

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GIP0A0 + UK 38/39 MINGGU + PERSALINAN FISILOGIS
DI RUANG VK IGD RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



OLEH :

ALRIA AJIZAH DWILANTIKA, S. Kep

NIM. 2130122

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GIP0A0 + UK 38/39 MINGGU + PERSALINAN FISILOGIS
DI RUANG VK IGD RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ners**



OLEH :

ALRIA AJIZAH DWILANTIKA, S. Kep

NIM. 2130122

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes HangTuah Surabaya.

Surabaya, 05 Juli 2022

penulis

ALRIA AJIZAH DWILANTIKA, S.Kep

NIM. 2130122

HALAMAN PERSETUJUAN


Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **ALRIA AJIZAH DWILANTIKA, S.,Kep**
NIM : **2130122**
Program Studi : **PENDIDIKAN PROFESI NERS**
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan
Diagnosa Medis GIP0A0 + UK 38/39 Minggu +
Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL
Dr. Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Pembimbing 1



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03010

Pembimbing 2



**Widhowati Tri A.S, S,ST
196803041488112001**

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 05 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Alria Ajizah Dwilantika, S.Kep

NIM : 2130122

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Diagnosa Medis
GIP0A0 + UK 38/39 Minggu + Persalinan Fisiologis Di
Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu
syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan
Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Ketua Penguji : **Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., Sp.Mat**
NIP. 03025

Penguji I : **Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**
NIP. 03010

Penguji II : **Widhowati Tri A.S., S.ST**
196803041488112001



Mengetahui
Stikes HangTuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 05 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD, Finasim., M.M. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku kepala progam pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., Sp.Mat dan Ibu Widhowati Tri A.S, S.ST. Selaku penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Widhowati Tri A.S, S.ST Selaku pembimbing ruangan, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisan nya.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan..

Surabaya, 5 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

Cover	i
Surat Pernyataan Keaslian Laporan.....	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Gambar	ix
Daftar Singkatan	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	3
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Teori Persalinan	8
2.1.1 Definisi Persalinan	8
2.1.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan	10
2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan.....	10
2.1.4 Faktor Mempengaruhi Persalinan	12
2.1.5 Mekanisme Persalinan	16
2.1.6 Tahap-Tahap Persalinan.....	19
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	22
2.2.1 Kala I.....	23
2.2.2 Kala II.....	24
2.2.3 Kala III	26
2.2.4 Kala IV	27
2.2.5 Implementasi Keperawatan	27
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	27
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	28
3.1 Pengkajian	28
3.1.1 Identitas	28
3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini	28
3.1.3 Riwayat keperawatan	28
3.1.4 Aspek Psikososial.....	33
3.1.5 Kebutuhan Dasar Khusus	34
3.1.6 Pemeriksaan Fisik	35
3.1.7 Data Penunjang	38
3.2 Analisa Data.....	40
3.3 Diagnosa Keperawatan	42
3.4 Intervensi Keperawatan	43
3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	45

BAB 4 PEMBAHASAN	55
4.1 Pengkajian.....	55
4.2 Kala I.....	61
4.3 Kala II.....	65
4.4 Kala III.....	65
4.5 Kala IV.....	68
BAB 5 PENUTUP.....	71
5.1 Kesimpulan	72
5.2 Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	74
Lampiran 1	77
Lampiran 2	78
Lampiran 3	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sumbu Janin	14
Gambar 2.2 Presentasi Kepala	14
Gambar 2.3 Tipe Panggul	14
Gambar 2.4 <i>Asynclitismus Posterior</i>	17
Gambar 2.5 Kepala Fleksi.....	17
Gambar 2.6 Putaran Paksi Dalam	18
Gambar 2.7 Fleksi, Defleksi, Ekstensi	18
Gambar 2.8 Kelahiran Bahu Anterior dan Posterior	19
Gambar 2.9 Perhitungan APGAR <i>Score</i>	23
Gambar 2.10 Partograf Bagian Depan	24
Gambar 2.11 Partograf Bagian Belakang.....	25
Gambar 3.1 Genogram	31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Melahirkan Berhubungan Dengan Dilatasi Serviks	19
Tabel 2.2 Intervensi Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis	20
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Melahirkan berhubungan dengan Pengeluaran janin	22
Tabel 2.4 Intervensi Risiko Infeksi	22
Tabel 2.5 Intervensi Risiko Cedera Ibu.....	24
Tabel 2.6 Intervensi Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran	25
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga.....	26
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas.....	31
Tabel 3.2 Analisa Data	40
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 3.4 Implementasi	44

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CHPB	: <i>Cortonen, His, Pembukaan, Bundle</i>
DPPJ	: Dokter Penanggung Jawab
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
Ht	: Hematokrit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: <i>Intra Muscular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IV	: Intra Vena
KB	: Keluarga Berencana
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
VK	: <i>Verlos Kamer</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus pada umur kehamilan cukup bulan atau hampir cukup bulan, ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan dan dilatasi serviks dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) dan tanpa adanya komplikasi pada ibu maupun janin (Ratnawati, 2018). Ibu yang pertama kali menjalani proses persalinan akan merasa takut, cemas, khawatir yang mengakibatkan peningkatan rasa nyeri selama proses persalinan dan hal itu dapat mengganggu jalannya persalinan menjadi tidak lancar (Aniroh & Fatimah, 2019). Hasil pengamatan selama 1 minggu di ruang VK IGD, ibu primipara yang melakukan persalinan normal lebih banyak mengeluhkan nyeri dan cemas.

Data menurut kemenkes RI jumlah ibu hamil pada tahun 2018 diperkirakan sebanyak 17.3%. Berdasarkan SDKI tahun 2016 jumlah ibu bersalin di Indonesia berjumlah 4.125.250 orang pertahun, pada tahun 2017 jumlah ibu bersalin di Indonesia sebesar 5.112.269 orang pertahun, sedangkan tahun 2018 sebesar 6.345.000 orang pertahun. Berdasarkan profil kesehatan provinsi Jawa Timur, pada tahun 2018 cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 95.98% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018). Data dari ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya pada tahun 2021 kasus persalinan normal tanpa

komplikasi pada ibu dan janin dengan jumlah kasus 52 pasien. Jumlah pasien di VK IGD yang melakukan persalinan normal tanpa komplikasi pada ibu dan janin pada bulan Maret 2022 – Mei 2022 berjumlah 20 pasien BPJS dan 90% nya mengeluhkan nyeri selama proses persalinan, terutama pada ibu primipara.

Saat proses persalinan terjadi kontraksi uterus yang menyebabkan ibu merasakan nyeri. Rasa nyeri ini dipengaruhi karena keregangan otot rahim, penurunan hormon progesteron, peningkatan hormon oxytoksin, peningkatan prostaglandin dan tekanan kepala bayi. Selama kontraksi terjadi pemendekan segmen atas rahim (SAR) dan penipisan segmen bawah rahim (SBR) yang menyebabkan pembukaan serviks dan kepala bayi akan semakin menurun. Penurunan kepala bayi yang semakin bertambah menimbulkan rasa mengejan, sehingga terjadi ekspulsi (kekuatan mendorong janin keluar) yang dapat menyebabkan robekan jalan lahir akibatnya akan terasa nyeri. Pemberian asuhan keperawatan dalam proses persalinan yang sesuai dapat membuat persalinan kala 1-4 mudah. Dampak apabila tidak dilakukan asuhan persalinan normal yang tepat adalah akan menimbulkan komplikasi pada ibu dan bayi sehingga meningkatkan angka kematian ibu dan anak. (Mindarsih & Murni, 2019).

Asuhan persalinan pada kala I, II, III, dan IV memegang kendali penting pada ibu selama persalinan, karena dapat membantu ibu dalam mempermudah proses persalinan, membuat ibu lebih yakin untuk menjalani proses persalinan normal serta untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan dan ketidaknormalan dalam

proses persalinan. Peran perawat dalam proses persalinan normal adalah memberi dukungan, pendampingan, memberikan keterikatan ibu dengan bayinya. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan agar pasien dapat melewati persalinan dengan lancar dan memantau persalinan untuk mendeteksi adanya komplikasi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Diagnosa Medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya .

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diganose keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Tujuan umum maupun tujuan khusus karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya akhir ilmiah secara teoritis maupun praktisi di bawah ini :

1. Akademis

Hasil karya ilmiah akhir ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis.

2. Secara praktisi

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil karya ilmiah akhir ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis

b. Bagi peneliti.

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi tambahan referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis.

c. Bagi profesi kesehatan.

Tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny.E Dengan Diagnosa Medis G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis Di Ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkahlangkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini meliputi:

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dan informasi dengan mengajukan pertanyaan langsung atau melakukan tanya jawab. Dalam hal ini wawancara dilakukan dengan melakukan tanya jawab kepada pasien dan keluarga pasien pada saat dilakukan pengkajian tanggal 16 Juni 2022 sampai dengan tanggal 16 Juni 2022.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien keluarga pasien maupun tim kesehatan lain dilakukan pada saat pengkajian tanggal 16 Juni 2022 sampai dengan tanggal 16 Juni 2022..

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik kepada pasien dilakukan pada saat pengkajian tanggal 16 Juni 2022 sampai dengan tanggal 16 Juni 2022., serta data laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.5.5 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya ilmiah akhir ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran dan juga daftar singkatan.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan G1P0000 + UK 38/39 minggu + Persalinan Fisiologis serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2 menjabarkan mengenai konsep dan aspek yang berkaitan dengan topik penelitian yaitu konsep persalinan normal dan konsep asuhan keperawatan persalinan normal.

2.1 Konsep Teori Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi dengan usia cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada usia cukup bulan >37 minggu dan tanpa ada penyulit.. (Kumalasari, 2015)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus pada umur kehamilan 37-42 minggu dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan dan dilatasi serviks (Indah, Firdayanti, & Nadyah, 2019)

Persalinan normal yaitu jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan 37-42 minggu tanpa disertai penyulit. Awal persalinan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur dan menyebabkan pelebaran pada serviks (pelebaran dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap dan utuh.

2.1.2 Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Fitriana, 2018) sebab – sebab mulainya persalinan terdiri dari :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan kerentanan otot rahim, sedangkan hormon progesteron berfungsi untuk merelaksasikan otot-otot rahim. Pada masa kehamilan terdapat keseimbangan antar kedua hormon tersebut di dalam darah. Pada masa persalinan kadar progesterone menurun sehingga menimbulkan HIS dan inilah yang digunakan sebagai tanda mulainya persalinan.

2. Teori Oxytocin

Oxytocin berfungsi untuk mesntimulasi kontraksi uterus dengan bekerja secara langsung pada miometrium dan secara tidak langsung meningkatkan produksi prostaglandin di dalam desidua. Pada akhir usia kehamilan, kadar oxytocin meningkat sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

3. Ketegangan Otot-Otot

Semakin bertambahnya usia kehamilan atau bertambahnya ukuran perut maka, otot rahim akan semakin teregang dan akan semakin rentan.

4. Pengaruh Janin

Kelenjar adrenal janin menyekresi kortikosteroid yang memicu mekanisme persalinan. Steroid tadi merangsang pelepasan prekursor ke prostaglandin, yang menyebabkan kotraksi pada uterus.

5. Teori Prostaglandin

Prostagladin F2 atau E2 yng diberikan secara intravena dan extra amnial menimbulkan kontrak myometrium. Hal ini terbukti dengan meningkatnya prosaglandin pada sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda Persalinan Sudah Dekat

Menurut (Fitriana, 2018), tanda persalinan sudah dekat terdiri dari :

a. *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, ibu merasakan badan terasa enteng, sesak berkurang, tetapi saat berjalan terasa sedikit susah dan terasa nyeri pada anggota tubuh bagian bawah.

b. *Pollakisuria*

Pada usia kehamilan mendekati persalinan didapatkan hasil pemeriksaan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Hal ini menyebabkan tekanan pada kandung kemih dan ibu akan sering kencing/*pollakisuria*. (Apriza, et al., 2020)

c. *False Labor*

Ibu yang mendekati persalinan akan merasakan his 3-4 minggu sebelum persalinan.. His yang dirasakan ini hanya peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan bersifat :

- 1) Nyeri hanya di bagian bawah perut.
- 2) Nyeri tidak teratur.
- 3) Lamanya his pendek dan tidak bertambah kuat, apabila dibawa berjalan akan sering berkurang.
- 4) Tidak ada pembukaan serviks.

d. Perubahan Serviks

Sebelum mendekati persalinan kondisi serviks tertutup, panjang dan kurang lunak. Setelah mendekati persalinan kondisinya berubah menjadi lebih lembut, beberapa telah terjadi pembukaan dan penipisan. Pada ibu multipara terjadi pembukaan 2 cm, namun pada primipara biasanya masih tertutup.

e. Energi *Spurt*

Saat mendekati persalinan beberapa ibu mengalami peningkatan energi 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Hal ini karena beberapa hari sebelumnya ibu merasa kelelahan fisik karena usia kehamilan yang tua, maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ini tampak dari aktivitas yang dilakukan melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, memasak, dan lainnya sehingga ibu merasa kelelahan menjelang persalinan dan persalinan menjadi panjang dan sulit.

f. *Gastrointestinal Upsets*

Ibu bisa mengalami diare, obstipasi/sembelit, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2. Tanda Awal Persalinan

Tanda awal persalinan menurut (Lombogia, 2017) yaitu :

a. Kontraksi tidak berkembang

Kontraksi cenderung terjadi panjang, kekuatan dan frekuensi yang sama. Kontraksi sebelum persalinan dapat berlangsung singkat atau

terus menerus selama beberapa jam sebelum berhenti atau mulai berkembang.

b. Keluarnya darah

Adanya lendir bercampur darah dari vagina

c. Rembesan cairan ketuban dari vagina

Hal ini terjadi karena robekan kecil pada membran (ROM).

3. Tanda Positif Persalinan

Menurut (Lombogia, 2017) tanda positif persalinan terdiri dari :

a. Kontraksi yang berkembang

Kontraksi menjadi lebih lama, lebih kuat, dan lebih intens. Biasanya terasa sakit di daerah perut pinggang, atau keduanya.

b. Aliran cairan ketuban yang deras dari vagina

Hal ini terjadi karena robekan membran yang besar (ROM).

c. Pelebaran leher rahim

Kontraksi yang meningkat menyebabkan pelebaran pada leher rahim.

2.1.4 Faktor Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Karjatin, 2016) dan (Saragih, 2017), beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal ada 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan.

1. *Power* (tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

a. Primer : berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.

