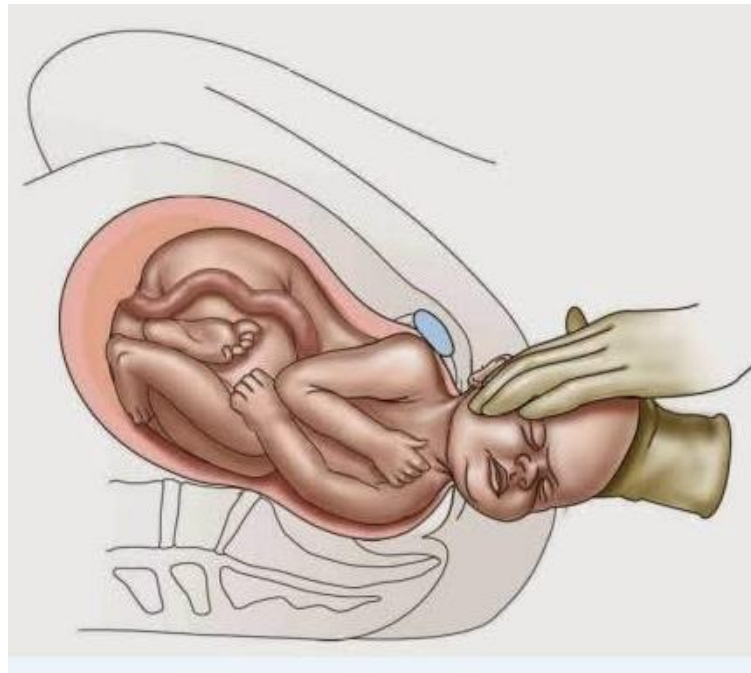


**DIKTAT**  
**KEPERAWATAN MATERNITAS I**  
**PERSALINAN**



**OLEH:**

**LILIS FATMAWATI, S.ST., M.Kes**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS GRESIK**  
**2018**

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, puji syukur kepada Allah SWT atas segala anugerah dan karunia-Nya sehingga Diktat persalinan ini dapat terwujud.

Diktat persalinan ini merupakan Diktat yang berisi materi / bahan ajar Keperawatan Maternitas I yaitu konsep persalinan, untuk mahasiswa Keperawatan (Ners) semester III. Saya berharap, diktat ini dapat menambah pengetahuan dan kompetensi Keperawatan Maternitas pada mahasiswa selama melaksanakan pendidikan pada program akademik maupun Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Gresik, sehingga nantinya menjadi lulusan Ners yang kompeten dan mampu bersaing di era globalisasi.

Kami sadar bahwa isi Diktat persalinan ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu saran maupun kritik dari pembaca kami terima dengan senang hati.

Gresik, 28 Juli 2018

**Lilis Fatmawati, S.ST., M.Kes**

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>KATA PENGANTAR.</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.</b> .....	<b>2</b>
2.1 Definisi Persalinan.....	2
2.2 Proses Persalinan. ....	2
2.3 Mekanisme Persalinaan. ....	5
2.4 58 Langkah Asuhan Persalinan. ....	6
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PERSALINAN NORMAL</b> .....	<b>12</b>
<b>BAB 4 PENUTUP.</b> .....	<b>28</b>
4.1 Kesmpilan. ....	28
4.2 Saran. ....	28
<b>DAFTAR PUSTAKA.</b> .....	<b>29</b>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Persalinan merupakan suatu proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai. Persalinan dibagi menjadi empat tahap penting dan kemungkinan penyulit dapat terjadi pada setiap tahap tersebut.

Pada persalinan terjadi perubahan fisik yaitu : ibu akan merasa sakit pinggang, sakit perut, merasa kurang enak, lelah, lesu, tidak nyaman, tidak bisa tidur nyenyak. Dan perubahan psikis yang terjadi yaitu merasa ketakutan sehubungan dengan diri sendiri, takut kalau terjadi bahaya terhadap dirinya pada saat persalinan, takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu, misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu, ketakutan karena anggapan sendiri bahwa persalinan itu merupakan hal yang membahayakan.

Ibu merupakan kesatuan dari Bio Psikososial Spiritual maka perlu perhatian khusus dari bidan yang dalam menyiapkan fisik dan mental guna meningkatkan serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan ibu yang mempunyai peran penting dalam mengatasi masalah melalui asuhan. Dalam melaksanakan asuhan, tenaga kesehatan dituntut memiliki wawasan yang luas, trampil dan sikap profesional, karena tindakan yang kurang tepat sedikit saja dapat menimbulkan komplikasi. Oleh karenanya diharapkan semua persalinan yang dialami ibu dapat berjalan normal dan terjamin pula keselamatan baik ibu dan bayinya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 DEFINISI PERSALINAN**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina atau jalan lahir ke dunia luar.

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hidup cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.

