian diperoleh diagnosa kebidanan : Ny. R usia 27 tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri, masalah yang terjadi adalah his ibu yang tidak adekuat.

3. Antisipasi diagnosa / masalah potensial pada kasus ini adalah partus tak maju, kala II memanjang, caput siccusdenum.
4. Tindakan segera yang dilakukan yaitu .Pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan teori dan praktik. Berdasarkan pada kasus Ny. R tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik. Pada kasus Ny. R usia 27 tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 40 minggu dengan inersia uteri dilakukan augmentasi persalinan dengan memasang infus di tangan kanan ibu dengan cairan RL 500 ml drips oksitosin 30 IU dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit sampai 32 tetes/menit
5. Perencanaan yang diberikan pada Ny.R usia 27 tahun G1P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> dengan inersia uteri lakukan augmentasi persalinan dengan memasang infus RL 500 ml drips oksitosin dimulai dari 8 tetes per menit dan dinaikkan setiap 15 menit sampai 32 tetes/menit
6. Implementasi yang diberikan Pada kasus Ny. R dengan inersia uteri, augmentasi persalinan telah dilakukan dan semua tindakan telah direncanakan sudah dilakukan seluruhnya dengan baik, tanpa hambatan karena adanya kerja sama dan penerimaan yang baik dari klien serta dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan
7. Evaluasi Asuhan Kebidanan Kala I persalinan dengan presentase kepala pada primigravida akan berlangsung 12 jam. Pada kasus Ny. R kala I berlangsung 22 jam. Pada persalinan dengan kala II yang berlangsung 35 menit. Pada kasus Ny. R bayi lahir dengan caput derajat dengan Apgar Score 9/9. Kala II

berlangsung selama 35 menit dengan Jenis kelamin perempuan, BBL: 4000 gram, PBL : 51cm

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktek. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori kehamilan patologis.

### **2. Bagi Klinik Dan Tenaga Kesehatan**

Diharapkan klinik dan petugas kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus kehamilan patologis khususnya inersia uteri dalam persalinan, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di institusi kesehatan.

### **3. Bagi Klien**

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan untuk mengetahui bahayanya penyulit dan komplikasi yang terdapat selama kehamilan khususnya anemia ringan dalam kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anasari, T. (2012). Jurnal Involusi Kebidanan. Hubungan Paritas dan Anemia dengan Kejadian Inersia Uteri pada Ibu Bersalin di RSUD prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto diakses pada 13 April 2018
- Anik dan Eka. 2014. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Patologi Pada Ny. S Umur 36 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 41 Minggu Dengan Kala II Lama Di RSU Assalam Gemolong Sragen. Norma, 2015, <http://www.digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/19/01-gdl-normadwiku938-1-ktinorm-f.pdf> diunduh 13 April 2018
- Asuhan Kebidanan pada Persalinan Patologis Inersia Uteri Sekunder terhadap Ny.S di Polindes Desa Purwokerto Kota Gajah. Nouna Shaleha. 2013, <http://ejournal.stikesmucis.ac.id/e-journal/assets/dokumen/13DB277113.pdf> diakses 14 Mei 2018
- Desy, Hanifah mirzanie. 2009. *Buku Obgynacea*. Yogyarta : TOSCA Enterprise
- Fauziyah, Yulia. 2016. *Obstetri Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kusmiyati, Y. 2012. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Lilis. 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta : EGC
- Manuaba. 2008. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Notoadmajo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Oxorn, H., Forte, W. R. 2010. *Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medica.
- Prawiroharjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prawirohardjo, S (2010). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Perbedaan Induksi dan Akselarasi Persalinan. 2013. diunduh <https://www.scribd.com/doc/252131257/PERBEDAAN-INDUKSI-DAN-AKSELERASI-docx> diakses 23 Mei 2018

Rukiyah, AY., Yulianti, L. (2010) *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media

Saifuddin. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC

Shaleha, N (2011) *Asuhan Kebidanan pada Persalinan Patologi Inertia Uteri Sekunder terhadap Ny.S di Polindes Desa Purwokerto Kota Gajah*. Tersedia dalam <http://maphiablack.blogspot.co.id/2011/02/asuhan-kebidanan-pada-persalinan-2810.html> (diakses pada 14 Mei 2018 jam 15.00)

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

Sulistyawati, A. Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.

Suliyatini. 2017. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika

Taufan, Nugroho. 2016. *Kasus Emergency Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika

World Health Organization (WHO) tersedia dalam <http://arummeongg.blogspot.com/2014/06/data-angka-kematian-ibu-hamil-menurut.html> (diakses pada 14 Mei 2018 jam 15.10)