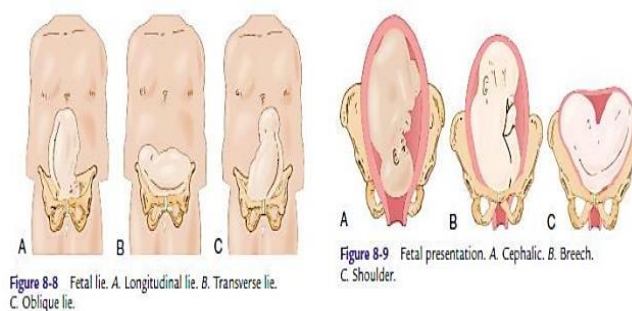
Pengkajian his :

- 1). Frekuensi: jumlah his dalam waktu tertentu
- 2). Durasi : lamanya kontraksi berlangsung dalam satu kontraksi
- 3). Intensitas : kekuatan kontraksi diukur dalam satuan mmhg dibedakan menjadi kuat, sedang dan lemah
- 4). Interval: masa relaksasi (diantara dua kontraksi)
- 5). Datangnya kontraksi: dibedakan menjadi; kadang-kadang, sering, teratur. Cara mengukur kontraksi selama 10 menit. Contoh hasil pengukuran: 3x/10⁷/40-50⁷/kuat dan teratur.

b. Sekunder : usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2. *Passenger* (Janin)

Passenger/janin dan hubungannya dengan jalan lahir, merupakan faktor utama dalam proses melahirkan. Hubungan antara janin dan jalan lahir termasuk tengkorak janin, sikap janin, sumbu janin, presentasi janin, posisi janin dan ukuran janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan *passenger* antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.



Gambar 2.1 Sumbu janin : posisi longitudinal (A), transversal (B), dan oblique (C).

Gambar 2.2 Presentasi janin : kepala (A), bokong (B), dan punggung (C).

(Sumber : Karjatin, 2016)

3. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Bentuk panggul ideal untuk dapat melahirkan secara pervaginam adalah *ginekoid*.

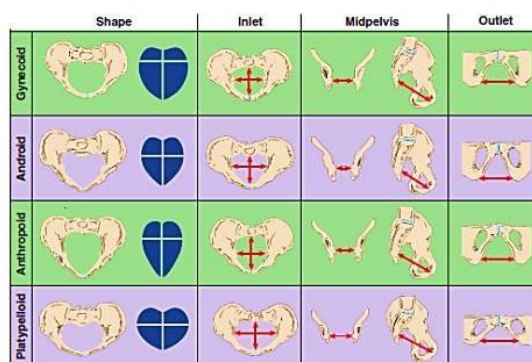


Figure 8-3 Pelvic types: gynecoid, android, anthropoid, and platypelloid.

Gambar 2.3 Tipe panggul (ginekoid, android, anthropoid, platipeloid)
(Sumber : Karjatin, 2016)

4. Psikis Ibu Bersalin

Umumnya persalinan normal dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, sehingga persiapan psikologis penting dalam menjalani persalinan. Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu, sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena, jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit.

5. Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain : dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien.

2.1.5 Mekanisme Persalinan

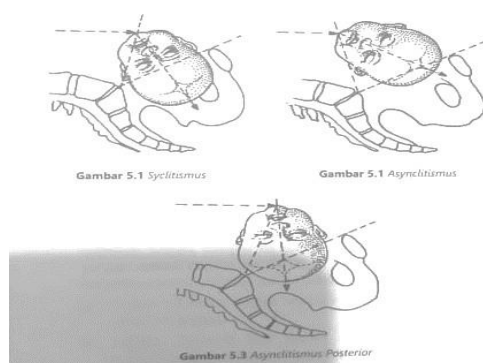
Menurut (Karjatin, 2016) dan (Kurniarum, 2016), mekanisme persalinan terdiri dari 7 langkah, yaitu :

1. Engagement (fiksasi)

Masuknya kepala dengan lingkaran terbesar (diameter Biparietal) melalui PAP. Pada primigravida kepala janin mulai turun pada umur kehamilan kira-kira 36 minggu, sedangkan pada multigravida pada kira-kira 38 minggu kadang-kadang permulaan partus. Engagement lengkap terjadi bila kepala sudah mencapai Hodge III. Bila engagement sudah terjadi maka kepala tidak dapat berubah posisi lagi, sehingga posisinya seolah-olah terfiksasi di dalam panggul, oleh karena itu engagement sering juga disebut fiksasi. Pada kepala masuk PAP, maka kepala dalam posisi melintang dengan sutura sagitalis melintang sesuai dengan bentuk yang bulat lonjong.

Pada waktu kepala masuk PAP, sutura sagitalis akan tetap berada di tengah yang disebut Synclitismus. Tetapi kenyataannya, sutura sagitalis dapat bergeser kedepan atau kebelakang disebut Asynclitismus. Asynclitismus dibagi 2 jenis :

- a. Asynclitismus anterior : naegele obliquity yaitu bila sutura sagitalis bergeser mendekati promontorium.
- b. Asynclitismus posterior : litzman obliquity yaitu bila sutura sagitalis mendekati symphysis.



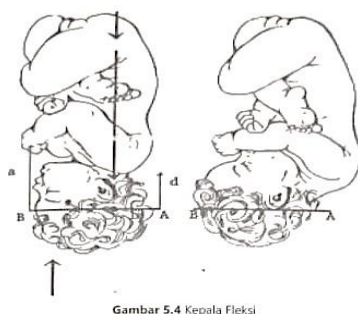
Gambar 2.4 *Asynclitismus Posterior* (Sumber : Fitriana, 2018)

2. Descensus

Penurunan kepala lebih lanjut kedalam panggul. Faktor yang mempengaruhi descensus : tekanan air ketuban, dorongan langsung fundus uteri padabokong janin, kontraksi otot- otot abdomen, ekstensi badan janin.

3. Fleksi

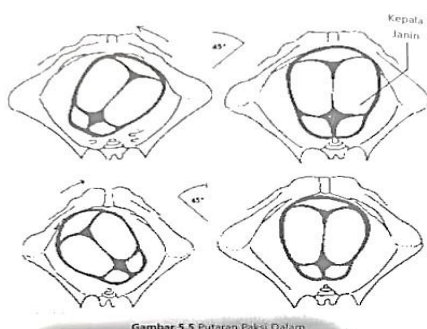
Menekannya kepala dimana dagu mendekati sternum sehingga lingkaran kepala menjadi mengecil suboksipito bregmatikus (9,5 cm). Fleksi terjadi pada waktu kepala terdorong His kebawah kemudian menemui jalan lahir.Pada waktu kepala tertahan jalan lahir, sedangkan dari atas mendapat dorongan, maka kepala bergerak menekan kebawah.



Gambar 2.5 Kepala Fleksi (Sumber: Fitriana, 2018)

4. Putaran Paksi Dalam (internal rotation)

Berputarnya oksiput ke arah depan, sehingga ubun-ubun kecil berada di bawah symphysis (HIII). Faktor-faktor yang mempengaruhi : perubahan arah bidang PAP dan PBP, bentuk jalan lahir yang melengkung, kepala yang bulat dan lonjong.



Gambar 2.6 Putaran Paksi Dalam (Sumber: Fitriana, 2018)

5. Defleksi

Mekanisme lahirnya kepala lewat perineum. Faktor yang menyebabkan terjadinya hal ini ialah : lengkungan panggul sebelah depan lebih pendek dari pada yang belakang. Pada waktu defleksi, maka kepala akan berputar ke atas dengan suboksiput sebagai titik putar (hypomochlion) dibawah symphysis sehingga berturut – turut lahir ubun – ubun besar, dahi, muka dan akhirnya dagu.



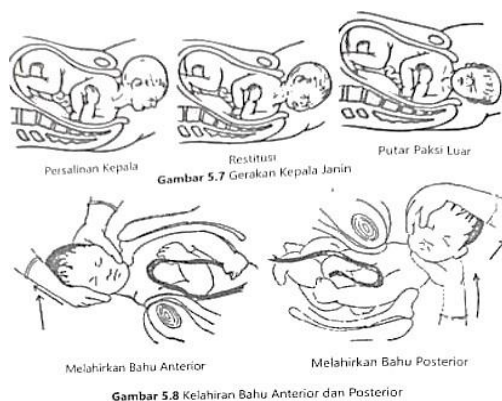
Gambar 2.7 Fleksi, Defleksi, Ekstensi (Sumber: Fitriana, 2018)

6. Putaran paksi luar (external rotation)

Berputarnya kepala menyesuaikan kembali dengan sumbu badan (arahnya sesuai dengan punggung bayi).

7. Expulsi

Lahirnya seluruh badan bayi.



Gambar 2.8 Kelahiran Bahu Anterior dan Posterior

(Sumber : Fitriana, 2018)

2.1.6 Tahap – Tahap Persalinan

Tahap-tahap persalinan menurut (Kurniarum, 2016), dibedakan menjadi kala I sampai IV yaitu :

1. Kala I

Kala ini dimulai saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 4 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

Tanda dan gejala kala I :

- 1) His sudah teratur, frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit
- 2) Penipisan dan pembukaan serviks
- 3) Keluar cairan dari vagina dalam bentuk lendir bercampur darah

a. Kala I dibagi dalam 2 fase:

1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap, pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga 8 jam.

Prosedur dan diagnostik :

- a) Tanyakan riwayat persalinan : Permulaan timbulnya kontraksi; pengeluaran pervaginam seperti lendir, darah, dan atau cairan ketuban; riwayat kehamilan; riwayat medik; riwayat social; terakhir kali makan dan minum; masalah yang pernah ada
- b) Pemeriksaan Umum : Tanda vital, BB, TB, Oedema; kondisi puting susu; kandung kemih.
- c) Pemeriksaan Abdomen : Bekas luka operasi; tinggi fundus uteri; kontraksi; penurunan kepala; letak janin; besar janin; denyut jantung janin.
- d) Pemeriksaan vagina : Pembukaan dan penipisan serviks, selaput ketuban penurunan dan molase; anggota tubuh janin yang sudah teraba.
- e) Pemeriksaan Penunjang : Urine: warna, kejernihan, bau, protein, BJ, dan lain-lain; darah: Hb, BT/CT, dan lain-lain.
- f) Perubahan psikososial Perubahan perilaku: tingkat energi; kebutuhan dan dukungan

2) Fase aktif

Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih), serviks membuka dari 4

cm ke 10 cm, biasanya kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Wanita merasa ingin buang air besar karena tekanan pada rektum. Perinium menonjol dan menjadi besar karena anus membuka. Labia menjadi membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva pada waktu his. Pada primigravida kala II berlangsung 1,5-2 jam, pada multi 0,5-1 jam.

Tanda dan gejala kala II :

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Perineum terlihat menonjol.
- 3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
- 4) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
- 5) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- 6) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

3. Kala III (Kala uri)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindari terjadinya perdarahan pascapersalinan. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

- b. Tali pusat memanjang
- c. Semburan darah tiba-tiba

Manajemen aktif kala III :

Tujuannya adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat memperpendek waktu kala III dan mengurangi kehilangan darah dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis, serta mencegah terjadinya retensio plasenta. Tiga langkah manajemen aktif kala III :

- 1) Berikan oksitosin 10 unit IM dalam waktu dua menit setelah bayi lahir, dan setelah dipastikan kehamilan tunggal.
 - 2) Lakukan peregangan tali pusat terkendali.
 - 3) Segera lakukan massage pada fundus uteri setelah plasenta lahir
4. Kala IV (2 jam post partum)

Pada kala IV terjadi proses plasenta lahir. Setelah plasenta lahir, kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitudo 60 sampai 80 mmHg, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian pengeluaran darah post partum. Kekuatan his dapat dirasakan ibu saat menyusui bayinya karena pengeluaran oksitosin oleh kelenjar hipofise posterior.

Tanda dan gejala kala IV adalah bayi dan plasenta telah lahir, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat. Pemantauan Selama 2 jam pertama

pascapersalinan yaitu, Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan perdarahan yang terjadi setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua kala IV. (Kurniarum, 2016)

2.1.7 APGAR Score

Skor APGAR adalah instrumen yang digunakan untuk menilai keadaan bayi baru lahir apakah mengalami asfiksia atau tidak. Penilaian skor APGAR dilakukan pada 1 menit pertama bayi lahir dan dilanjut 5 menit pertama bayi lahir (Aryani, Puspita, & Sholikhah, 2021). Menurut (Kemenkes, 2019), Skor Apgar merupakan penilaian obyektif kondisi bayi baru lahir, tetapi tidak digunakan untuk menentukan kebutuhan, langkah, dan waktu resusitasi pada bayi baru lahir.

Penilaian	Nilai = 0	Nilai = 1	Nilai = 2
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Biru/pucat	Tubuh merah Ektriminasi biru	Seluruh tubuh merah
<i>Pulse</i> (Detik Jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (Refleks)	Tidak ada	Menyeringai Ada sedikit gerakan	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lemah	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat atau baik

Gambar 6.1 Tabel Penghitungan APGAR

Gambar 2.9 Perhitungan APGAR Score (Sumber : Fitriana, 2018)

2.1.8 Partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf tersebut untuk mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan, mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau tidak, sehingga dapat

melakukan deteksi di kemungkinan terjadinya partus lama (Legawati, 2018).

Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf adalah persalinan spontan, janin tunggal, usia kehamilan 37-42 minggu, presentasi kepala, tidak ada penyulit persalinan, dan persalinan sudah masuk kala 1 fase aktif.

PARTOGRAF

No. Register: _____ Nama Ibu: _____ Umur: _____ G: _____ P: _____ A: _____
 No. Puskesmas: _____ Tanggal: _____ Jam: _____
 Kelahiran pecah: _____ Sejak jam: _____ mules sejak jam: _____

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

Denyut Jantung Janin (mmHg)

Air ketuban Penyusupan

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Waktu (jam)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

5
4
3
2
1

Kontraksi: < 20/4
20-40/3
> 40/2
0/ment (dok) 1

Oksitosin Utr. Intermittent

Obat dan Cairan IV

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin: Protein, Aseton, Volume

Gambar 2.10 Partograf bagian depan (Sumber : Wahyuni, 2019)

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal :
- Nama dan tgl :
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Puskesmas Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : tidak, kala I / II / III / IV
- Asupan makanan :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat masuk :
 - Batin Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

- Program insersi gigit waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Terd :
- Hasilnya :
- Episiotomi
 - Ya, indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
 - Gejala Jaman :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - b.
 - c.
- Tidak
- Diobservasi bahwa :
- b.
- c.
- Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA II

- Lama kala II : menit
- Pemberian Obatman 10 U an ?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
- Pemberian uterifon Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
- Peregangan tali pusat terkendal ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

PEMANTALAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontak Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Mesane fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
- Pemeriksaan jari lengkap (steril) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
- Levelei
 - Ya, dimana :
 - Tidak
- Jika sesuai perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - Perineal, dengan / tanpa analgesik
 - Tidak dijahit, alasan :
- Apa saja :
- Ya, tindakan :
- a.
- b.
- c.
- Tidak
- Jumlah perdarahan : ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR

- Berat badan : gram
- Panjang : cm
- Jenis kelamin : L / P
- Pemeriksaan bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
- Normal, tindakan :
- mengeringkan
- menghangatkan
- rangsang isit
- bersihkan bayi dan tempatkan di sisi ibu
- Apa saja yang diperlukan/berikan? tindakan :
- mengeringkan, bersihkan jalan napas
- rangsang isit menghangatkan
- bersihkan bayi dan tempatkan di sisi ibu
- lain - lain sebutkan :
- Catat besaran, sebutkan :
- Hipertermis, tindakan :
- a.
- b.
- c.