#### **2.2 PROSES PERSALINAN**

Pada proses persalinan menurut di bagi 4 kala yaitu :

##### 1. Kala 1 : Kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm).

Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

##### a. Fase laten

- Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- Pembukaan kurang dari 4 cm
- Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

##### b. Fase aktif

- Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat / 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10)
- Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu : Berdasarkan kurva

friedman :

- 1) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4cm
- 2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9cm
- 3) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm / lengkap

## 2. Kala II : Kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3menit sekali
- Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- Anus membuka : Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang terpimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- Primipara kala II berlangsung 1,5 jam - 2 jam
- Multipara kala II berlangsung 0,5 jam - 1 jam

Pimpinan persalinan

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup; dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas

## 3. Kala III : Kala uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1 – 5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir.

Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira – kira 100-200cc. Tanda kala III terdiri dari 2 fase :

a. Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

- *Schultze*

Data ini sebanyak 80 % yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula – mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

- *Duncan*

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%). Darah akan mengalir semua antara selaput ketuban

- *Serempak* dari tengah dan pinggir plasenta

b. Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu :

- *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada / diatas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

- *Klien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

- *Strastman*

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

- Rahim menonjol diatas symfisis

- Tali pusat bertambah panjang

- Rahim bundar dan keras

- Keluar darah secara tiba-tiba

4. Kala IV: Kala pengawasan

Yaitu waktu setelah bayi lahir dan uri selama 1-2 jam dan waktu dimana untuk

mengetahui keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.

### 2.3 MEKANISME PERSALINAN

Mekanisme persalinan merupakan gerakan-gerakan janin pada proses persalinan yang meliputi langkah sbb :

a. Turunnya kepala, meliputi :

- Masuknya kepala dalam PAP
- Dimana sutura sagitalis terdapat ditengah – tengah jalan lahir tepat diantara symfisis dan promontorium ,disebut synclitismus.Kalau pada synclitismus os.parietal depan dan belakang sam tingginya jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati symfisis atau agak kebelakang mendekati promontorium disebut Asynclitismus.
- Jika sutura sagitalis mendekati symfisis disebut asynclitismus posterior jika sebaliknya disebut asynclitismus anterior.

b. Fleksi

Fleksi disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

c. Putaran paksi dalam

Yaitu putaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symfisis.

d. Ekstensi

Setelah kepala di dasar panggul terjadilah distensi dari kepala hal ini disebabkan karena lahir pada intu bawah panggul mengarah ke depan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

e. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

f. Ekspulsi

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar sesuai arah punggung dilakukan pengeluaran anak dengan gerakan biparietal sampai tampak  $\frac{1}{4}$  bahu ke arah anterior dan posterior dan badan bayi keluar dengan sangga susur.



## 2.4 58 LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMAL

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua
  - a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
  - c. Perineum tampak menonjol
  - d. Vulva dan sfingter ani membuka
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia → tempat yang datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
  - a. Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
  - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakai celemek plastik
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) dan letakkan di partus set/wadah DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan DTT.
  - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
  - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
  - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam larutan klorin 0,5 %)
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dan rendam dalam

keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10. Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/menit).
  - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
11. Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif)
  - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran dengan benar
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
  - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara baik dan efektif
  - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - c. Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
  - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
  - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
  - f. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)
  - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
  - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm).

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Seka dengan lembut muka, mulut, dan hidung bayi dengan kasa/kain bersih.
21. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
  - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
  - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
22. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
23. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
24. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
25. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya).
26. Penilaian segera bayi baru lahir.
27. Keringkan tubuh bayi, bungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
28. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama.
29. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan penggungtingan (lindungi perut bayi) tali pusat diantara 2 klem tersebut.
30. Ganti handuk yang basah dengan handuk/kain baru yang bersih dan kering, selimuti dan tutup kepala bayi dan biarkan tali pusat terbuka. Tali pusat tidak perlu ditutup dengan kassa atau diberi yodium tapi dapat dioles dengan antiseptik.

- Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, lihat penatalaksanaan asfiksia
31. Berikan bayi kepada ibunya dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan untuk memulai pemberian ASI.
  32. Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu, periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
  33. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.
  34. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
  35. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
  36. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simpisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
  37. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
  38. Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas. Minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
  39. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai serung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
  40. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
  41. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
  42. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal dan pastikan selaput

- ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus
43. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan panjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
  44. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
  45. Celupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, bilas kedua tangan tersebut dengan air DTT dan keringkan dengan kain yang bersih dan kering.
  46. Selimuti bayi dan tutupi bagian kepalanya dengan handuk atau kain bersih dan kering.
  47. Minta ibu memulai pemberian ASI secara dini (30-60 menit setelah bayi lahir)
  48. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
    - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
    - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
    - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
    - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri
  49. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
  50. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
  51. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15menit selama 1jam pertama pascapersalinan dan setiap 30menit selama jam kedua pascapersalinan.
    - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan
    - b. Melakukan tindakan ynag sesuai untuk temuan yang tidak normal.
  52. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
  53. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
  54. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
  55. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
  56. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %.
  57. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, balikkan bagian dalam

keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10menit.

58. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV dan lakukan penimbangan bayi, beri tetes mata profilaksis dan vitamin K,

## BAB 3

### ASUHAN KEPERAWATAN PERSALINAN NORMAL

#### 1. Kala I

##### a. Pengkajian

##### 1) Anamnesa

- a) Nama, umur, dan alamat
- b) Gravida dan para
- c) Hari pertama haid terakhir (HPHT)
- d) Riwayat alergi obat
- e) Riwayat kehamilan sekarang: ANC, masalah yang dialami selama kehamilan seperti perdarahan, kapan mulai kontraksi, apakah gerakan bayi masih terasa, apakah selaput ketuban sudah pecah? Jika ya, cairan warnanya apa? Kental/ encer? Kapan pecahnya? Apakah keluar darah pervagina? Bercak atau darah segar? Kapan ibu terakhir makan dan minum? Apakah ibu kesulitan berkemih?
- f) Riwayat kehamilan sebelumnya
- g) Riwayat medis lainnya seperti hipertensi, pernafasan
- h) Riwayat medis saat ini (sakit kepala, pusing, mual, muntah atau nyeri epigastrium)

##### 2) Pemeriksaan fisik

- a) Tunjukkan sikap ramah
- b) Minta mengosongkan kandung kemih
- c) Nilai keadaan umum, suasana hati, tingkat kegelisahan, warna konjungtiva, kebersihan, status gizi, dan kebutuhan cairan tubuh
- d) Nilai tanda – tanda vital (TD, Nadi, suhu, dan pernafasan), untuk akurasi lakukan pemeriksaan TD dan nadi diantara dua kontraksi.
- e) Pemeriksaan abdomen
  - (1) Menentukan tinggi fundus
  - (2) Kontraksi uterus
  - (3) Palpasi jumlah kontraksi dalam 10 menit, durasi dan lamanya kontraksi
    - Memantau denyut jantung janin (normal 120-160x/menit)

- Menentukan presentasi (bokong atau kepala)
- Menentukan penurunan bagian terbawah janin
- Pemeriksaan dalam

(4) Nilai pembukaan dan penipisan serviks

(5) Nilai penurunan bagian terbawah dan apakah sudah masuk rongga panggul

(6) Jika bagian terbawah kepala, pastikan petunjuknya.

b. Diagnosa keperawatan

- 1) Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus selama persalinan
- 2) Kelelahan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan energy akibat peningkatan metabolisme sekunder akibat nyeri selama persalinan

c. Perencanaan

- 1) Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus selama persalinan

Tujuan: diharapkan ibu mampu mengendalikan nyerinya dengan

kriteria evaluasi ibu menyatakan menerima rasa nyerinya sebagai proses fisiologis persalinan

Intervensi:

- a) Kaji kontraksi uterus dan ketidaknyamanan (awitan, frekuensi, durasi, intensitas, dan gambaran ketidaknyamanan)

Rasional: untuk mengetahui kemajuan persalinan dan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu

- b) Kaji tentang metode pereda nyeri yang diketahui dan dialami

Rasional: nyeri persalinan bersifat unik dan berbeda-beda tiap individu. Respon terhadap nyeri sangat tergantung budaya, pengalaman terdahulu dan serta dukungan emosional termasuk orang yang diinginkan

- c) Kaji faktor yang dapat menurunkan toleransi terhadap nyeri

Rasional: mengidentifikasi jalan keluar yang harus dilakukan

- d) Kurangi dan hilangkan faktor yang meningkatkan nyeri

Rasional: tidak menambah nyeri klien

- e) Jelaskan metode pereda nyeri yang ada seperti relaksasi, massage, pola pernafasan, pemberian posisi, obat – obatan

Rasional: memungkinkan lebih banyak alternative yang dimiliki oleh ibu,



oleh karena dukungan kepada ibu untuk mengendalikan rasa nyerinya (Rajan dalam Henderson, 2006)

- f) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi ingin di tempat tidur anjurkan untuk miring ke kiri

Rasional: nyeri persalinan bersifat sangat individual sehingga posisi nyaman tiap individu akan berbeda, miring kiri dianjurkan karena memaksimalkan curah jantung ibu.

- g) Beberapa teknik pengendalian nyeri Relaksasi Massage

Rasional : Bertujuan untuk meminimalkan aktivitas simpatis pada system otonom sehingga ibu dapat memecah siklus ketegangan-ansietas-nyeri. Massage yang lebih mudah diingat dan menarik perhatian adalah yang dilakukan orang lain.

- 2) Kelelahan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan energy akibat peningkatan metabolisme sekunder akibat nyeri selama persalinan

Tujuan : Diharapkan ibu tidak mengalami kelelahan dengan

kriteria evaluasi: nadi:60-80x/menit(saat tidak ada his), ibu menyatakan masih memiliki cukup tenaga

Intervensi:

- a) Kaji tanda – tanda vital yaitu nadi dan tekanan darah

Rasional: nadi dan tekanan darah dapat menjadi indicator terhadap status hidrasi dan energy ibu.