- Pemeriksaan ASI
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
- Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 2.11 Partograf bagian belakang (Sumber : Wahyuni, 2019)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Persalinan

Menurut (Karjatin, 2016), (Apriza, et al., 2020), dan (Samaria, et al., 2022), konsep asuhan keperawatan pada persalinan normal dibagi berdasarkan kala 1 sampai 4, yaitu :

2.2.1 Kala I

Pengkajian pada kala 1, yaitu :

A. Pengkajian

1. Anamnesa

- Aktivitas/istirahat : adanya kelelahan karena kontraksi, letargi, tampak lingkaran hitam di bawah mata akibat nyeri yang menyebabkan tidak bisa istirahat.

- b. Riwayat kehamilan sekarang : Antenatal care, masalah yang dialami selama kehamilan misal perdarahan, kapan mulai kontraksi, apakah gerakan bayi masih terasa, selaput ketuban sudah pecah/tidak, jika sudah pecah cairan warna apa, kental/encer, kapan pecahnya, keluar darah pervagina/tidak, sulit berkemih/tidak
 - c. Riwayat medis lainnya seperti hipertensi, gangguan pernafasan untuk menghindari terjadinya komplikasi saat proses persalinan.
 - d. Riwayat medis saat ini : sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium
 - e. Nyeri/ketidaknyamanan : dapat merintih/meringis selama kontraksi
2. Pemeriksaan Fisik
- a. Observasi keadaan umum, suasana hati, tingkat kegelisahan, konjungtiva, kebersihan, status gizi, kebutuhan cairan tubuh
 - b. Observasi TTV : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan
 - c. Abdomen : tinggi fundus, kontraksi uterus, jumlah kontraksi dalam 10 menit (durasi dan lamanya), pantau DJJ (normal 120-160x/menit), menentukan presentasi (bokong/kepala), menentukan bagian terbawah janin
 - d. Pemeriksaan dalam VT : nilai pembukaan dan penipisan serviks, nilai penurunan bagian terbawah janin (Samaria, et al., 2022).

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks
2. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (kehamilan). (SDKI, 2017)

C. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Manajemen Nyeri (SIKI, 2017) I.08238
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	<p data-bbox="719 633 847 663">Observasi</p> <ol data-bbox="770 703 1334 1010" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="770 703 1334 770">1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri <li data-bbox="770 804 1110 833">2. Identifikasi skala nyeri <li data-bbox="770 866 1275 896">3. Identifikasi respon nyeri non verbal <li data-bbox="770 929 1313 1010">4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
L.08066	
1. Keluhan nyeri menurun	
2. Meringis menurun	
3. Gelisah menurun	
4. Kesulitan tidur	<p data-bbox="719 1117 858 1146">Terapeutik</p> <ol data-bbox="770 1180 1318 1323" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="770 1180 1222 1209">5. Beikan teknik nonfarmakologis <li data-bbox="770 1218 1318 1285">6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <li data-bbox="770 1294 1110 1323">7. Fasilitasi istirahat tidur
5. Frekuensi nadi membaik	
	<p data-bbox="719 1330 826 1359">Edukasi</p> <ol data-bbox="770 1368 1334 1547" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="770 1368 1334 1435">8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <li data-bbox="770 1444 1249 1473">9. Jelaskan strategi meredakan nyeri <li data-bbox="770 1482 1243 1512">10. Anjurkan monitor secara mandiri <li data-bbox="770 1520 1222 1547">11. Ajarkan teknik nonfarmakologi
	<p data-bbox="719 1592 858 1621">Kolaborasi</p> <ol data-bbox="770 1630 1291 1695" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="770 1630 1291 1695">12. Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

2. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (kehamilan).

Tabel 2.2 Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (kehamilan).

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Manajemen Energi (SIKI, 2017) I.05178
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil : L.05046	Observasi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 2. Verbalisasi lelah menurun 3. Lesu menurun 4. Pola istirahat membaik 	Terapeutik
	<ol style="list-style-type: none"> 3. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan) 4. berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
	Edukasi
	<ol style="list-style-type: none"> 5. anjurkan tirah baring 6. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
	Kolaborasi
	<ol style="list-style-type: none"> 8. kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

2.2.2 Kala II

A. Pengkajian

1. Aktivitas/istirahat : adanya kelelahan, ketidakmampuan melakukan dorongan sendiri/relaksasi, letargi, tampak lingkaran hitam di bawah mata

2. Sirkulasi : tekanan darah dapat meningkat 5-10 mmHg diantara kontraksi
3. Integritas ego : respons emosional meningkat, dapat kehilangan kontrol atau sebaliknya seperti klien terlibat mengejan secara aktif
4. Eliminasi : keinginan untuk defekasi, disertai tekanan intra abdominal dan tekanan uterus, distensi kandung kemih mungkin ada
5. Nyeri/ketidakhnyamanan : kontraksi uterus kuat terjadi 1,5-2 menit dan berakhir 60-90 detik
6. Reproduksi : serviks dilatasi penuh dan penonjolan 100%, perdarahan vagina, penonjolan rectal, peningkatan cairan amnion selama kontraksi

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin
2. Risiko Infeksi

C. Intervensi keperawatan

1. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Manajemen Nyeri (SIKI, 2017)
	I.08238
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	Observasi
L.08066	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 	

3. Gelisah menurun		Terapeutik
4. Kesulitan tidur	menurun	5. Beikan teknik nonfarmakologis 6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
5. Frekuensi nadi	membahk	7. Fasilitasi istirahat tidur
		Edukasi
		8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		9. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		10. Anjurkan monitor secara mandiri
		11. Ajarkan teknik nonfarmakologi
		Kolaborasi
		12. Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

2. Risiko Infeksi

Tabel 2.4 Intervensi Risiko Infeksi

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Pencegahan Infeksi (SIKI, 2017)
	I.14539
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	Observasi
L.14137	1. Monitor tanda gejaa infeksi lokal dan sistemik
1. Demam menurun	Terapeutik
2. Nyeri menurun	2. Batasi jumlah pengunjung
3. Bengkak menurun	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
4. Kadar sel darah putih membaik	4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien risiko tinggi
	Edukasi
	5. Jelaskan tanda gejala infeksi
	6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
	7. Anjurkan meningkatkan nutrisi
	8. Anjurkan meningkatkan cairan

2.2.3 Kala III

A. Pengkajian

1. Aktivitas/istirahat : perilaku dapat direntang dari senang sampai kelelahan
2. Sirkulasi : frekuensi nadi lambat pada respon terhadap perubahan jantung
3. Cairan : kehilangan darah normal 200-300 ml
4. Nyeri/ketidaknyamanan : inspeksi manual pada uterus dan jalan lahir menentukan adanya robekan/laserasi, perluasan episiotomi atau laserasi jalan lahir mungkin ada.
5. Seksualitas : tali pusat memanjang pada muara vagina, uterus berubah dari discoid menjadi bentuk globular.
6. Pemeriksaan fisik : TTV, perdarahan aktif sebelum atau sesudah melahirkan plasenta, tinggi fundus uteri (Karjatin, 2016).

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Cedera Ibu

C. Intervensi

Tabel 2.5 Intervensi Risiko Cedera Ibu

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Monitor Perdarahan Pervaginam (SIKI, 2017) I.02044
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil : L.14136	Observasi 1. Identifikasi keluhan ibu 2. Monitor keadaan uterus dan abdomen 3. Monitor kesadaran dan tanda
1. Kejadian cedera	

menurun	vital
2. Luka/lecet menurun	Terapeutik
3. Perdarahan menurun	4. Posisikan supine atau trendelenburg
4. Gangguan mobilitas menurun	5. Pasang oksimetri nadi
5. Ekspresi wajah kesakitan menurun	6. Berikan oksigen nasal kanul 3 lpm
	7. Pasang iv line dengan selang set transfusi
	8. Pasang kateter untuk mengosongkan kandung kemih
	Kolaborasi
	9. Kolaborasi pemberian uterotonika
	10. Kolaborasi pemberian antikoagulan

2.2.4 Kala IV

A. Pengkajian

1. Aktivitas/istirahat : tampak berenergi atau keletihan/kelelahan, mengantuk
2. Sirkulasi : nadi biasanya lambat (50-70x/menit), tekanan darah mungkin rendah efek anastesi, kehilangan darah selama persalinan dan kelahiran sampai 400-500 ml untuk kelahiran per vagina atau 600-800 ml untuk kelahiran caesar.
3. Integritas ego : perilaku bervariasi bisa menunjukkan kurang kedekatan, tidak minat karena kelelahan atau kecewa, dapat mengekspresikan rasa takut mengenai kondisi bayi baru lahir dan perawatan bayi baru lahir

4. Eliminasi : haemoroid sering ada dan menonjol, kandung kemih mungkin teraba di atas simpisis pubis atau terpasang kateter, diuresis dapat terjadi bila ada tekanan bagian presentasi menghambat aliran urin dan atau cairan IV diberikan selama persalinan dan kelahiran (Apriza, et al., 2020).

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
2. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga

C. Intervensi

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

Tabel 2.6 Intervensi Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Manajemen Nyeri (SIKI, 2017) I.08238
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>L.07061</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis menurun 2. Luka episiotomi membaik 3. Kontraksi uterus meningkat 	<p style="text-align: center;">Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p style="text-align: center;">Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Beikan teknik nonfarmakologis

4. Merintih menurun	6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
5. Frekuensi nadi menurun	7. Fasilitasi istirahat tidur
	Edukasi
	8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	9. Jelaskan strategi meredakan nyeri
	10. Anjurkan monitor secara mandiri
	11. Ajarkan teknik nonfarmakologi
	Kolaborasi
	12. Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

2. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Dukungan Koping Keluarga (SIKI, 2017)
	I.9260
Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan proses keluarga membaik dengan kriteria hasil :	Observasi
L.13123	1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini
1. Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat	2. Identifikasi pemahaman tentang perawatan setelah pulang
2. Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka di antara anggota keluarga	3. Identifikasikan kesesuaian antara harapan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan
3. Kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga	Terapeutik
	4. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga
	5. Diskusikan rencana medis dan perawatan
	6. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan
	Edukasi

7. Informasikan kemajuan pasien secara berkala

8. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia

Kolaborasi

9. Bujuk untuk terapi keluarga, bila perlu

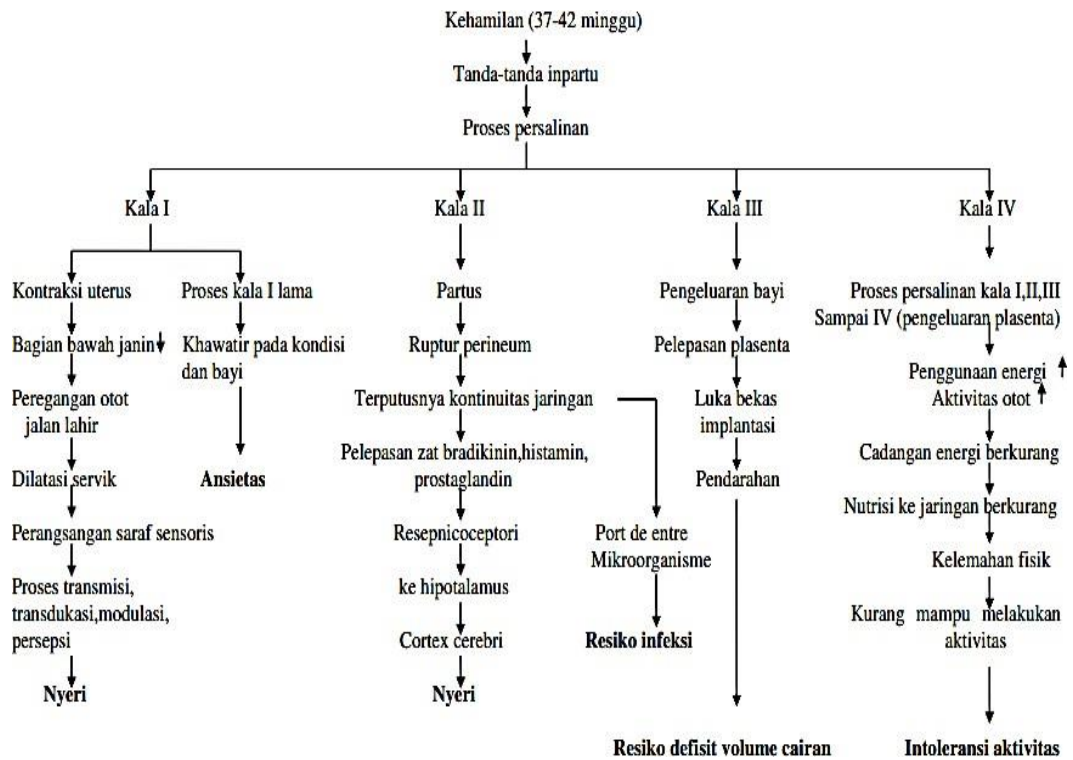
2.2.5 Implementasi Keperawatan

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan perawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Siregar, 2020).

2.2.6 Evaluasi

Penilaian terhadap tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengetahui kondisi pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi, untuk menemukan perubahan sistem tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien (Siregar, 2020).

2.3 WOC



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab 3 menyajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi yang dilakukan tanggal 16 Juni 2022 di ruang VK IGD.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien Ny. E (24 tahun), beragama islam, menikah selama 9 bulan, pendidikan terakhir adalah sarjana, pasien tinggal di Surabaya, no.register 689xxx, pasien merupakan istri dari Tn.S (26 tahun), beragama islam, pekerjaannya adalah TNI AL, pendidikan terakhir SMA dan tinggal bersama pasien di Surabaya.

3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan kunjungan ke rumah sakit

Alasan Pasien datang ke IGD (*Triage*) RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 16 Juni 2022 pada pukul 08.20 wib adalah karena perut terasa kaku, punggung sakit dan perut terasa kenceng-kenceng sejak pukul 05.00 wib

2. Keluhan utama saat ini

Ny. E mengatakan yang dirasakan perut terasa kenceng-kenceng terasa hilang timbul dengan durasi 10 menit.

3. Riwayat persalinan saat ini

Pasien mengatakan datang ke IGD (*Triage*) RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 16 Juni 2022 pada pukul 08.20 wib karena perut terasa kaku, punggung sakit dan perut terasa kenceng-kenceng sejak pukul 05.00 wib.

Kemudian, klien dibawa ke ponok untuk dilakukan observasi dan hasilnya tekanan darah 152/96 mmHg, Nadi : 91x/menit, pernafasan 20x/menit, SPO2 : 98% dan suhu : 36,6C, GCS 456, DJJ : 146x/dopp, HIS+ dalam 10 menit 3x/10 detik, pada pemeriksaan dalam VT didapatkan pembukaan 1 cm, efficement 30% persentasi kepala, ketubah utuh, tes lakmus tetap berwarna merah. Kemudian dilakukan pemasangan infus maintenance dan pengambilan darah untuk pemeriksaan darah lengkap, kimia klinik dan faal hemostasis.