- b) Anjurkan untuk relaksasi dan istirahat di antara kontraksi

Rasional: mengurangi bertambahnya kelelahan dan menghemat energy yang dibutuhkan untuk persalinan

- c) Sarankan suami atau keluarga untuk mendampingi ibu

Rasional: dukungan emosional khususnya dari orang – orang yang berarti bagi ibu dapat memberikan kekuatan dan motivasi bagi ibu

- d) Sarankan keluarga untuk menawarkan dan memberikan minuman atau makanan kepada ibu

Rasional: makanan dan asupan cairan yang cukup akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau kontraksi tidak teratur.

## 2. Kala II

### a. Pengkajian

- 1) Aktivitas /istirahat
  - a) adanya kelelahan, ketidak mampuan melakukan dorongan sendiri/relaksasi.
  - b) Letargi.
  - c) Lingkaran hitam di bawah mata.
- 2) Sirkulasi: tekanan darah dapat meningkat 5-10mmHg diantara kontraksi.
- 3) Integritas Ego
  - a) Respon emosional dapat meningkat.
  - b) Dapat merasa kehilangan control atau kebalikannya seperti saat ini klien terlibat mengejan secara aktif.
- 4) Eliminasi.
  - a) Keinginan untuk defikasi, disertai tekanan intra abdominal dan tekanan uterus.
  - b) Dapat mengalami rabas fekal saat mengejan.
  - c) Distensi kandung kemih mungkin ada , dengan urine dikeluarkan selama upaya mendorong.
- 5) Nyeri/ Ketidak nyamanan
  - a) Dapat merintih/ meringis selama kontraksi.
  - b) Amnesia diantara kontraksi mungkin terlihat.
  - c) Melaporkan rasa terbakar/ meregang dari perineum.
  - d) Kaki dapat gemetar selama upaya mendorong.
  - e) Kontraksi uterus kuat terjadi 1,5 – 2 mnt masing-masing dan berakhir 60-90 dtk.
  - f) Dapat melawan kontraksi , khususnya bila tidak berpartisipasi dalam kelas kelahiran anak.
- 6) Pernafasan: peningkatan frekuensi pernafasan.
- 7) Keamanan
  - a) Diaforesis sering terjadi.
  - b) Bradikardi janin dapat terjadi selama kontraksi
- 8) Sexualitas

- a) Servik dilatasi penuh( 10 cm) dan penonjolan 100%.
  - b) Peningkatan penampakan perdarahan vagina.
  - c) Penonjolan rectal/ perineal dengan turunnya janin.
  - d) Membrane mungkin rupture pada saat ini bila masih utuh.
  - e) Peningkatan pengeluaran cairan amnion selama kontraksi.
  - f) Crowning terjadi, kaput tampak tepat sebelum kelahiran pada presentasi vertex
- b. Diagnosa Keperawatan
- 1) Nyeri akut berhubungan dengan tekanan mekanik pada bagian presentasi , dilatasi/ peregangan jaringan , kompresi saraf, pola kontraksi semakin intense lama, hiperventilasi maternal.
  - 2) Resiko infeksi maternal b/d prosedur invasive berulang, trauma jaringan, pemajanan terhadap pathogen, persalinan lama atau pecah ketuban
- c. Perencanaan
- 1) Nyeri b/d tekanan mekanik pada presentasi, dilatasi/ peregangan jaringan, kompresi saraf, pola kontraksi semakin intensif  
Tujuan : diharapkan klien dapat mengontrol rasa nyeri dengan kriteria evaluasi :
    - a) Mengungkapkan penurunan nyeri
    - b) Menggunakan tehnik yang tepat untuk mempertahankan control.nyeri.
    - c) Istirahat diantara kontraksi
 Intervensi :
    - a) Identifikasi derajat ketidak nyamanan dan sumbernya.  
R/ Mengklarifikasi kebutuhan memungkinkan intervensi yang tepat.
    - b) Pantau dan catat aktivitas uterus pada setiap kontraksi.  
R/ Memberikan informasi tentangkemajuan kontinu, membantu identifikasi pola kontraksi abnormal
    - c) Berikan dukungan dan informasi yang berhubungan dengan persalinan.  
R/ Informasi tentang perkiraan kelahiran menguatkan upaya yang telah dilakukan berarti.
    - d) Anjurkan klien untuk mengatur upaya untuk mengejan.  
R/ Upaya mengejan spontan yang tidak terus menerus menghindari

efeknegatif berkenaan dengan penurunan kadar oksigen ibu dan janin.

- e) Bantu ibu untuk memilih posisi optimal untuk mengejan  
R/ Posisi yang tepat dengan relaksasi memudahkan kemajuan persalinan.
- f) Kaji pemenuhan kandung kemih, kateterisasi bila terlihat distensi.  
R/ Meningkatkan kenyamanan, memudahkan turunnya janin, menurunkan resiko trauma kantung kencing.
- g) Dukung dan posisikan blok sadel / anastesi spinal, local sesuai indikasi.  
R/ Posisi yang tepat menjamin penempatan yang tepat dari obat-obatan dan mencegah komplikasi.

2) Risiko infeksi maternal b/d prosedur invasive berulang, trauma jaringan, pemajanan terhadap pathogen, persalinan lama atau pecah ketuban

Tujuan : diharapkan tidak terjadi infeksi dengan

kriteria evaluasi : Tidak ditemukan tanda-tanda adanya infeksi.

Intervensi :

- a) Lakukan perawatan pariental setiap 4 jam.  
R/ Membantu meningkatkan kebersihan , mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.ah kliendan janin rentan pada infeksi saluran asenden dan kemungkinan sepsis.
- b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.  
R/ Dalam 4 jam setelah ketuban pecah akan terjadi infeksi .
- c) Lakukan pemeriksaan vagina hanya bila sangat perlu, dengan menggunakan tehnik aseptik  
R/ Pemeriksaan vagina berulang meningkatkan resiko infeksi endometrial.
- d) Pantau suhu, nadi dan sel darah putih.  
R/ Peningkatan suhu atau nadi  $> 100$  dpm dapat menandakan infeksi.
- e) Gunakan tehnik aseptis bedah pada persiapan peralatan.  
R/ Menurunkan resiko kontaminasi.

*Kolaborasi :*

- f) Berikan antibiotik sesuai indikasi  
R/ Digunakan dengan kewaspadaan karena pemakaian antibiotic dapat merangsang pertumbuhan yang berlebih dari organisme resisten

### 3. Kala III

#### a. Pengkajian

##### 1) Aktivitas/istirahat

Perilaku dapat direntang dari senang sampai keletihan.

##### 2) Sirkulasi

- a) Tekanan darah meningkat saat curah jantung meningkat kemudian
- b) Hipotensi dapat terjadi sebagai respon terhadap analgesik dan anastesi.
- c) Frekuensi nadi lambat pada respon terhadap perubahan jantung.

##### 3) Makanan/cairan: kehilangan darah normal 200-300ml.

##### 4) Nyeri/ketidaknyamanan: inspeksi manual pada uterus dan jalan lahir menentukan adanya robekan atau laserasi. Perluasan episiotomi atau laserasi jalan lahir mungkin ada.

##### 5) Seksualitas: darah yang berwarna hitam dari vagina terjadi saat plasenta lepas dari endometrium, biasanya dalam 1-5 menit setelah melahirkan bayi. Tali pusat memanjang pada muara vagina. Uterus berubah dari discoid menjadi bentuk globular.

##### 6) Pemeriksaan fisik

- a) Kondisi umum ibu: tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh), status mental klien.
- b) Inspeksi: perdarahan aktif dan terus menerus sebelum atau sesudah melahirkan plasenta.
- c) Palpasi: tinggi fundus uteri dan konsistensinya baik sebelum maupun sesudah pengeluaran plasenta.

#### b. Diagnosa keperawatan

##### 1) Risiko cedera (maternal) b/d posisi selama melahirkan/pemindahan, kesulitan dengan plasenta.

##### 2) Nyeri b/d trauma jaringan, respon fisiologis setelah melahirkan.

#### c. Perencanaan

##### 1) Risiko cedera (maternal) b/d posisi selama melahirkan/pemindahan, kesulitan dengan plasenta.

Tujuan : diharapkan tidak terjadi cedera maternal dengan kriteria evaluasi:

- a) Tidak terjadi tanda-tanda perdarahan.
- b) Kesadaran pasien bagus.

Intervensi :

Mandiri

- a) Palpasi fundus uteri dan masase perlahan.  
R/ Memudahkan pelepasan plasenta.
- b) Masase fundus secara perlahan setelah pengeluaran plasenta.  
R/ Menghindari rangsangan/trauma berlebihan pada fundus.
- c) Kaji irama pernapasan dan pengembangan.  
R/ Pada pelepasan plasenta. Bahaya ada berupa emboli cairan amnion dapat masuk ke sirkulasi maternal, menyebabkan emboli paru.
- d) Bersihkan vulva dan perineum dengan air larutan antiseptik, berikan pembalut perineal steril.  
R/ Menghilangkan kemungkinan kontaminan yang dapat mengakibatkan infeksi saluran asenden selama periode pasca partum.
- e) Rendahkan kaki klien secara simultan dari pijakan kaki.  
R/ Membantu menghindari regangan otot.
- f) Kaji perilaku klien, perhatikan perubahan SSP.  
R/ Peningkatan tekanan intrakranial selama mendorong dan peningkatan curah jantung yang cepat membuat klien dengan aneurisme serebral sebelumnya berisiko terhadap ruptur.
- g) Dapatkan sampel darah tali pusat untuk menentukan golongan darah.  
R/ Bila bayi Rh-positif dan klien Rh-negatif, klien akan menerima imunisasi dengan imunoglobulin Rh (Rh-Ig) pada pasca partum.