Pada pukul 09.10 wib, pasien dipindahkan ke VK IGD lantai 2 diantar perawat dan keluarga dengan menggunakan brankart. Kemudian, di VK IGD dilakukan pengkajian dengan hasil keluhan utama yang dirasakan pada Ny. E adalah perut terasa kenceng-kenceng dan terasa hilang timbul dengan durasi 10 menit. Saat ini pasien hamil anak pertama (G1P0A0), tidak ada riwayat abortus, usia kehamilan 38/39 minggu, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 88x/menit, pernafasan 21x/menit, suhu 36,5C, SPO2 98%, GCS 456. Pada pemeriksaan dalam VT didapatkan pembukaan 2 cm, efficement 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utu, his+ dalam 10 menit 3x10 detik. Kemudian pasien dipasang NST dan hasilnya di laporkan ke dr.SpOg : hasil NST normal.

4. Diganosa medik

G1P0A0 + UK 38/39 minggu + Inpartu

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

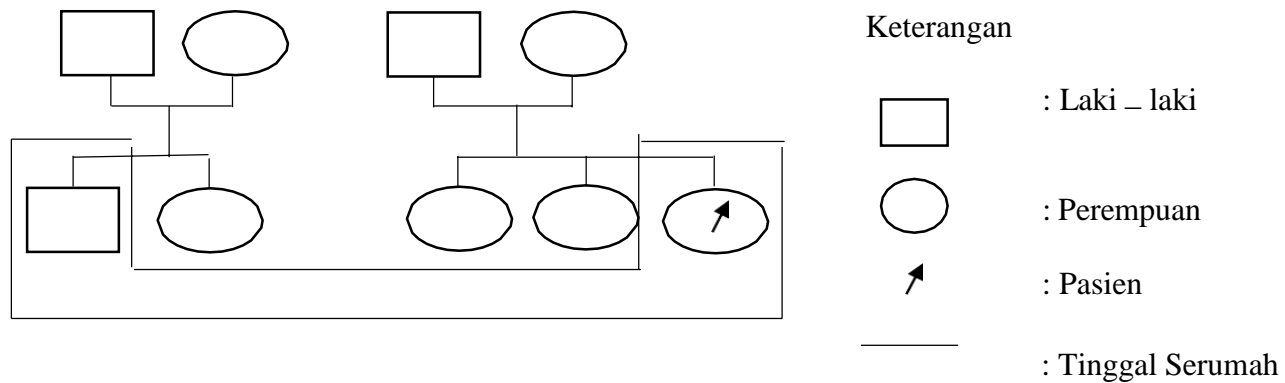
Pasien menarche sejak usia 12 tahun dengan siklus teratur selama 7 hari dan banyaknya kurang lebih 100cc/hari, dan keluhan nyeri mens hanya di hari 1-2. Saat ini merupakan kehamilan pertama pasien dan tidak ada riwayat abortus. Pasien hamil G1A0P0 dengan usia kehamilan 38/39 minggu, HPHT : 20-09-2021, HPL : 27-06-2022 dan berencana ingin persalinan normal.

a. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas			Anak		
No	Tahun	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Pneyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ
1.	2022 (Hamil saat ini)	38-39 minggu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

b. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

c. Riwayat Antenatal Care

Ny. E melakukan pemeriksaan awal pada usia kehamilan 10-11 minggu., pasien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di praktek mandiri dr.SpOg di dekat rumahnya sebanyak 1 kali di trimester 1, 3 kali di trimester 2, 5 kali di trimester 3. Djj bayi Ny. E pertama kali terdengar di usia kehamilan 15-16 minggu, tinggi badan pasien 150 cm dan berat badan di trimester 3 : 59 kg. Pasien kehamilan G1P0A0 dan tidak ada riwayat abortus, tidak ada riwayat penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini, tidak ada riwayat alergi dan tidak ada riwayat penyakit yang diderita ibu seperti DM, hipertensi, penyakit jantung,dll. Status imunisasi belum suntik TT selama hamil, dan mendapatkan terapi Fe, Kalk dan Asam folat selama kehamilan.

2. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan belum pernah meggunakan alat kontrasepsi sebelum kehamilan ini dan setelah melahirkan nanti pasien belum memutuskan akan menggunakan KB atau tidak.

3. Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan sebelum hamil tidak pernah sakit, tetapi selama hamil ini pasien pernah batuk, pilek disertai demam pada kehamilan 4 atau 5 bulan dan minum obat berdasarkan rekomendasi temannya yang seorang bidan.

4. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, ventilasi cukup, pencahayaan baik, sumber air dari sumur tetapi jernih dan tidak berbau. Rumah pasien jauh dari tempat pembuangan sampah/limbah dan pabrik. Pasien juga mengatakan kalau lingkungan rumahnya aman karena berada di komplek militer.

5. Aspek Psikososial

Pasien mengatakan merasa khawatir karena ini merupakan kehamilan pertama, dan rasa nyeri yang dirasakan membuat pasien merasa kesakitan dan semakin cemas. Pada saat merasakan nyeri, pasien tampak tidak melakukan manajemen nyeri untuk mengurangi nyerinya dan sering mengeluh kesakitan.

Pada kehamilannya ini pasien berharap anaknya lahir dengan selamat, sehat dan tidak ada kekurangan apapun. Keluarga Ny. E sangat mendukung dan menanti kelahiran anak pertama pasien, di rumah sakit pun pasien diantar oleh kedua orang tuanya. Ny. E juga mengatakan sudah sangat siap untuk menjadi ibu karena pasien ingin memiliki anak diusia muda.

6. Kebutuhan Dasar Khusus

a. Pola Nutrisi

Ny. E mengatakan sebelum masuk rumah sakit memiliki nafsu makan yang baik, makan 4-5x/hari dengan nasi dan lauk pauk. Tidak memiliki alergi atau pantangan makanan. Pasien mengatakan terakhir makan tadi pagi saat perjalanan ke rumah sakit.

b. Pola Eliminasi

Ny. E mengatakan saat di rumah pasien BAK 5-6 x/hari dan warnanya kuning jernih, tidak ada nyeri saat BAK dan terakhir BAK tadi pagi saat di ponok. Kemudian saat di rumah pasien BAB 3-4x/minggu dengan konsistensi lembek, warna kecokelatan dan bau khas. Pasien mengatakan terakhir BAB 2 hari yang lalu saat di rumah.

c. Pola *Personal Hygiene*

Ny. E biasanya mandi 2x/hari menggunakan sabun, mencuci rambut biasanya 1x per 2 hari menggunakan shampo, melakukan *oral hygiene* sebanyak 2x/hari dan saat di rumah sakit kulit pasien tampak bersih, rambut rontok sedikit.

d. Pola Istirahat Dan Tidur

Saat di rumah Ny. E biasanya tidur 6-7 jam/hari, sebelum tidur biasanya BAK terlebih dahulu agar ketika tidur tidak sering terbangun saat tengah malam. Saat di rumah sakit pasien tampak berbaring di tempat tidur dan pasien belum bisa tidur sejak tiba di rumah sakit karena nyeri kontraksi

e. Pola Aktifitas Dan latihan

Ny. E mengatakan saat di rumah sehari-hari melakukan kegiatan sebagai ibu rumah tangga, melakukan olah raga dengan gym ball 3-4x/minggu. Untuk menghabiskan waktu luang, Ny. E biasanya menonton tv dan tidur, keluhan yang dirasakan saat beraktifitas terasa sesak apabila jalan kaki terlalu lama. Saat di rs aktifitas masih bisa dilakukan secara mandiri terutama saat ke kamar mandi, tetapi tetap dipantau oleh perawat/bidan, pasien tampak selalu berbaring di tempat tidur.

f. Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Ny. E selama hamil tidak pernah merokok, tidak minum alkohol, tidak minum jamu. Tetapi, mengkonsumsi vitamin black mores 1x/hari.

7. Pemeriksaan Fisik

Kedadaan umum Ny. E tampak baik, kesadaran compos mentis, GCS 456, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi : 88x/menit, pernafasan

21x/menit, suhu 36,5c. BB saat ini 59 kg, BB sebelum hamil : 47 kg, tinggi badan 150 cm.

a. Pemeriksaan Kepala

Kepala Ny. E bentuk simetris, bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan berwarna hitam, rambut pendek dan rontok sedikit. Mata Ny. E konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, gerakan mata simetris, mata tidak strabismus. Hidung Ny. E simetris, tidak ada polip, fungsi penciuman tidak terganggu. Mulut dan tenggorokan Ny. E bersih, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada nyeri telan. Telinga Ny. E bersih, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik. Leher Ny. E tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pemebesaran vena jugularis.

b. Pemeriksaan Dada dan Axilla. Tidak ada keluhan. mammae Ny. E tampak membesar, areolla mammae hiperpigmentasi, papila mammae menonjol, membesar dan berwarna gelap, serta colostrum belum keluar.

c. Pada Pemeriksaan Pernafasan, didapatkan bentuk dada normochest, jalan nafas paten, suara nafas vesikuler, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada sesak, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernafasan 21x/menit, SPO2: 98%.

- d. Sirkulasi jantung, irama jantung reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada nyeri dada, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 88x/menit.
- e. Pemeriksaan Abdomen. Terdapat linea nigra dan ada striae lividae, tinggi fundus uteri 33 cm, HIS+ dalam 10 menit 3x10 detik, Leopold 1 : teraba lunak, sulit digerakkan (bokong), Leopold 2 : perut kiri teraba keras, ada tahanan memanjang (punggung), Leopold 3 : bawah teraba bulat, keras, agak susah digoyangkan (kepala). Leopold 4 : bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen), djj : 152x/menit.
- f. Pada Pemeriksaan Genitourinary, pada kasus Ny. E keluar lendir bercampur darah dari vagina, tidak ada robekan perineum, tidak ada nyeri tekan, tidak ada hemorroid dan tidak ada keputihan.
- g. Pemeriksaan Ekstermitas, turgor kulit elastis, warna kulit kecokelatan, tidak ada kontraktur sendi, tidak ada lesi, tidak ada edema, terpasang infus NS 500cc maintenance di tangan kanan.

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

8. Kesiapan Kehamilan Dan Persalinan

Ny. E mengatakan tidak pernah mengikuti senam hamil, tetapi di rumah olahraga dengan gym ball 3-4x/minggu. Ny. E mengatakan memang sudah merencanakan akan melahirkan di RSPAL Dr. Ramelan

Surabaya, meskipun tidak dirujuk. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu sudah disiapkan dan dibawa seperti, kain bedong, popok, baju, sarung tangan, pampers, selimut dan minyak kayu putih. Untuk perlengkapan ibu, membawa baju, pembalut.

Kesiapan mental Ny. E dan keluarga sudah siap untuk menerima kehadiran bayi pertamanya. Ny. E tahu tentang proses persalinan tetapi, untuk tanda melahirkan Ny. E hanya mengerti perut terasa kencengkenceng saat akan melahirkan, Ny. E juga belum tahu cara mengontrol nyeri saat persalinan.

9. Riwayat persalinan sekarang

Kala I tanggal 16-06-2022 pukul 09.10 ditemukan adanya kontraksi his+ dalam 10 menit 3x/10 detik, pembukaan 2 cm, *efficement* 50% presentasi kepala, hodge I, ketuban utuh, DJJ 146x/dopp, pasien mulai sering merasa ingin BAK, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi :88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,6 C.

10. Data penunjang

a. Laboratorium : 16 Juni 2022

Leukosit 9.92 (4.00-10.00), Eosinofil# 0.07% (0.02-0.50), Eosinofil% 0.70% (0.5-5.0), Basofil# 0.00% (0.00-0.10), Basofil% 0.0% (0.0-0.1), **Neutrofil# 7,36% (2.00–7.00), Neutrofil% 74.20% (50.0–70.0),** Limfosit# 1.89% (0.80-4.00), **Limfosit% 19.10% (20.0–40.0),** Monosit# 0.60% (0.12-1.20), Monosit% 6.00% (0.6-6.0), Hemoglobin

12.70 g/Dl (12-15), Hct 39.80% (37.0-47.0), Eritrosit 4.58 (3.50-5.00)
PCT 0.183% (1.08–2.82), BLD Positif 3+, pH 8, S.G 1.010, COLOR
Kuning. Elektrolit dan gas darah : Na 139.2 mEq/L (135-147), K 3.81
mmol/L (3.0–5.0), **Cl 108,9 mEq/L (95-105)** , **BUN 8 mg/Dl (10-24)**,
kreatinin 0.65 (0.6-1.5).

b. Terapi yang didapat: 16 Juni 2022

Kolaborasi DPJP observasi CHPB, persalinan pervaginam, Infus NS
500cc/IV maintenance

c. Data Tambahan : 16 Juni 2022

Dilakukan pemeriksaan NST tanggal 16 Juni 2022 dan hasilnya
dilaporkan ke dr.SpOg : hasil NST normal

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh merasa kenceng-kenceng disertai nyeri kontraksi sejak pukul 5 pagi 2. P : Saat kontraksi <ul style="list-style-type: none"> Q : Kenceng-kenceng R : Perut menjalar ke pinggang S : 5 (1-10) T : Hilang timbul dalam 10 menit <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV : TD 130/90 mmHg Nadi 88x/menit, RR 21x/menit, Suhu 36,5C, SPO2 98%, 2. TFU 33 cm 3. DJJ 152x/dopp 4. Ada lendir bercampur darah keluar dari vagina 5. VT pembukaan 2 cm, effacement 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utuh. 	Dilatasi Serviks	<p>Nyeri Melahirkan</p> <p>D.0079 SDKI Hal. 176 Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p>

2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan khawatir dengan rasa nyeri yang dirasakan saat ini 2. Pasien mengatakan tidak tahu cara mengontrol nyeri 3. Pasien bertanya mengenai lendir bercampur darah yang dialaminya. <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 130/90 mmHg, Nadi 88x/menit, RR 21x/menit 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak sering memegang perutnya 4. Pasien tidak mau berada di ruangan sendiri harus ditemani suami/keluarganya. 5. Pasien selalu mengeluh nyeri ketika kontraksi muncul 	Krisis Situasional (nyeri)	<p>Ansietas</p> <p>D. 0080 SDKI Hal. 180 Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego</p>
----	--	----------------------------	--

3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diganosa keperawatan, yaitu :

1. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks, ditandai dengan P :

Saat kontraksi, Q : Kenceng-kenceng, R : Perut menjalar ke pinggang, S :

5 (1-10), T : Hilang timbul dalam 10 menit, Tekanan darah 130/90

mmHg, Nadi 88x/menit, RR 21x/menit, Suhu 36,5C, SPO2 98%, TFU 33 cm, DJJ 152x/dopp, VT pembukaan 2 cm, efficement 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utuh.