Kolaborasi

- h) Gunakan bantuan ventilator bila diperlukan.  
R/ Kegagalan pernapasan dapat terjadi mengikuti emboli amnion atau pulmoner.
- i) Berikan oksitosin IV, posisikan kembali uterus di bawah pengaruh anestesi dan berikan ergonovin maleat (ergotrat) setelah penempatan uterus kembali. Bantu dengan tampon sesuai dengan indikasi.  
R/ Meningkatkan kontraktilitas miometrium uterus.

j) Berikan antibiotik profilatik.

R/ Membatasi potensial infeksi endometrial.

2) Nyeri b/d trauma jaringan, respon fisiologis setelah melahirkan.

Tujuan : diharapkan nyeri hilang atau berkurang dengan

kriteria evaluasi :

a) Menyatakan nyeri berkurang dengan skala (0-3).

b) Wajah tampak tenang.

c) Wajah tampak tidak meringis.

Intervensi :

Mandiri

a) Bantu dengan teknik pernapasan selama perbaikan pembedahan bila tepat.

R/ Pernapasan membantu mengalihkan perhatian langsung dari ketidaknyamanan, meningkatkan relaksasi.

b) Berikan kompres es pada perineum setelah melahirkan.

R/ Mengkonstriksikan pembuluh darah, menurunkan edema dan memberikan kenyamanan dan anastesi lokal.

c) Ganti pakaian dan linen basah.

R/ Meningkatkan kenyamanan, hangat, dan kebersihan.

d) Berikan selimut hangat.

R/ Tremor/menggigil pada pasca melahirkan mungkin karena hilangnya tekanan secara tiba-tiba pada saraf pelvis atau kemungkinan dihubungkan dengan tranfusi janin ke ibu yang terjadi pada pelepasan plasenta.

Kolaborasi

e) Bantu dalam perbaikan episiotomi bila perlu.

R/ Penyambungan tepi-tepi memudahkan penyembuhan.

#### 4. Kala IV

##### a. Pengkajian

1) Aktivitas / Istirahat

Pasien tampak “berenergi” atau keletihan / kelelahan, mengantuk

2) Sirkulasi

a) Nadi biasanya lambat (50 – 70x / menit) karena hipersensitivitas vagal

b) TD bervariasi : mungkin lebih rendah pada respon terhadap analgesia /

anastesia, atau meningkat pada respon terhadap pemeriksaan oksitosin atau hipertensi karena kehamilan

- c) Edema : bila ada mungkin dependen (misal : pada ekstremitas bawah), atau dapat juga pada ekstremitas atas dan wajah atau mungkin umum (tanda hipertensi pada kehamilan)
  - d) Kehilangan darah selama persalinan dan kelahiran sampai 400 – 500 ml untuk kelahiran per vagina atau 600-800 ml untuk kelahiran sesaria
- 3) Integritas Ego
- a) Reaksi emosional bervariasi dan dapat berubah-ubah misal : eksitasi atau perilaku menunjukkan kurang kedekatan, tidak berminat (kelelahan), atau kecewa
  - b) Dapat mengekspresikan masalah atau meminta maaf untuk perilaku intrapartum atau kehilangan kontrol, dapat mengekspresikan rasa takut mengenai kondisi bayi baru lahir dan perawatan segera pada neonatal.
- 4) Eliminasi
- a) Hemoroid sering ada dan menonjol
  - b) Kandung kemih mungkin teraba di atas simpisis pubis atau kateter urinarius mungkin dipasang
  - c) Diuresis dapat terjadi bila tekanan bagian presentasi menghambat aliran urinarius dan atau cairan IV diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 5) Makanan / Cairan Dapat mengeluh haus, lapar, mual
- 6) Neurosensori: Hiperrefleksia mungkin ada (menunjukkan terjadinya dan menetapnya hipertensi, khususnya pada pasien dengan diabetes mellitus, remaja, atau pasien primipara)
- 7) Nyeri / Ketidaknyamanan. Pasien melaporkan ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya setelah nyeri, trauma jaringan / perbaikan episiotomi, kandung kemih penuh, atau perasaan dingin / otot tremor dengan “menggigil”
- 8) Keamanan
- a) Pada awalnya suhu tubuh meningkat sedikit (dehidrasi)
  - b) Perbaikan episiotomi utuh dengan tepi jaringan merapat
- 9) Seksualitas
- a) Fundus keras berkontraksi, pada garis tengah dan terletak setinggi



umbilikus

- b) Drainase vagina atau lochia jumlahnya sedang, merah gelap dengan hanya beberapa bekuan kecil
- c) Perineum bebas dari kemerahan, edema, ekimosis, atau rabas
- d) Striae mungkin ada pada abdomen, paha, dan payudara
- e) Payudara lunak dengan puting tegang

10) Penyuluhan / Pembelajaran. Catat obat-obatan yang diberikan, termasuk waktu dan jumlah

11) Pemeriksaan Diagnostik. Hemoglobin / Hematokrit (Hb/Ht), jumlah darah lengkap, urinalisis. Pemeriksaan lain mungkin dilakukan sesuai indikasi dari temuan fisik.