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (nyeri), ditandai dengan Pasien mengatakan khawatir dengan rasa nyeri yang dirasakan saat ini dan pasien mengatakan tidak tahu cara mengontrol nyeri, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 88x/menit, pernafasan 21x/menit, Pasien tampak gelisah, Pasien tampak sering memegang perutnya, Pasien tidak mau berada di ruangan sendiri harus ditemani suami/keluarganya.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan
1.	<p>Nyeri Melahirkan b.d Dilatasi Serviks</p> <p>D.0079 SDKI Hal. 176 Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x12 jam, diharapkan tingkat nyeri adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan 2. Ibu kooperatif 3. Ibu mampu menerima nyeri yang dirasakan 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat. 	<p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi skala nyeri 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <p>Terapi Relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama 7. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 8. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 9. Observasi CHPB (<i>cortonen, his, pembukaan bundle</i>)

2.	<p>Ansietas b.d Krisis Situasional (Nyeri)</p> <p>D. 0080 SDKI Hal. 180 Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x12 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun. 	<p>Reduksi Ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan non verbal 2. Ciptakan hubungan terapeutik 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, 5. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam <p>Terapi relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Monitor respons terhadap teknik relaksasi nafas dalam 7. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, 8. Anjurkan sering mengulangi teknik relaksasi selama merasakan nyeri
----	---	--	---

3.4 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

No Dx.	Tgl & Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT Perawat
1,2	16/06/2022 10.00	- Mengajarkan cuci tangan 6 langkah dengan hand rub	<i>Alria</i>	16/06/2022 13.00	DX 1 : Nyeri Melahirkan S : 1. Pasien mengatakan keluar cairan banyak mengalir 2. Skala nyeri 6 (1-10), terasa hilang timbul dan ingin meneran O : 1. VT pembukaan 5 cm, effacement 50%, presentasi kepala, hodge II, HIS+ dalam 10 menit 3x/20 detik, DJJ 143x/dopp 2. Ketuban pecah spontan cairan jernih 3. Tes lakmus berwarna biru A : Masalah belum teratasi, pasien masuk kala I fase aktif	<i>Alria</i>
1,2	10.05	- Mengajarkan cuci tangan 6 langkah dengan hand rub Mengobservasi cortonen dan his : DJJ 144x/dopp, his+ dalam 10 menit 2x/15 detik	<i>Alria</i>			
1,2	10.10	- Mengajarkan suami untuk mendampingi pasien dan membantu makan dan minum pasien agar tidak kekurangan tenaga saat persalinan	<i>Alria</i>			
1	11.00	- Mengobservasi cortonen dan his : DJJ 147x/dopp, his+ dalam 10 menit 2x/15 detik	<i>Alria</i>			
1,2	11.10	- Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam	<i>Alria</i>			

1,2	11.15	- Memberikan edukasi mengenai nyeri yang dirasakan saat proses persalinan	<i>Alria</i>		P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,9	
1	11.17	- Memberikan inform consent mengenai persalinan dan perawatan di RS	<i>Alria</i>		DX 2 : Ansietas S :	<i>Alria</i>
1,2	11.19	- Memberikan edukasi pendampingan	<i>Alria</i>		O :	
1,2	11.22	- Memberikan edukasi IMD	<i>Alria</i>		1. Pasien tampak berkeringat	
1	11.25	- Mengobservasi cortonen dan his : DJJ 150x/dopp, his+ dalam 10 menit 3x15 detik	<i>Alria</i>		2. Suami tampak mendampingi	
1,2	11.40	- Menganjurkan pasien relaksasi nafas dalam			3. Pasien tampak menyeringai	
1,2	12.10	- Pasien mengatakan kenceng-kenceng semakin sering. Melakukan pemeriksaan dalam : VT pembukaan 4 cm. efficement 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utuh. his 3x/10 menit lamanya 15 detik, DJJ 151x/dopp		14.20	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 1,4.5.6	
1	12.40	- Pasien mengatakan keluar cairan banyak mengalir. Mengobservasi CHPB : DJJ			DX 1 : Nyeri Melahirkan S :	<i>Alria</i>
					1. Pasien mengatakan perut kenceng-kenceng dan ingin meneran	
					2. Skala nyeri 8	

1	12.45	143x/dopp, his+ dalam 10 menit 3x20 detik, ketuban pecah spontan jernih, pembukaan 5 cm, presentasi kepala, hodge II, tes lakmus berubah menjadi warna biru	<i>Alria</i>		O : 1. VT pembukaan 10 cm/lengkap, efficement 100%, presentasi kepala, ketuban jernih, hodge II, HIS+ dalam 10 menit 4x30 detik, DJJ 142x/dopp	
1,2	13.50	- Menyiapkan pispot di dekat bed pasien untuk mempermudah BAK	<i>Alria</i>		A : Pasien masuk kala II, muncul masalah keperawatan baru yaitu nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin	
1	14.00	- Melakukan timbang terima dengan dinas pagi : keadaan umum baik, terpasang infus NS 500 cc maintenance, pasien mengatakan kenceng-kenceng semakin sering, his+ dalam 10 menit 4x/30 detik, DJJ 142x/dopp	<i>Alria</i>		P : Persiapan kala II	
1	14.05	- Menyiapkan partus set : bakinstrument, 1/2kotcher, gunting episiotomi, klem, pinset cirugis, pinset anatomis, gunting lurus, klem tali pusat, handscoon steril, underpad steril, kassa	<i>Alria</i>			
		- Menyiapkan obat-obatan/terapi yang diperlukan	<i>Alria</i>			

1	14.07	: oxcytosin, lidocain, cairan NS, spuit - Menyiapkan perlengkapan bayi : baju bayi, selimut bayi, popok bayi, box bayi	<i>Alria</i> <i>Alria</i>			
1	14.15	- Mengobservasi keadaan pasien : pasien tampak ada dorongan mengejan, vulva tampak melebar, perineum tampak menonjol, pemeriksaan VT : pembukaan lengkap/10 cm, effacement 100%, presentasi kepala ketuban jernih, his+ dalam 10 menit 4x/40 detik, djj 147x/dopp, menganjurkan pasien meneran seperti mau BAB		14.29	DX 1 : Nyeri Melahirkan S : Pasien merasa lega karena bayitelah lahir O : 1. Bayi lahir spontan, jam 14.28, perempuan apgar score 7-8, anus normal 2. Sisa ketuban jernih Dilakukan inisiasi menyusui dini 3. Tampak luka episiotomi	<i>Alria</i>
1	14.25	Kala II - Bidan memimpin persalinan, menganjurkan posisi litotomi, mendekatkan alat-alat, memberikan motivasi untuk meneran, dilakukan tindakan episiotomi	<i>Alria</i> <i>Alria</i> <i>Alria</i>		A : Pasien masuk kala III, muncul masalah keperawatan baru risiko perdarahan P : Persiapan Kala III	

1	14.28	- bayi lahir sp+B, perempuan, apgar 7-8, anus +. IMD +				
1	14.29	- Memberikan injeksi piton/oxytocin 1 ampul/IM	<i>Alria</i>			
1	14.34	Kala III - Mengobservasi tanda-tanda lepas plasenta: ada semburan darah	<i>Alria</i>	14.40	DX 1 :Nyeri Melahirkan S :- O :	<i>Alria</i>
1	14.36	- Membantu melahirkan plasenta : plasenta lahir spontan, utuh, kotiledon 20 cm, tebal 2 cm, panjang tali pusat 50 cm	<i>Alria</i>		1. Plasenta lahir spontan 2. Plasenta utuh, kotiledon 20 cm, tebal 2 cm, panjang tali pusat 50 cm, Perut globuler	
1	14.37	- Memberikan injeksi lidocain 2% 1 amp/IV	<i>Alria</i>		A : Pasien masuk kala IV, muncul masalah keperawatan baru ketidaknyamanan pasca partum dan risiko perdarahan	
1	14.38	- Dilakukan hecting luka episitomi grade 2	<i>Alria</i>		P : Perdarahan tidak terjadi, persiapan kala IV, cek kontraksi uterus, TFU, Perdarahan	

					DX 1 : Nyeri Melahirkan	
1	14.45	Kala IV - Mengobservasi TTV : TD : 118/70 mmHg, Nadi : 86x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>	18.00	S : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang, tetapi terasa mengganjal di daerah kemaluan	<i>Alria</i>
1	15.00	- Mengobservasi TTV : TD : 125/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>		O : 1. UC keras 2. Perdarahan kurang lebih 150 cc 3. Kandung kemih tidak distensi 4. Keadaan umum baik, GCS 456 5. Tampak luka jahit bekas episiotomi 6. TD : 110/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR 19x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 99% 7. TFU 1 jari di bawah pusar	
1	15.15	- Mengobservasi TTV : TD : 120/70 mmHg, Nadi : 76x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>		A : Masalah teratasi	
1	15.30	- Mengobservasi TTV : TD : 118/72 mmHg, Nadi : 77x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>		P : Intervensi dihentikan, pasien pindah ruang nifas F1, bayi rawat gabung	
1	16.00	- Mengobservasi TTV : TD : 120/75 mmHg, Nadi : 76x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>			
1	16.30	- Mengobservasi TTV : TD : 110/80 mmHg, Nadi : 76x/menit, RR : 20x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 98%	<i>Alria</i>			

1	16.35	<p>78x/menit, RR : 19x/menit Suhu : 36,6 c, SPO2 99%,</p> <p>- Mengobservasi kontraksi uterus, TFU, perdarahan: UC keras, perdarahan kurang lebih 150cc/2jam, TFU 1 jari dibawah pusat</p>	<i>Alria</i>		<p>DX 2 : Ansietas</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lega karena anaknya lahir selamat dan sehat 	<i>Alria</i>
1,2	17.00	<p>- Mengobservasi data bayi : P/t 50 cm/2.800 gr, injeksi vit.K inj. HB 0</p>	<i>Alria</i>		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak menyusui bayinya 2. Pasien tampak rileks 3. Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, pernafasan : 19x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 99% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pindah ruang nifas F1, bayi rawat gabung.</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan G1P0000 + UK38/39 minggu + Persalinan Fisiologis di ruang VK IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan selama 1 hari pada tanggal 16 Juni 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini akan dijelaskan berdasarkan kala I, II, III dan IV.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan Ny. E berjenis kelamin perempuan, berusia 24 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, menikah selama 9 bulan, pendidikan terakhir sarjana. Pada penelitian. Anggraini dan Meita (2021), dijelaskan bahwa hubungan usia dengan persalinan normal menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola positif yang artinya, usia ibu <20 tahun dan >35 tahun memiliki risiko tinggi dalam persalinan. Sehingga pada Ny. E memiliki risiko rendah terjadi komplikasi pada saat persalinan normal, karena usia yang masih produktif dan sistem reproduksi yang sehat

4.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

Ny. E mengatakan keluhan utama saat ini perut terasa kenceng-kenceng dan terasa hilang timbul dalam 10 menit. Pada teori tanda persalinan disebutkan salah satunya adalah adanya nyeri di pinggang

bagian bawah dan perut terasa kaku/kram. Hal ini terjadi karena kondisi janin yang semakin turun ke panggul dan penurunan progesteron yang menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan kontraksi (Amelia & Choifah, 2019).

4.1.3 Aspek Psikososial

Ny. E mengatakan khawatir mengenai nyeri yang dirasakan dan tidak tahu cara melakukan manajemen nyeri, Ny. E juga bertanya mengapa keluar lendir bercampur darah yang keluar dari vaginanya, tampak pasien selalu mengeluh nyeri bila muncul kontraksi, tampak selalu memegang perutnya. Jika, ibu selama kehamilan mengalami stres psikososial / kecemasan maka, akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan endokrin yang secara langsung akan mempengaruhi pertumbuhan janin (Sofia dan Iskandar,2019). Pengetahuan tentang persalinan memiliki peranan penting dengan hubungan persiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, sehingga ibu tidak merasa cemas dan dapat menikmati proses persalinan. Ketidaksiapan ibu hamil karena kurangnya informasi mengenai kehamilan dan persalinan terutama bagi ibu primigravida sesuai dengan kondisi Ny. E, karena belum ada pengalaman hamil dan melahirkan (Lendy, Handayani, & Kora, 2019)

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Dada dan axilla Ny. E terjadi perubahan yaitu mammae yang membesar, areolla mammae mengalami hiperpigmentasi, papila mammae menonjol. Perubahan dada ini terjadi karena pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat, tetapi belum mengeluarkan air susu

(Mail, 2020). Pada ibu hamil terutama pada kondisi Ny. E merupakan hal yang wajar apabila terjadi perubahan pada dada dan axilla nya, hal itu karena dipengaruhi hormon selama masa kehamilan dan untuk persiapan menyusui.

Sistem reproduksi pada Ny. E terdapat cairan lendir bercampur darah yang keluar dari vagina. Hal ini sesuai dengan teori mengenai tanda masuk proses persalinan, yaitu pengeluaran lendir dan darah. Lendir dan darah muncul karena pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas, terjadi perdarahan karena pembuluh darah pecah (Amelia & Choifah, 2019).

4.2 Kala I

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian kasus pada Ny. E, pasien mengatakan merasa kenceng-kenceng disertai nyeri kontraksi sejak pukul 5 pagi. P : Saat kontraksi, Q : Kenceng-kenceng, R : Perut menjalar ke pinggang, S : 5 (110), T : Hilang timbul dalam 10 menit. Ny. E juga tampak keluar lendir bercampur sedikit darah. Berdasarkan data tersebut terdapat kesenjangan antara kasus dan teori mengenai tanda persalinan kala I yaitu adanya kontraksi yang mulai teratur dalam 10 menit dan keluarnya lendir dari vagina bercampur darah .

Pada proses persalinan untuk menentukan kemajuan tingkat persalinan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

Kontraksi yang cukup adekuat yaitu terjadi teratur minimal 2x dalam 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik (Amelia & Choifah, 2019).

Hasil pemeriksaan fisik Ny. E didapatkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 88x/menit, RR 21x/menit, Suhu 36,5C, SPO2 98%, TFU 33 cm, DJJ 152x/dopp, his+ dalam 10 menit 3x10 detik, ada lendir bercampur darah keluar dari vagina, VT pembukaan 2 cm, efisiensi 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utuh.

Persalinan pada kala I dibagi menjadi 2 yaitu fase laten, berlangsung selama 8 jam dari pembukaan 0 cm – 3 cm. Fase aktif dibagi menjadi akselerasi pembukaan 3 cm – 4 cm dalam 2 jam, fase dilatasi pembukaan 4 cm – 9 cm dalam 2 jam, fase dekelerasi pembukaan 9 cm – 10 cm dalam 2 jam (Fitriana, 2018) dan berdasarkan Kurve Friedman, pembukaan pada primigravida 1 cm per jam dan pada multigravida 2 cm per jam, sehingga waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Pada Ny. E kala I terjadi sesuai teori yang tercantum yaitu adanya kontraksi yang teratur, adanya lendir bercampur darah yang keluar dari vagina dan pembukaan selama kurang lebih 10 jam yang sesuai dengan teori Kurve Friedman pada ibu primigravida.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis ditegakkan saat pasien memasuki kala I. Dalam kasus, Ny. E sudah mengalami pembukaan 2 cm yang termasuk fase laten dan

ditegakkan masalah keperawatan pertama yaitu, nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks.

Timbulnya nyeri saat persalinan terjadi karena adanya kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Bertambahnya volume maupun frekuensi kontraksi uterus, nyeri yang dirasakan akan semakin kuat, puncak nyeri terjadi pada fase aktif, dimana pembukaan lengkap sampai 10 cm. Pada saat nyeri sering terjadi perubahan fisiologis seperti peningkatan nadi dan kecepatan pernafasan, pupil dilatasi, peningkatan tekanan darah dan ketegangan otot.(Halid, Dompas, dan Adam, 2017)

Diagnosis yang kedua, dalam kasus Ny. E mengatakan ketika nyeri kontraksi muncul pasien merasakan cemas, kesakitan dan tampak pasien tanpa melakukan manajemen untuk mengurangi nyeri dan pasien juga mengatakan tidak tahu kenapa bisa keluar lendir bercampur darah. Maka, ditegakkan masalah keperawatan Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Nyeri yang dirasakan saat mendekati persalinan apabila tidak diatasi akan berdampak pada kesejahteraan ibu dan janinnya. Perasaan takut, cemas dan tegang yang dialami ibu bersalin akan memicu produksi hormon protaglandin sehingga timbul stress. Semakin majunya proses persalinan, perasaan ibu akan semakin cepat cemas dan rasa cemas tersebut menyebabkan rasa nyeri semakin intens, demikian pula sebaliknya. Ibu yang mengalami stress atau kecemasan tinggi bisa

menyebabkan persalinan lama dan kontraksi tidak adekuat.(Sariati,2016 dalam Wijayanti, Sumiyati dan Prasetyowati, 2019)

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama, nyeri melahirkan memiliki perbedaan luaran dengan tujuan kasus. Berdasarkan SLKI, 2017 tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun Sedangkan pada tujuan kasus memiliki tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri ibu adekuat dengan kriteria hasil, ibu bisa beradaptasi dengan nyeri, ibu menerima nyeri yang dirasakan, ibu kooperatif, dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat.

Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu observasi skala nyeri, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, ajarkan teknik nonfarmakologis, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan massage, observasi CHPB (*cortonen, his, pembukaan bundle*) (SIKI, 2017). Dalam rencana tindakan kasus ditambahkan intervensi yang tidak terdapat di teori yaitu observasi CHPB, hal ini dilakukan berdasarkan hasil kolaborasi dari dr.SpOg karena

untuk memantau kemajuan proses persalinan dan memantau kesejahteraan janin (Sumiyati & Hartiningsih, 2015).

Diagnosa keperawatan kedua yaitu, ansietas dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan 1x8 jam tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu monitor tanda-tanda ansietas verbal dan non verbal, ciptakan hubungan terapeutik, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, monitor respons terhadap teknik relaksasi nafas dalam, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, anjurkan sering mengulangi teknik relaksasi selama merasakan nyeri, edukasi mengenai manajemen nyeri dan tanda persalinan

2.3.5 Implementasi

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada kala I dengan diagnosa nyeri melahirkan adalah mengobservasi CHPB untuk memantau kesejahteraan janin, mengajarkan ibu teknik relaksasi (nafas dalam dan massage) untuk mengurangi nyeri, menganjurkan pendampingan selama proses persalinan agar ibu merasa lebih aman dan nyaman, memberikan makan dan minum pada saat tidak ada his agar tidak kekurangan energi pada saat persalinan.

Hasil penelitian mengatakan bahwa teknik relaksasi/*deep breathing* efektif dalam upaya mengurangi nyeri pada ibu bersalin kala I. Hal ini dilakukan dengan mengatur pola nafas demikian rupa sehingga akan mengurangi rasa nyeri yang ditimbulkan akibat adanya dilatasi serviks dalam rangka proses persalinan (Widiyanto, et al., 2021). Teknik relaksasi selain nafas dalam adalah bisa dilakukan pemberian terapi *massage counterpressure*. Terapi ini bekerja dengan cara saraf A-beta mendominasi transmisi serabut A-delta dan C yang berdiameter kecil, sehingga menurunkan transmisi nyeri dan juga memberikan rasa nyaman dan rileks pada inpartu kala I (Budiarti & Solicha, 2018).

Pada Ny. E saat terjadi nyeri kontraksi, pasien diajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan dianjurkan untuk mengulangi teknik tersebut setiap kali merasa nyeri. Teknik relaksasi lainnya yang diajarkan dan dianjurkan pada Ny. E adalah dengan memberi pijatan/tekanan pada bagian pinggang belakang secara perlahan untuk memberikan rasa rileks yang dapat dilakukan oleh pendamping dan tampak suami Ny. E membantu memberikan teknik relaksasi dengan pijatan secara teratur dan Ny. E juga mampu melakukan relaksasi nafas dalam secara mandiri. Sehingga selama proses kala I hingga pembukaan lengkap pasien mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan dan siap untuk persalinan normal.

Diagnosa kedua dengan ansietas berhubungan dengan krisis situasional (nyeri). Rencana keperawatan yang dapat diberikan pada Ny. E adalah mengajarkan ibu teknik relaksasi nafas dalam untuk

mengurangi nyeri, menganjurkan pendampingan suami/keluarga terdekat selama proses persalinan, dan memberikan edukasi terkait manajemen nyeri dan tanda persalinan (nafas dalam bisa diulangi apabila nyeri muncul dan tanda melahirkan tidak hanya nyeri kontraksi tetapi juga keluar lendir bercampur darah, ketuban biasanya pecah serta ada rasa ingin mengejan).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pendampingan suami dengan kelancaran proses persalinan. hal ini dapat mempengaruhi psikologis ibu menjadi nyaman, rileks, dan tenang karena dukungan kasih sayang keluarga. Kondisi psikologis sangat berpengaruh selama proses persalinan karena secara tidak langsung kehadiran suami/keluarga memberikan dampak positif pada psikologis ibu sehingga ibu tidak khawatir, cemas dan proses persalinan dapat berjalan lancar (Lailia & Nisa, 2017).

4.2.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri melahirkan didapatkan Ny. E termasuk primigravida dan sudah dilakukan pemantauan pada kala I pada jam 09.10 wib pembukaan 2 cm sampai pukul 14.15 wib pembukaan lengkap/10 cm, effacement 100%, presentasi kepala, ketuban jernih, his+ dalam 10 menit 4x/40 detik, djj 147x/dopp dan menganjurkan pasien meneran seperti mau BAB, timbul tanda-tanda persalinan (ketuban pecah, pasien ingin meneran, kontraksi semakin sering), Ny. E persiapan kala II dan muncul masalah keperawatan baru nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin.

Hasil evaluasi pada diagnosa ansietas, Ny. E mengatakan nyeri nya semakin sering dan bertambah nyeri, pasien tampak berkeringat dan menyinggahi, suami tampak mendampingi dan membantu memberi pijatan pada punggung bawah pasien agar lebih rileks. Ny. E masuk kala II dan masalah belum teratasi.

4.3 Kala II

4.3.1 Pengkajian

Ny. E, mengatakan mengatakan perut kenceng-kenceng terus menerus dan ingin meneran, skala nyeri bertambah 8. Hasil Pemeriksaan VT pembukaan 10 cm/lengkap, efficement 100%, presentasi kepala, ketuban jernih, hodge II, HIS+ dalam 10 menit 4x30 detik, DJJ 142x/dopp, keadaan umum pada Ny. E baik, tampak meringis ingin meneran, tampak lendir bercampur darah semakin banyak, perienum tampak menonjol dan vulva membuka, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 21x/menit, Suhu 36,5C, SPO2 98%.

Tanda kala II yaitu, klien merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, klien merasa adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vagina, kontraksi menjadi sering, terjadi setiap 2 menit selama 60 detik, keluarnya lendir bercampur darah(*bloody show*), perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka dan tanda pasti untuk kala II adalah pembukaan serviks lengkap dan terlihat bagian kepala bayi melalui intoitus vagina (Samaria, et al., 2022). Tanda gejala pada Ny. E sesuai dengan teori yang tercantum untuk kala II yaitu

pembukaan lengkap, pasien ingin meneran, perineum tampak menonjol, vulva membuka, pembukaan lengkap dan Ny. E di pimpin persalinan oleh bidan dan selama proses persalinan di dampingi oleh suaminya. Selama proses persalinan Ny. E dilakukan tindakan episiotomi untuk membantu pengeluaran janin.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis ditegakkan saat pasien memasuki kala II. Dalam kasus, Ny. E masalah keperawatan di kala I belum teratasi karena pasien menunjukkan tanda-tanda memasuki kala II, sehingga muncul masalah keperawatan baru yaitu, nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin.

Diagnosa ini ditegakkan karena adanya pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi yang berhubungan dengan persalinan. (SDKI, 2017). Pada kala II nyeri yang dirasakan bukan hanya karena dilatasi serviks, tetapi karena proses janin yang semakin turun dan menekan PAP untuk bisa lahir, serta adanya episiotomi yang dilakukan dapat menambah rasa nyeri yang dirasakan Ny. E.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan pada kala II, nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin. Nyeri melahirkan memiliki perbedaan luaran dengan tujuan kasus. Berdasarkan SLKI, 2017 tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun,

kesulitan tidur menurun Sedangkan pada tujuan kasus memiliki tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri ibu adekuat dengan kriteria hasil, ibu bisa beradaptasi dengan nyeri, ibu menerima nyeri yang dirasakan, ibu kooperatif, dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat.

Intervensi dibuat berdasarkan SIKI serta sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu observasi skala nyeri, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, ajarkan teknik nonfarmakologis, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, ajarkan teknik relaksasi (SIKI, 2017). Dalam rencana tindakan kasus ditambahkan intervensi yang tidak terdapat di teori karena pasien menunjukkan tanda kala II dan janin akan segera lahir sehingga intervensi yang dilakukan yaitu anjurkan posisi litotomi, siapkan dan dekatkan partus set, obat-obat an untuk persalinan, perlengkapan bayi, anjurkan cara meneran yang benar seperti BAB.

4.3.4 Implementasi

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada kala II dengan diagnosa nyeri melahirkan adalah menganjurkan ibu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, menganjurkan pendampingan suami/keluarga terdekat selama proses persalinan, menyiapkan partus set, obat-obatan untuk persalinan (oksitosin, lidocain,

misoprostol, cairan NS500cc), perlengkapan bayi, memposisikan litotomi pada pasien dan menganjurkan cara meneran yang benar (mengejan seperti BAB).

Salah satu Asuhan Sayang Ibu pada proses persalinan adalah dapat memilih posisi mendedan yang nyaman, membiarkan ibu memilih posisi yang diinginkan selama mendedan dan melahirkan akan memberi banyak manfaat termasuk sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan, lama kala II lebih singkat, laserasi yang lebih sedikit dan APGAR score yang lebih baik pada bayi (Sukarta & Rosmawaty, 2019). Hasil penelitian menunjukkan bahwa posisi litotomi lebih efektif dibandingkan dengan posisi miring karena posisi yang paling cocok untuk melahirkan kepala janin pada kala II dimana conjugata vera pintu masuk pelvis memendek sedangkan ruangan pintu keluar pelvis meningkat. Posisi litotomi juga memudahkan pemantauan jalan lahir, kepala bayi untuk diarahkan dan dipegang mengikuti putaran saat lahirnya kepala, serta memudahkan pembebasan tali pusat pada leher bayi (Sari & Sari, 2021).

Hasil penelitian teknik meneran, terdapat hubungan tentang cara meneran pada ibu primigravida dengan proses persalinan kala II. Meneran adalah sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti saat buang air besar tetapi intensitasnya jauh lebih besar, setelah serviks terbuka lengkap kekuatan sangat penting pada pengeluaran janin yang dihasilkan tekanan intraabdomen yang diciptakan oleh kontrasepsi otot-otot abdomen. Cara agar persalinan kala II lancar yaitu cara meneran yang benar, asupan

nutrisi yang cukup dan kesiapan ibu bersalin dan bidan/perawat harus ada sehingga semakin benar cara mengeran semakin lancar proses persalinan kala II (Pebriani, 2017).

4.3.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada kala II, Ny. E melahirkan anak perempuan, APGAR 7-8. Lama kala II pada Ny. E adalah 25 menit. Pada ibu primipara kala II lebih lama dibandingkan multipara, hal ini karena teknik mengejan yang salah dapat menyebabkan ibu kelelahan dan kompresi otot abdomen dapat mengganggu sirkulasi janin dalam memperoleh oksigen. Kala II < 30 menit akan membuat persalinan menjadi aman bagi ibu dan janin (Halimatussakdiah, 2017). Setelah bayi lahir dilakukan injeksi piton/oksitosin untuk membantu melahirkan plasenta. Sehingga akan muncul masalah keperawatan baru risiko ketidakseimbangan cairan dan risiko perdarahan lalu dilakukan persiapan untuk kala III.

4.4 Kala III

4.4.1 Pengkajian

Kala III terjadi proses melahirkan plasenta. Pada kasus Ny. E tampak tanda-tanda lepas plasenta yaitu adanya semburan darah dan tali pusat memanjang. Pasien tampak masih menahan nyeri. Setelah itu dilakukan tindakan melahirkan plasenta.

4.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis ditegakkan saat pasien memasuki kala III. Dalam kasus, Ny. E masalah keperawatan di kala II belum teratasi karena pasien menunjukkan tanda-tanda memasuki kala III, sehingga muncul masalah keperawatan baru yaitu, risiko ketidakseimbangan cairan.

Diagnosa ini ditegakkan karena adanya risiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial, intraselular (SDKI, 2017). Hal ini terjadi karena pada kala III sebagian besar dapat kehilangan darah dan tidak dapat dihindari biasanya mencapai 500 ml atau kurang (Ratnawati, 2018).

4.4.3 Intervensi

Masalah keperawatan pada kala III adalah risiko ketidakseimbangan cairan dan risiko perdarahan, tetapi intervensi yang dilakukan tetap berfokus pada proses kelancaran kala III yaitu observasi tanda pelepasan plasenta, pengeluaran plasenta dengan teknik yang benar, observasi plasenta dan amnion, kontrol perdarahan, perawatan perineum, penuhi kebutuhan cairan dan *bonding attachment* (Ratnawati, 2018). Terdapat 3 komponen utama pada manajemen aktif kala III yaitu pemberian uteronika seperti oksitosin dalam 1-2 menit pertama setelah bayi lahir, pengkleman tali pusat dan peregangan tali pusat terkendali. Peregangan tali pusat dilakukan tarikan kearah sejajar dengan sumbu rahim saat uterus berkontraksi dan melakukan tahanan pada daerah suprapubik. Peregangan tali pusat harus dihentikan bila 30-40 detik tidak

terdapat penurunan plasenta dan dapat diteruskan kembali pada kontraksi uterus selanjutnya (Andriani, 2017)

4.4.4 Implementasi

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada kala III adalah observasi tanda pelepasan plasenta (ada semburan darah, tali pusat memanjang), pengeluaran plasenta dengan teknik yang benar, melakukan peregangan tali pusat terkendali sambil secara bersamaan melakukan tekanan pada rahim melalui perut, observasi plasenta dan amnion (plasenta utuh, kotiledon 20 cm, tebal 2 cm, panjang tali pusat 50 cm) (Andriani, 2017), memberikan lidocain untuk anastesi lokal dan menjahit luka bekas episiotomi.