b. Diagnosa keperawatan

- 1) Nyeri akut b/d trauma mekanis / edema jaringan, kelelahan fisik dan psikologis, ansietas
- 2) Perubahan proses keluarga b/d transisi / peningkatan perkembangan anggota keluarga

c. Perencanaan

- 1) Nyeri akut b/d trauma mekanis / edema jaringan, kelelahan fisik dan psikologis, ansietas

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ... diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri, nyeri berkurang

Kriteria Evaluasi :

- a) Pasien melaporkan nyeri berkurang
- b) Menunjukkan postur dan ekspresi wajah rileks
- c) Pasien merasakan nyeri berkurang pada skala nyeri (0-2)

Intervensi :

- a) Kaji sifat dan derajat ketidaknyamanan, jenis melahirkan, sifat kejadian intrapartal, lama persalinan, dan pemberian anastesia atau analgesia

Rasional : Membantu mengidentifikasi faktor – faktor yang memperberat ketidaknyamanan nyeri

- b) Berikan informasi yang tepat tentang perawatan rutin selama periode pascapartum

Rasional : Informasi dapat mengurangi ansietas berkenaan rasa takut tentang ketidaktahuan, yang dapat memperberat persepsi nyeri

- c) Inspeksi perbaikan episiotomi atau laserasi. Evaluasi penyatuan perbaikan luka, perhatikan adanya edema, hemoroid

Rasional : Trauma dan edema meningkatkan derajat ketidaknyamanan dan dapat menyebabkan stress pada garis jahitan

- d) Berikan kompres es

Rasional : Es memberikan anestesia lokal, meningkatkan vasokonstriksi dan menurunkan pembentukan edema

- e) Lakukan tindakan kenyamanan (misalnya : perawatan mulut, mandi sebagian, linen bersih dan kering, perawatan perineal periodik)

Rasional : Meningkatkan kenyamanan, perasaan bersih

- f) Masase uterus dengan perlahan sesuai indikasi. Catat adanya faktor-faktor yang memperberat hebatnya dan frekuensi afterpain

Rasional : Masase perlahan meningkatkan kontraktilitas tetapi tidak seharusnya menyebabkan ketidaknyamanan berlebihan. Multipara, distensi uterus berlebihan, rangsangan oksitosin dan menyusui meningkatkan derajat after pain berkenaan dengan kontraksi miometrium

- g) Anjurkan penggunaan teknik pernafasan / relaksasi

Rasional : Meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan afterpain (kontraksi) dan masase fundus

- h) Berikan lingkungan yang tenang, anjurkan pasien istirahat

Rasional : Persalinan dan kelahiran merupakan proses yang melelahkan. Dengan ketenangan dan istirahat dapat mencegah kelelahan yang tidak perlu

- i) Kolaborasi : pemberian analgesik sesuai kebutuhan

Rasional : Analgesik bekerja pada pusat otak, yaitu dengan menghambat prostaglandin yang merangsang timbulnya nyeri

- 2) Perubahan proses keluarga b/d transisi / peningkatan perkembangan anggota keluarga

Tujuan : diharapkan keluarga dapat menerima kehadiran anggota keluarga

yang baru

Kriteria Evaluasi :

- a) Menggendong bayi saat kondisi ibu dan neonatus memungkinkan
- b) Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dengan anak

Intervensi :

- a) Anjurkan pasien untuk menggendong, menyentuh, dan memeriksa bayi  
Rasional : Jam-jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan untuk terjadinya ikatan keluarga, karena ibu dan bayi secara emosional saling menerima isyarat yang menimbulkan kedekatan dan penerimaan
- b) Anjurkan ayah untuk menyentuh dan menggendong bayi dan membantu dalam perawatan bayi, sesuai kondisi  
Rasional : Membantu memfasilitasi ikatan / kedekatan di antara ayah dan bayi. Ayah yang secara aktif berpartisipasi dalam proses kelahiran dan aktivitas interaksi pertama dari bayi, secara umum menyatakan perasaan ikatan khusus pada bayi
- c) Observasi dan catat interaksi bayi – keluarga, perhatikan perilaku untuk menunjukkan ikatan dan kedekatan dalam budaya khusus  
Rasional : Kontak mata dengan mata, penggunaan posisi menghadap wajah, berbicara dengan suara tinggi dan menggendong bayi dihubungkan dengan kedekatan antara ibu dan bayi
- d) Catat pengungkapan / perilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat / kedekatan  
Rasional : Datangnya anggota keluarga baru, bahkan sekalipun sudah diinginkan menciptakan periode disequilibrium sementara, memerlukan penggabungan anak baru ke dalam keluarga yang ada.
- e) Terima keluarga dan sibling dengan senang hati selama periode pemulihan bila diinginkan oleh pasien dan dimungkinkan oleh kondisi ibu / neonatus dan lingkungan  
Rasional : Meningkatkan unit keluarga, dan membantu sibling untuk memulai proses adaptasi positif pada peran baru dan masuknya anggota baru dalam struktur keluarga.
- f) Anjurkan dan bantu pemberian ASI, tergantung pada pilihan pasien dan

keyakinan / praktik budaya

Rasional : Kontak awal mempunyai efek positif pada durasi pemberian ASI, kontak kulit dengan kulit, dan mulainya tugas ibu meningkatkan ikatan

g) Berikan informasi mengenai perawatan segera pasca kelahiran

Rasional : Informasi menghilangkan ansietas yang mungkin mengganggu ikatan atau hasil dari “self absorption” lebih dari perhatian pada bayi baru lahir