Hasil penelitian terdapat hubungan antara manajemen aktif kala III dengan perdarahan post partum, jika manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan sempurna maka perdarahan akan semakin sedikit. Pengelolaan aktif manajemen kala III berkaitan dengan berkurangnya kehilangan darah ibu (termasuk perdarahn post partum biasa hingga berat), berkurangnya anemia setelah persalinan dan berkurangnya kebutuhan terhadap transfusi darah. Pengelolaan aktif juga berkaitan dengan berkurangnya risiko kala III yang patologis dan berkurangnya pemakaian obat-obat uteronika yang berlebihan, sehingga manajemen kala III penting dilakukan (Widiastutuik, 2020).

4.4.5 Evaluasi

Hasil evaluasi kala III pada Ny. E plasenta lahir dengan spontan, kondisinya utuh, kotiledon 20 cm, tebal 2 cm, panjang tali pusat 50 cm dan uterus globuler/bulat. Pada saat melahirkan plasenta pada Ny. E berlangsung selama 6 menit. Hasil studi literatur menyatakan bahwa pada kondisi normal kala III biasanya berlangsung 3-4 menit pada primipara dan 4-5 menit untuk multipara. Waktu maksimal yang dibutuhkan untuk melahirkan plasenta adalah 45-60 menit (Purwarini, Yusron, & Yeni, 2017).

4.5 Kala IV

4.5.1 Pengkajian

Kala IV persalinan dimulai pukul 14.38 sampai 2 jam pertama post partum. Ny.E mengatakan lega karena bayinya telah lahir dengan sehat dan sempurna. Pada pemeriksaan fisik terdapat luka jahit bekas episiotomi

4.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis ditegakkan saat pasien memasuki kala IV. Dalam kasus Ny. E masalah keperawatan di kala III belum teratasi karena pasien menunjukkan tanda-tanda memasuki kala IV, sehingga muncul masalah keperawatan baru yaitu, risiko perdarahan

Diagnosa ini ditegakkan karena adanya risiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (SDKI, 2017). Hal ini terjadi karena setelah lahirnya plasenta

perlu di observasi perdarahan yang terjadi karena pada persalinan berisiko terjadi perdarahan post partum/komplikasi yang membuat ibu menjadi lemas dan syok hingga menyebabkan kematian

4.5.3 Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan pada kala IV adalah risiko perdarahan tetapi intervensi yang dilakukan tetap berfokus pada proses kelancaran kala IV yaitu observasi kontraksi uterus, observasi tanda-tanda vital, berikan cairan dan nutrisi, cegah distensi abdomen, pertahankan keamanan dan kenyamanan, anjurkan menyusui bayinya/IMD (Ratnawati, 2018). Kala IV dimulai sejak plasenta lahir hingga 2 jam pertama post partum dan observasi yang harus dilakukan tingkat kesadaran, ttv, kontraksi uterus dan perdarahan (Porouw, 2020). Menyusui juga membantu kontraksi karena terdorong melepas hormon oksitosin, hormon yang merangsang terjadinya kontraksi sekaligus merangsang terbentuknya hormon prolaktin yang memproduksi ASI.

4.5.4 Implementasi

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada kala IV adalah mengobservasi kontraksi uterus (keras), perdarahan (kurang dari 150 cc, TFU 1 jari di bawah pusar), mengobservasi pengeluaran lochea rubra (merah, tidak berbau) dan membantu melakukan IMD pada bayi dengan pasien. Kala IV pada Ny. E ini dilakukan pemantauan TTV 2 jam post partum dengan hasil pukul 14.45 (TD : 118/70 mmHg, Nadi : 86x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 98%), pukul 15.00 (TD : 125/80

mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 98%), pukul 15.15 (TD : 120/70 mmHg, Nadi : 76x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 98%), pukul 15.30 (TD : 118/72 mmHg, Nadi : 77x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 98%), pukul 16.00 (TD : 120/75 mmHg, Nadi : 76x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 98%) dan pukul 16.30 (TD : 110/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 19x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 99%).

Pasca melahirkan pada kasus normal, umumnya tekanan darah tidak berubah yaitu <120/80 mmHg atau setara 110/70 mmHg dan nadi 60-80x/menit. Hal itu dipengaruhi juga karena melakukan IMD yang dapat membuat ibu menjadi lebih tenang, nyaman dan rileks. Pemantauan TTV juga berguna untuk mendeteksi adanya syok akibat kehilangan darah yang berlebihan. Pada TFU normalnya adalah dibawah umbilikalis, jika berada di atas umbilikalis menandakan adanya perdarahan. Dan kontraksi uterus normalnya adalah keras ketika disentuh, jika lembek menandakan kalau kontraksi tidak normal (Qonitun & Novitasari, 2018).

Inisiasi menyusui dini dilakukan juga untuk merangsang produksi oksitosin yang akan membantu rahim berkontraksi sehingga secara tidak langsung akan mengurangi jumlah darah kala IV pada ibu. IMD juga perlu dilakukan pada menit-menit pertama sampai 1 jam kelahiran karena dapat memberikan banyak manfaat bagi bayi dan ibu dan menurunkan kematian ibu sebesar 17-22%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa IMD memiliki pengaruh signifikan terhadap jumlah darah post partum (Nurianti, Karokaro, Bangun, & Yana, 2019).

4.5.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada Ny. E, tidak ada komplikasi pada pasien selama kala IV, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang tetapi terasa mengganjal di daerah kemaluan, kontraksi uterus keras, perdarahan kurang lebih 150 cc, kandung kemih tidak distensi, Keadaan umum baik, GCS 456, Tampak luka jahit bekas episiotomi , TD : 110/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 19x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 99% , TFU 1 jari di bawah pusar. Masalah teratasi dan pasien akan dipindahkan ke ruang nifas F1 untuk pemantauan lebih lanjut dan rawat gabung dengan bayi nya.

Evaluasi pada diagnosa ansietas, pasien mengatakan lega karena anaknya lahir selamat dan sehat, pasien tampak menyusui bayinya, pasien tampak rileks, tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, pernafasan : 19x/menit, Suhu : 36,6 c, SPO2 99% , masalah teratasi , intervensi dihentikan dan pasien pindah ruang nifas F1 dan bayi rawat gabung.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung pada Ny. E dengan persalinan fisiologis di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis medis persalinan fisiologis.

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pasien datang ke IGD (*Triage*) RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 16 Juni 2022 pada pukul 08.20 wib karena perut terasa kaku, punggung sakit dan perut terasa kenceng-kenceng sejak pukul 05.00 wib. Kemudian, klien dibawa ke ponok untuk dilakukan observasi dan pemeriksaan dalam didapatkan, DJJ : 146x/dopp, HIS+ dalam 10 menit 3x/10 detik, pada pemeriksaan dalam VT didapatkan pembukaan 1 cm, efficement 30% persentasi kepala, ketubah utuh, tes lakmus tetap berwarna merah. Kemudian dilakukan pemasangan infus maintenace dan pengambilan darah untuk pemeriksaan darah lengkap, kimia klinik dan faal hemostasis.

Pada pukul 09.10 wib, pasien dipindahkan ke VK IGD dan dilakukan pengkajian dengan hasil keluhan utama yang dirasakan pada Ny. E adalah perut terasa kenceng-kenceng dan terasa hilang timbul dengan durasi 10 menit. Saat ini pasien hamil anak pertama (G1P0A0),

usia kehamilan 38/39 minggu. Pada pemeriksaan dalam VT didapatkan pembukaan 2 cm, effacement 50%, presentasi kepala, hodge I, ketuban utu, his+ dalam 10 menit 3x10 detik. Kemudian pasien dipasang NST dan hasilnya di laporkan ke dr.SpOg

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan muncul setiap kala dalam persalinan menyesuaikan data yang ditemukan yaitu :

Kala I : Nyeri melahiran berhubungan dengan dilatasi serviks dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Kala II : Nyeri meahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin\

Kala III : Risiko perdarahan

Kala IV : Risiko Perdarahan dan Risiko Infeksi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan modifikasi standar luaran pada tujuan, karena menyesuaikan dengan kondisi pasien yaitu persalinan fisiologis. Rencana tindakan keperawatan juga tidak semua bisa dilaksanakan dan tindakan lebih berfokus pada kelancaran saat kala I, II, III dan IV.

4. Impelementasi Keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan pada tanggal 16 Juni 2022 selama 1 x 8 jam sesuai dengan rencana tindakan yang disusun dan berdasarkan kebutuhan tindakan di kala I, II , III dan IV.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tiap kala dan menyesuaikan dengan hasil tindakan yang telah dilakukan di kala I, II, III, dan IV.

5.2 Saran

Saran berdasarkan hasil kesimpulan di atas yaitu :

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan maupun dengan pasien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal khususnya pasien dengan persalinan fisiologis.

2. Bagi Keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat selalu memberikan dukungan dan dorongan kepada pasien baik secara fisik maupun psikis saat akan melakukan proses persalinan fisiologis.

3. Bagi Perawat

Meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan perawat diharapkan untuk tetap menerapkan *caring* dan komunikasi terapeutik dalam mewujudkan pemberian asuhan keperawatan secara holistik terhadap pasien.

4. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat mengetahui tentang persalinan fisiologis dan mampu untuk memilih persalinan fisiologis sebagai pilihan utama dalam persalinan.

5. Bagi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menambah kepustakaan terkait penelitian mengenai keperawatan maternitas terutama terkait asuhan keperawatan persalinan fisiologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, P., & Choifah. (2019). *BUKU AJAR KONSEP DASAR PERSALINAN*. Sidoarjo.
- Andriani, D. (2017). *LAPORAN LITERATUR REVIEW KEPERAWATAN KOMPREHENSIF MANAJEMEN AKTIF KALA III DALAM MENCEGAH PERDARAHAN POST PARTUM*. Indralaya: UNIVERSITAS SRIWIJAYA FAKULTAS KEDOKTERAN PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN.
- Aniroh, U., & Fatimah, R. F. (2019). Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Dalam Menghadapi Persalinan Ditinjau Dari Faktor Usia Ibu Dan Sosial Ekonomi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*.
- Apriza, Fatmayanti, A., Ulfiana, Q., Ani, M., Dewi, R. K., & Amalia, R. (2020). *KONSEP DASAR KEPERAWATAN MATERNITAS*. Yayasan Kita Menulis.
- Aryani, H. P., Puspita, S., & Sholikhah, D. U. (2021). *Keperawatan Maternitas (Modul Praktikum)*. Surabaya: Cipta Media Nusantara (CMN).
- Budiarti, A., & Solicha, A. (2018). PENGARUH TERAPI MASSAGE COUNTERPRESSURE TERHADAP NYERI KALA I PADA IBU INPARTU DI BPS DESA DURJAN, BANGKALAN. *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018*. Surabaya: Kemenkes RI.
- Fitriana, Y. S. (2018). *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Halimatussakdiah. (2017). Lamanya Persalinan Kala I dan II Pada Ibu Multipara Dengan Apgar Score Bayi Baru Lahir. *Jurnal Action : Aceh Nutrition Journal*, 7.
- Indah, Firdayanti, & Nadyah. (2019). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny "N" dengan Usia Kehamilan Preterm di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tanggal 01 Juli 2018. *JURNAL MIDWIFERY*.
- Karjatin, A. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Maternitas*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kumalasari, I. (2015). *Panduan Praktik Laboratorium Dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir Dan Kontrasepsi*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

- Kurniarum, A. (2016). *ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lailia, I. N., & Nisa, F. (2017). PENDAMPINGAN SUAMI TERHADAP KELANCARAN PROSES PERSALINAN DI BPM ARIFIN SURABAYA.
- Lendy, E. U., Handayani, S., & Kora, F. T. (2019). HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU HAMIL PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III DENGAN KECEMASAN MENGHADAPI PERSALINAN DI BIDAN PRAKTEK SWASTA ENDANG PURWANINGSIH PLERET BANTUL. *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu" Vol 9*.
- Lombogia, M. S. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas : Konsep, Teori, dan Modu Praktikum*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Mail, E. (2020). SIKAP IBU HAMIL TRIMESTER II DAN III TERHADAP PERUBAHAN FISIOLOGI SELAMA KEHAMILAN. *JURNAL KEBIDANAN VOL. 9*.
- Mindarsih, E., & Murni, M. (2019). EFEKTIFITAS PELATIHAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL (APN) TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN BIDAN DI PUSAT PELATIHAN KLINIK SEKUNDER DI YOGYAKARTA. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*.
- Nurianti, I., Karo-karo, T. M., Bangun, S. M., & Yana, S. (2019). PENGARUH INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) TERHADAP JUMLAH DARAH KALA IV PERSALINAN. *Jurnal kebidanan Kestra*.
- Pebriani, E. (2017). HUBUNGAN CARA MENERAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN KELANCARAN PROSES PERSALINAN KALA II DI KLIK HJ. YATINI PASAR VII MEDAN TEMBUNG TAHUN 2017. *POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI*.
- Porouw, H. S. (2020). ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. R.ADI PUSKESMAS BULANGO SELATAN KABUPATEN BONE BOLANGO : STUDI KASUS. *Gorontalo journal of public health*.
- Purwarini, J., Yusron, N., & Yeni, R. (2017). Lama Persalinan Kala III Dan Proses Involusi Uteri Mempengaruhi Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Post Partum. *Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol 15*.
- Qonitun, U., & Novitasari, F. (2018). STUDI PERSALINAN KALA IV PADA IBU BERSALIN YANG MELAKUKAN INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) DI RUANGMINA RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH TUBAN. *JURNAL KESEHATAN Vol 11*.
- Ratnawati, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Penerbit Buku.

- Samaria, D., Supratti, Solikhah, F. K., Herawati, T., Aprilya, D., Muniroh, S., & Pertami, M. S. (2022). *KEPERAWATAN MATERNITAS KONTEMPORER*. Yayasan Kita Menulis.
- Sari, Y., & Sari, Y. (2021). PERBEDAAN EFEKTIFITAS POSISI MIRING DAN POSISI LITOTOMI PADA LAMA PERSALINAN KALA II MULTIGRAVIDA. *Jurnal Ilmiah Permas : Jurnal Ilmiah STIKES Kendal Volume 11*.
- Siregar, R. S. (2020). IMPLEMENTASI KEPERAWATAN SEBAGAI WUJUD DARI PERENCANAAN KEPERAWATAN GUNA MENINGKATKAN STATUS KESEHATAN KLIEN. *Jurnal Health Sains*.
- Sukarta, A., & Rosmawaty. (2019). Pengaruh Posisi Mengedan Terhadap Lama Kala II Persalinan Di Rumah SAKIT X Tahun 2018. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan 'Aisyiyah*.
- Sumiyati, & Hartiningsih, Y. (2015). *ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. K GIII P2101 DENGAN POST DATE DI POLI OBGYN RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN TAHUN 2015*. Jurnal Kesehatan Unisla.
- Widiastutuik, S. (2020). HUBUNGAN MANAJEMEN AKTIF KALA III DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER DI PBM UMI SURABAYA. *JURNALILMIAH : J-HESTECH*.
- Widiyanto, A., Panuluh, S. M., Pradana, K. A., Mubarak, A. S., Atmojo, J. T., & Putra, N. S. (2021). LITERATUR REVIEW : EFEKTIVITAS TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM (DEEP BREATHING RELAX) PADA IBU BERSALIN KALA 1. *AVICENNA : JOURNAL OF HEALTH RESEARCH*.

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Alria Ajizah Dwilantika
NIM : 2130122
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 15 September 1996
Umur : 25 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Orang Tua : Slamet Hariadji dan FL. Wiji Asih
Agama : Islam
Alamat : Komp. TNI AL E1/18 Sugihwaras, Candi –
Sidoarjo
No Hp : 082335177121
Email : alriaajizahd@gmail.com
Riwayat Pendidikan :
1. Tahun 2002 – 2003 : TK Masyithoh Candi
2. Tahun 2003 – 2009 : SDN Larangan Sidoarjo
3. Tahun 2009 – 2011 : SMPN 1 Candi
4. Tahun 2011 – 2014 : SMA Hang Tuah 2 Sidoarjo
5. Tahun 2014 – 2018 : STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 2


MOTTO dan Persembahan

“ Prosesnya mungkin tidak mudah, tetapi hasil akhirnya bikin tidak berhenti
mengucapkan Alhamdulillah “

Persembahan :

1. Papa dan Mama saya, Slamet Hariadji dan FL. Wiji Asih yang selalu memberi doa dan dukungan yang tak pernah berhenti.
2. Kakak dan Adek saya, Rany Puspita Ekawati dan Fawaz Haekal Tri Wicaksono yang selalu mendoakan agar saya sukses dan bisa menyelesaikan pendidikan tepat waktu.
3. Untuk teman-teman saya (Kharisma, Cindy, dan Wila) yang selalu memberikan dukungan dan hiburan disela-sela pengerjaan KIA ini.
4. Untuk teman-teman Ners terima kasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini. Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.
5. Untuk teman-teman satu bimbingan (Monica, Fatimah, Ila, Sabrina, Alif, dan Hogan) terima kasih atas dukungan dan bantuan dalam segala bentuk selama penyusunan KIA ini.

Lampiran 3

	SPO ASUHAN PERSALINAN NORMAL
Pengertian	Asuhan persalinan normal adalah memberikan Pelayanan Persalinan Normal sesuai dengan standar.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaksanakan Asuhan Persalinan Normal.
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku I Standar Pelayanan Kebidanan Asuhan Persalinan Normal Tahun 2006. 2. Modul Midwifery Update PD IBI Provinsi Jawa Barat Tahun 2017.
Prosedur	Persiapan Alat dan Bahan : <ul style="list-style-type: none"> • Bak Instrumen berisi partus set (klem 2,gunting tali pusat1, Setengah koher 1,kateter 1). □ sarung tangansteril. • Kom yang berisi kapas dan airDTT. • Pengisap lendir ataudelee. • Oksitosin. • Spuit3cc. • Umbilicaklem. • Dopler • Kassasteril. • Kain untuk ibu dan bayi. • bengkok. • Tempatplacenta. • Baskom berisi air DTT dan washlap.

- Baskom berisi cairan klorin 0,5%.
- Tempat sampah basah dankering.

Langkah-langkah :

I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA

- 1) Petugas mendengar dan melihat Tanda Kala DuaPersalinan
 - Ibu merasa ada dorongan kuat untukmeneran
 - Ibu mereasa tekanan yang semakin menungkat pada rectum Danvagina.
 - Perineum tampakmenonjol.
 - Vulva dan spincter animembuka.

II. MENYIAPKAN PERTOLONGANPERSALINAN

- 2) Petugas memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi barulahir. Untuk asuhan bayi baru lahir siapkan :

- Tempat datar ,rata,kering danhangat
- 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi).
- Alat penghisap lendir.
- Lampu sorot 60 watt,dengan jarak 60 cm dari tubuhbayi.

Untuk Ibu:

- Menggelar kain diperutibu
 - Menyiapkan oksitosin 10unit
 - Alat suntik steril sekali pakai didalam partusset.
- 3) Petugas memakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak Tembuscairan.
 - 4) Petugas melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang Dipakai ,cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir Kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handukpribadi Yang bersih dankering.
 - 5) Petugas memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksdalam.
 - 6). Petugas memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - 7).Petugas membersihkan vulva dan perineum,menyekanya dengan Hati-hati dari depan kearah belakang menggunakan kapas atau Kassa yang dibasahi dengan air DTT.
 - 8). Petugas melakukan periksa dalam untuk memastikan Pembukaanlengkap.
 - Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah

Lengkap maka lakukan amniotomi.

9). Petugas melakukan dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam Larutan clorin 0,5%,lepaskan sarung tangan dalam keadaan Terbalik,,dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit).Cuci Kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan .

10). Petugas memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/ menit).

- Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidaknormal.
- Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam ,DJJ,semua Temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam Partograf.

IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

11). Petugas memberitahukan ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan Keadaan janin cukup baik,kemudian bantu ibumenemukan Posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, Lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan Dokumentasikan semua temuan yangada.
- Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran merekauntuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran Secara benar.

12). Petugas meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat.Pada kondisi itu, Ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yangdiinginkan. Dan pastikan ibu merasa nyaman.

13). Petugas melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin Meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

- Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- Dukung dan beri semangat pada saat meneran danperbaik cara meneran apabila caranya tidaksesuai.
- Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuaipilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- Anjurkan ibu beristirahat diantarakontraksi.
- Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
- Menilai DJJ setiap kontraksi uterusselesai.
- Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segeralahir

	<p>Setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran,(120 menit Pada primigravida atau 60 menit pada multigravida).</p> <p>14). Petugas menganjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman,jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p> <p>V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</p> <p>15). Petugas meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5- 6 cm</p> <p>16) Petugas meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagian alas bokong ibu</p> <p>17) Petugas membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan</p> <p>18) Petugas memakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua Tangan</p>
	<p>VI.PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</p> <p>Lahirnya Kepala</p> <p>19) Petugas melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5- 6 cm membuka vulva sementara tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.</p> <p>20) Petugas memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika tali pusat melilit leher secara longgar,lepaskan lilitan lewat bagian atas kepalabayi • Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut. <p>21) Petugas menunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan setelah kepala lahir.</p>
	<p>Lahirnya bahu</p> <p>22) Petugas memegang kepala bayi secara biparential setelah putaran paksi luar selesai. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudiangerakkan ke arah dan distal untuk melahirkan bahu belakang</p>

	<p>Lahirnya badan dan tungkai</p> <p>23) Petugas menggeser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu setelah kedua bahu lahir Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.</p> <p>24) Petugas menyusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki setelah tubuh dan lengan lahir. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dengan melingkar ibu jari pada satu sisi dan jari- jari lainnya pada sisi yang lain agarbertemu dengan jari telunjuk).</p>
	<p>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</p> <p>25) Petugas melakukan PenilaianSelintas <input type="checkbox"/> Apakah Bayi cukupbulan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernafas tanpakesulitan? • Apakah Bayi bergerak denganaktif? <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asifiksia (lihat penuntun Belajar resusitasi Bayi Asifiksia), Bila semua jawaban adala “YA”, lanjut ke 26</p> <p>26) Keringkan TubuhBayi</p> <p>Petugas mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p> <p>27) Petugas memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda(<i>gemelli</i>)</p> <p>28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p> <p>29) Petugas menyuntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) 1/3 distal lateral paha dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkanoksitosin).</p> <p>30) Petugas memegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, kemudian jari telunjuk dan jari tengah lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah lain untuk mendorong isi tali pusat kea rah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.</p> <p>31) Petugas memotong dan mengikat talipusat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. • Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul


	<p>kunci pada sisi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan <p>32) Petugas meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu- bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting atau areola mammae ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selimut ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi • Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1jam • Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30- 60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung 10 – 15 Menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara • Biarkan Bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui <p>VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)</p> <p>33) Petugas memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari Vulva.</p> <p>34) Petugas meletakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan talipusat.</p> <p>35). Petugas menegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial)setelah uterus berkontraksi secara berhati-hati (untuk mencegah inversio uteri).Jika placenta tidak lahir setelah 30-40 detik,hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi,minta ibu,suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putingsusu <p>Mengeluarkan Placenta</p> <p>36). Petugas melanjutkan dorongan kearah cranial hingga placenta dapat dilahirkan bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi)sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas). • Jika tali pusat bertambah panjang,pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkanplacenta. • Jika placenta tidaklepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unitIM. 2. Lakukan kateterisasi (gunakan tehnik aseptik) jika kandung kemih penuh. 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan 4. Ulangi tekanan dorso cranial dan penegangan tali pusat 15 menitberikutnya. 5. Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasentamanual. <p>37). Petugas melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat plasenta muncul d introitus vagina. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wajah yang telahdisediakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika selaput ketuban robek,pakai sarung tangan DTT/Steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yangtertinggal. <p>Rangsangan Taktil (masase) uterus.</p> <p>38). Petugas melakukan masase uterus,letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras), segera setelah plasenta dan selaput ketubanlahir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal,kompresi aorta abdominal, tampon kondom kateter), jika uterus tidak berkontraksi selama 15 detik setelahmasase. <p>IX. MENILAI PERDARAHAN</p> <p>39). Petugas memeriksa kedua sisi plasenta, pastikan pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap.Masukan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat khusus.</p> <p>40). Petugas mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.Lakukan penjahitan jika terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan.Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.</p> <p>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</p> <p>41). Petugas memasukan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%,bilas kedua tangan tersebut dengan air DTT dan keringkan dengan kain yang bersih dankering.</p> <p>42). Petugas memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.</p> <p>Evaluasi</p> <p>43). Petugas memastikan kandung kemih kosong.</p> <p>44). Petugas mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.</p>
--	--

	<p>45). Petugas mengevaluasi dan jumlah kehilangan darah.</p> <p>46). Petugas memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum baik.</p> <p>47). Petugas memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi ,di resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. • Jika bayi nafas terlalu vepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan. • Jika kaki teraba dingin ,pastikan ruangan hangat.Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan dalam satuselimut. Kebersihan dan Keamanan. <p>48). Petugas menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.</p> <p>49). Petugas membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.</p> <p>50). Petugas membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT.Bersihkan cairan ketuban,lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.</p> <p>51). Petugas memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan .</p> <p>52). Petugas mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.</p> <p>53). Petugas mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%,balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10menit.</p> <p>54). Petugas mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</p> <p>55). Petugas memakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.</p> <p>56). Petugas memberikan salep/tetes mata profilaksis infeksi,vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir,pernafasan bayi (normal 40-60x/menit) dan temperature tubuh setiap 15 menit. Dilakukan dalam satu jam pertama.</p> <p>57). Petugas memberikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral satu jam setelah pemberian vitamin K. Letakan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.</p> <p>58). Petugas melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.</p>
--	---

	<p>59). Petugas mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi.</p> <p>Dokumentasi.</p> <p>60). Petugas melengkapi partograf, periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.</p>
--	--

Lampiran 4

	SPO INISIASI MENYUSU DINI (IMD)
Pengertian	IMD yaitu bayi mulai menyusu sendiri dalam 1 jam segera setelah lahir yang diletakkan di dada ibu sehingga terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu atau biasa disebut <i>the breast crawl</i> (merangkak mencari payudara sendiri).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebabkan rahim kontraksi membantu mengeluarkan plasenta dan mencegah perdarahan. 2. Merangsang hormon oksitosin dan lainnya yang menyebabkan ibu merasa aman dan nyaman, sehingga ASI dapat keluar dengan lancar terutama kolostrum. 3. Memberikan kehangatan dan ketenangan pada bayi 4. Kolostrum mengandung antibodi, sehingga meningkatkan imun bayi 5. Adanya ikatan emosi ibu dan bayi (<i>Emotional Bonding</i>)
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPO RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 2022
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> - Handuk besar bayi - Tutup kepala bayi/topi <p>Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan suami/keluarga terdekat mendampingi ibu di ruang bersalin 3. Segera setelah bayi lahir dan diputuskan tidak memerlukan resusitasi, letakkan bayi di atas perut ibunya (bila sectio, bayi diletakkan diatas dada) dan keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali kedua tangannya. Bau cairan amnion pada tangan bayi akan membantunya mencari puting ibu yang mempunyai bau yang sama. Maka agar baunya tetap ada, dada ibu juga tidak boleh dibersihkan. Mengeringkan tubuh bayi tidak perlu sampai menghilangkan verniks karena verniks dapat berfungsi sebagai penahan panas pada bayi. 4. Setelah tali pusat dipotong dan diikat, tengkurapkan

	<p>bayi di atas perut ibu dengan kepala bayi menghadap kearah kepala ibunya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kalau ruang bersalin dingin, berikan selimut yang akan menyelimuti ibu dan bayinya, dan kenakan topi pada kepala bayi. 6. Pengamatan oleh Windstrom, Righard dan Alade memperlihatkan bahwa bayi-bayi yang tidak mengalami sedasi mengikuti suatu pola perilaku prefeeding yang dapat diprediksi. Apabila bayi dibiarkan tengkurap di perut ibu, selama beberapa waktu bayi akan diam saja tetapi tetap waspada melihat kesekelilingnya. 7. Setelah 12-44 menit bayi akan mulai bergerak dengan menendang, menggerakkan kaki, bahu dan lengannya. Stimulasi ini akan membantu uterus untuk berkontraksi. Meskipun kemampuan melihatnya terbatas, bayi dapat melihat areola mammae yang berwarna lebih gelap dan bergerak menuju ke sana. Bayi akan membentur-benturkan kepalanya ke dada ibu. Ini merupakan stimulasi yang menyerupai pijatan pada payudara ibu. 8. Bayi kemudian mencapai puting dengan mengandalkan indera penciuman dan dipandu oleh bau pada kedua tangannya. Bayi akan mengangkat kepala, mulai mengulum puting, dan mulai menyusu. Hal tersebut dapat tercapai antara 27 - 71 menit. 9. Pada saat bayi siap untuk menyusu, menyusu pertama berlangsung sebentar, sekitar 15 menit, dan setelah selesai, selama 2-2,5 jam berikutnya tidak ada keinginan bayi untuk menyusu. Selama menyusu bayi akan mengkoordinasi gerakan menghisap, menelan, dan bernapas. 10. Setelah usai tindakan inisiasi menyusu dini ini, baru tindakan asuhan keperawatan seperti menimbang, pemeriksaan antropometri lainnya, penyuntikkan vitamin K1, dan pengoleskan salep pada mata bayi dapat dilakukan. 11. Tunda memandikan bayi paling kurang 6 jam setelah lahir atau pada hari berikut. 12. Bayi tetap berada dalam jangkauan ibunya agar dapat disusukan sesuai keinginan bayi (rooming in / rawat gabung).
--	---