## **IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL YANG BERHUBUNGAN**

Potensial terjadinya partus lama

Dasar :

1. Ibu inpartu kala I awal
2. Ibu hamil anak pertama

## **IDENTIFIKASI KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA / KOLABORASI**

Tidak ada

## **RENCANA MANAJEMEN**

1. Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
  - a. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini
  - b. Jelaskan kondisinya saat ini
  - c. Jelaskan tentang kemajuan persalinan
2. Persiapan ruangan untuk persalinan
3. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang dibutuhkan
4. Persiapan rujukan
5. Dukung dan anjurkan suami atau keluarga untuk mendampingi ibu
6. Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan
7. Anjurkan ibu supaya tetap mendapat asupan nutrisi selama persalinan
8. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya
9. Jelaskan manfaat meneran efektif dan ajarkan serta pimpin ibu meneran yang baik dan

efektif

10. Jaga lingkungan tetap bersih untuk pencegahan infeksi
11. Yakinkan ibu bahwa persalinan akan lancar
12. Lakukan pengawasan kala II / observasi dengan partograf

## **IMPLEMENTASI LANGSUNG**

1. Memberitahukan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, bahwa;
  - a. Kondisi ibu saat ini telah memasuki proses persalinan dengan ada tanda-tanda persalinan yaitu mulas-mulas pada perut bagian bawah keluar lendir berwarna kecoklatan bercampur sedikit darah
  - b. Kondisi bayinya sehat dengan posisi normal dan DJJ 134 x/menit
  - c. Proses persalinannya telah memasuki 3-4 cm
2. Menyiapkan ruangan untuk persalinan
3. Menyiapkan perlengkapan persalinan
  - a. Menyiapkan alat persalinan : partus set, heating set, radian warner
  - b. Menyiapkan alat resusitasi
  - c. Menyiapkan pakaian bayi
  - d. Menyiapkan alat penanganan syok dan perdarahan
4. Mempersiapkan rujukan jika terjadi penyulit dalam persalinan
5. Mendukung dan menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu
6. Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan
7. Menganjurkan ibu supaya tetap mendapat asupan nutrisi selama persalinan dengan makan dan minum
8. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih
9. Menjelaskan manfaat meneran efektif pada ibu yaitu apabila ibu meneran dengan baik, dapat membantu mempercepat penurunan kepala dan pengeluaran bayi  
Mengajarkan dan memimpin ibu cara mengejan yang baik dan efektif yaitu mengejan yang dilakukan pada saat his dan bila telah memasuki kala II persalinan sehingga diafragma berfungsi lebih baik, badan ibu dilengkungkan dan dengan dagu di dada, kaki ditarik kearah badan sehingga lengkungan badan dapat membantu mendorong janin.
10. Menjaga lingkungan tetap bersih untuk pencegahan infeksi
11. Meyakinkan ibu bahwa persalinan akan lancar

12 Melakukan pengawasan kala II dengan partograf

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 KESIMPULAN**

Bahwa dalam menegakkan diagnosa yang tepat maka haruslah dilakukan pengkajian pada ibu yang akan bersalin secara menyeluruh yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan laboratorium.

Dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses bersalin penolong (bidan) harus memahami kondisi psikologi ibu dan langkah pada memberikan pertolongan dengan harapan persalinan berlangsung aman, nyaman, dan bersih tanpa adanya komplikasi yang mungkin terjadi.

Bahwa psikologi ibu dalam bersalin juga perlu diperhatikan yaitu dengan mengikutsertakan orang terdekat sehingga ibu mendapat support selama persalinan, karena dengan psikologi ibu yang baik juga berpengaruh baik dengan proses persalinan

#### **4.2 SARAN**

1. Dalam menolong persalinan agar berpedoman pada 58 langkah asuhan persalinan normal serta tidak mengabaikan aseptik dan antiseptik dalam penanganannya lebih memperhatikan kebutuhan klien baik fisik dan mental yaitu dengan melakukan pengkajian menyeluruh sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif.
2. Hendaknya selalu memberikan dorongan dan semangat kepada ibu, dan selalu membantu ibu dalam proses persalinan dan memenuhi kebutuhannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dongoes, M.E., (2009). *Rencana Keperawatan Maternal Bayi : Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Klien* (terjemahan). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Herdman, T. Heather. (2012). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. (2008). *Buku Acuan nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: EGC
- Rohani, Saswita, R. Marisah. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifuddin, Abdul Bari. (2010). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo