

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN *GRANDEMULTIPARA* DI RSUD ABEPURA

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura*



OLEH :

YAGOLINA YAGOLI
NIM. PO.71.24.4.09.102

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
JAYAPURA 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN *GRANDEMULTIPARA* DI RSUD ABEPURA”.

Telah mendapat Persetujuan Pembimbing dan dapat diajukan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya kebidanan pada :

Hari : Jumat
Tanggal : 05 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

SEKRETARIS



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Susana Ramandey, S.SoS, M.Kes
NIP. 19550924 197812 2 002
2. Suryati Romauli, S.ST
NIP. 19770921 200501 2 006


(.....)

(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

Hidup ini indah pada akhirnya, jika kita mau bersabar dan terus berusaha untuk selalu memberikan yang terbaik
(Bidan Yagolina, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Kedua orang tuaku yang tersayang (Yan Yagoli dan Ana P) yang selalu mendukungku.
2. Suamiku tercinta (Dotius Doga) dan kedua Puteriku yang tersayang (W. Isona Doga dan Rosalina Doli Doga) yang kucintai dan kusayangi yang memberikan motivasi dan membuatku merasa sangat berarti menjadi seorang ibudan selalu memberikan motivasi dalam perkuliahan ini.
3. Kedu Adikku (Ester dan Nius Y) yang selalu Mendukungku
4. Rekan – rekan seperjuangan Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
5. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Karena berkah dan anugrah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang Penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan *Grandemultipara* di RSUD Abepura”.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., M.Sc sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes mantan Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura sekaligus sebagai Dosen pembimbing I atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Heni Voni Rerey, SKM., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
4. Saaty Kadiwaru, S.ST selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Direktur RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada Penulis untuk melakukan Asuhan kebidanan.

6. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
7. Buat Keluarga Bapak Lukas dan Kakak Nalgen Yagoli yang membantuku selama mengikuti perkuliahan.
8. Buata dik Naftali Yagoli dan Istrinya Yeni Yagoli beserta anaknya yang slelau menjaga dan menemani anak- anakku
9. Buat adik – adkku (Jai, Walek dan Charno) yang selalu menghiburku.
10. Teman-teman se-Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
11. Rental Peace yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Dengan segala kerendahan hati, Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu kiritik dan saran sangatlah Penulis harapkan demi perbaikan ke depan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari Penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa, selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Jayapura, Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	4
BAB II LANDASAN TEORI	
A. Konsep Dasar Persalinan.....	6
B. Konsep Dasar <i>Grandemulti</i>	16
C. Manajemen Asuhan Kebidanan	18
BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	26
B. Tinjauan Kasus	30

BAB IV PEMBAHASAN.....	57
-------------------------------	-----------

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	59
--------------------	----

B. Saran.....	59
---------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia turun rata-rata 35 persen berkisar 342,900 pada tahun 2008 (www.yipd.com) Dari penelitian ini disimpulkan perempuan yang meninggal karena proses kehamilan dan persalinan turun lebih dari 35 persen secara global dalam kurun waktu 30 tahun terakhir. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tetap tinggi dikawasan ASEAN walaupun sudah terjadi penurunan dari 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003) menjadi 226 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2010 (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan data dari kementerian kesehatan (Riskesdas tahun 2007) menyebutkan bahwa penyebab langsung kematian ibu, 28% karena perdarahan, *eklamsia* (24%), komplikasi *puerperium* (8 %), abortus (5%), partus macet/lama (5%), *trauma obstetrik* (5%), *emboli obstetrik* (3%), dan lain-lain (11%) (www.depkes.go.id/2010). Sedangkan di Provinsi Papua, angka kematian ibu melahirkan sebanyak 396 per 100.000 kelahiran hidup. (www.nasional.kompas.com/2010). Berdasarkan data RSUD Abepura dari bulan januari – November 2010, tercatat ibu bersalin sebanyak 2478 ibu dan yang dinyatakan *grandemulti* sebanyak 47 ibu (1,89%).

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) ini tidak terlepas dari masih tingginya angka kehamilan yang tidak diinginkan. Disisi lain masih banyak ditemukan kehamilan yang tidak ideal (terlalu banyak, terlalu muda, terlalu tua, dan terlalu dekat), yang sangat membahayakan bagi kesehatan ibu atau lebih dikenal dengan “4T”. Saat ini di Indonesia, ibu bersalin dengan resiko tinggi berkaitan dengan kehamilan 4T (BKKBN, 2007).

Salah satu penyebab kematian ibu seperti yang disebutkan di atas adalah terlalu banyak. *Grandemulti* adalah persalinan bagi wanita yang telah melahirkan *janin aterm* lebih dari lima kali (Manuaba, 2010).

Persalinan dengan *grande multipara* juga merupakan penyebab sekunder presentasi muka, karena menyebabkan defleksi kepala. Faktor usia relatif tua juga dapat menyebabkan inkoordinasi kontraksi otot rahim. Kejadian retensio plasenta juga berkaitan dengan *grande multipara* dengan *implantasi plasenta adhesive*, *plasenta akreta*, *plasenta inkreta*, dan *plasenta perkreta* (Manuaba, 2010).

Penatalaksanaan komplikasi yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu, perlu diantisipasi adanya keterbatasan kemampuan untuk menatalaksakan komplikasi pada jenjang pelayanan tertentu. Kompetensi petugas, pengenalan jenis komplikasi dan ketersediaan sarana pertolongan menjadi penentu bagi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi yang umumnya akan selalu berbeda menurut derajat, keadaan dan tempat terjadinya (Wiknjosastro, 2009).

Melihat hal tersebut di atas, maka Penulis memilih suatu kasus di RSUD Jayapura dengan judul **“Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan *Grandemultipara* di RSUD Abepura”**

B. RUMUSAN MASALAH

Sesuai dengan latar belakang tersebut, maka Penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana cara melakukan pengkajian pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?
2. Bagaimana cara menginterpretasi dan merumuskan diagnosa pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?
3. Bagaimana cara menentukan diagnosa potensial pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?
4. Bagaimana cara melaksanakan tindakan segera pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?
5. Bagaimana cara membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu *inpartu* dengan *Grandemulti* ?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?
7. Bagaimana melakukan evaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* ?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Agar Penulis dapat melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- b. Merumuskan diagnosa aktual pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- c. Menegakkan diagnosa potensial pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- d. Menentukan dan melakukan tindakan segera pada *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- e. Membuat rencana asuhan secara komprehensif pada *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- f. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada *inpartu* dengan *grandemultipara*.
- g. Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilaksanakan *inpartu* normal dengan *grandemultipara*.

D. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi Penulis

- a. Dapat mengaplikasikan asuhan kebidanan yang benar dan tepat sesuai dengan ilmu yang diperoleh.
- b. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

2. Bagi Rumah Sakit

Dengan penerapan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *Grandemulti* secara komprehensif, diharapkan menjadi suatu acuan penerapan asuhan kebidanan.

3. Bagi Institusi

Agar dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya dalam menerapkan asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan *grandemulti*.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR PERSALINAN

1. Definisi

Persalinan atau *inpartu* adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu) lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2008).

Persalinan atau *inpartu* adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandung melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan alat atau kekuatan sendiri (Manuaba, 2010).

2. Etiologi

Selama kehamilan terjadi *braxton hicks* (kontraksi yang tidak teratur tanpa rasa nyeri), yang mungkin mendekati persalinan berubah menjadi kontraksi yang terkoordinasi disertai rasa nyeri dan sangat efisien untuk membuka servix uteri. Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan pasti/jelas (Manuaba, 2010).

Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil (Manuaba, 2010), yaitu :

a. Estrogen

- 1) Meningkatkan sensitivitas otot rahim.

- 2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

b. Progesteron

- 1) Menurunkan sensitivitas otot rahim.
- 2) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis.
- 3) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Perubahan – perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus adalah penurunan kadar hormone progesterone dan ekstrogen 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Perubahan keseimbangan esktrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan hypofisis posterior menimbulkan kontraksi dalam bentuk braxtron hicks (Manuaba, 2010).

3. Klasifikasi

Klasifikasi persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

a. Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Bila persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Manuaba, 2010).

Klasifikasi berdasarkan tuanya kehamilan, adalah :

a. Persalinan Prematuritas

Pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 28 – 36 minggu dengan Berat janin antara 1000 gram – 2500 gram.

b. Persalinan Maturitas

Pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 37 – 40 minggu dan berat janin diatas 2500 gram.

c. Persalinan Postmaturitas atau Serotinus

Pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi 2 minggu atau lebih dari tafsiran persalinan (Prawirohardjo, 2008).

Persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

Kala I : Mulai dari saat persalinan dimulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Terbagi dalam 2 fase yaitu fase laten (8 jam) pembukaan servix 0-3 cm dan fase aktif (7 jam) pembukaan 4 – 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

Kala II : Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini bisa berlangsung 2 jam pada primi dan 2 jam pada multi.

Kala III : Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung < 30 menit.

Kala IV : Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Saifuddin, 2002).

4. Gambaran Klinik

Tanda - tanda persalinan adalah sebagai berikut :

a. Persalinan kala I

1). Terjadinya his persalinan

Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifatnya teratur interval makin pendek kekuatan semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2). Pengeluaran lendir dan darah (*Bloody show*)

Pendataran dan pembukaan menyebabkan lendir dikanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3). Pengeluaran cairan

4). Terjadinya proses pembukaan serviks yang dibagi dalam 2 fase, antara lain :

a). Fase laten

Dari pembukaan 0 cm - 3 cm berlangsung lebih lama, kontraksi uterus ; ringan, tidak teratur, frekwensi 5-30 menit atau 1-2 kali dalam 10-30 menit, lamanya 10 - 30 detik., lendir warna coklat/merah muda, jumlahnya sedikit.

b). Fase aktif

Pembukaan 4 – 10 cm berlangsung lebih cepat, kontraksi uterus kuat bila sudah mendekati pembukaan lengkap disertai rasa ingin mengedan teratur, jarak dari 5 menit sampai dengan

3 menit, lamanya 30-60 detik, kuat. turunnya bagian terdepan, primi dan multi sama 3 - 4 cm. penampilan ibu gelisah, dahi berkeringat, perasaan ingin meneran, anus teregang dan membuka pada menjelang pembukaan lengkap.

Kala I pada primipara berlangsung 12 jam sedangkan pada multipara 8 jam . Pembukaan pada primipara terjadi 1 cm/ jam dan pada multipara terjadi 2 cm/jam.

b. Persalinan kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir, Tandanya :

- 1). His lebih kuat dengan interval 2-3 menit, durasi 50-100 detik.
- 2). Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3). Tiap His disertai rasa mengedan karena kepala sudah masuk panggul dan menekan otot-otot dasar panggul dan merasa tekanan pada rectum.
- 4). Perineum menonjol dan anus melebar.
- 5). Kepala membuka pintu.
- 6). Suboksiput sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya, disusul oleh badan dan anggota gerak janin.

c. Persalinan kala III atau kala pelepasan urin

Setelah bayi lahir kontraksi uterus berhenti 5-10 menit dengan lahirnya bayi, sudah mulai terjadinya pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot rahim. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- 1). Uterus menjadi bundar
- 2). Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3). Tali pusat bertambah panjang.
- 4). Terjadi perdarahan.
- 5). Plasenta akan lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir (Manuaba, 2010).

d. Persalinan kala IV

Tanda – tanda persalinan kala IV

- 1). Fundus uteri berkontraksi kuat dan berada di umbilikus atau dibawah umbilikus.
- 2). Luka robekan pada perineum membutuhkan jahitan.
- 3). Pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc.
- 4). Kandung kemih tidak penuh.
- 5). Kondisi ibu lelah, haus, ibu ingin memegang bayinya (Saifuddin, 2002).

5. Diagnosa

Diagnosa persalinan ditegakkan apabila terdapat tanda- tanda persalinan. Tiap kala – kala pada persalinan dari kala I sampai kala IV .

Tanda-tanda persalinan atau diagnosa persalinan kala I dapat ditemukan melalui :

- a. Anamnesis didapat; nyeri perut sampai belakang disertai pengeluaran lendir dan darah.

- b. Pada pemeriksaan fisik ; didapatkan His yang adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 menit).
- c. Pada inspekulo dan pemeriksaan dalam di dapatkan pengeluaran lendir dan darah dari vagina (*bloody show*) dan adanya pembukaan lengkap.

Diagnosa persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm dan palpasi kontraksi his yang adekuat.

Diagnosa persalinan kala III adalah persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal cukup bulan dan bayi normal.

Diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi lain atau tidak. Tidak ada tanda- tanda kesulitan pernapasan, APGAR > 7 pada menit ke -5 , tanda – tanda vital stabil, berat badan $\geq 2,5$ kg. Selain itu ditemukan kontraksi uterus yang baik, dan merupakan mekanisme fisiologi yang menghentikan perdarahan dan pengeluaran plasenta.

Diagnosa pada kala IV ditegakkan melalui palpasi ; didapatkan tonus uterus tetap berkontraksi, posisi dibawah umbilicus. Inspeksi : perdarahan tidak berlebihan dibawah 500 cc. bila didapatkan tanda-tanda seperti di atas maka, involusi berjalan normal (Saifuddin, 2002).

6. Penanganan

Menurut Buku Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal (2008), penanganan yang diberikan pada ibu dalam proses persalinan diberikan sesuai dengan kala – kala dalam persalinan yaitu kala I, II, III, dan IV.

a. Kala I

- 1) Menghadirkan orang yang dekat dengan ibu seperti suami, keluarga pasien, dan lain- lain.
- 2) Mengatur aktivitas, posisi ibu dan mengatasi rasa panas.
- 3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada His.
- 4) Menjaga privasi ibu.
- 5) Memberikan penjelasan tentang kemajuan persalinan.
- 6) Menyiapkan larutan klorin 0.5 % dan larutan DTT.
- 7) Mengatasi rasa panas.
- 8) Menyiapkan tempat sampah (medis, basah, kering)
- 9) Mempersiapkan alat partus, obat uterotonika, dan alat resusitasi.

b. Kala II

- 1) Memberikan dukungan terus – menerus.
- 2) Mengipas dan masase.
- 3) Menjaga kebersihan diri.
- 4) Mengatur posisi ibu .
- 5) Memberikan dukungan mental.
- 6) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- 7) Memberikan cukup minum.
- 8) Memimpin mendedan
- 9) Mengatur nafas selama persiapan.
- 10) Pemantauan denyut jantung bayi setelah kontraksi.

11) Melahirkan bayi :

Letakkan tangan kiri ke kepala bayi agar defekasi tidak terlalu cepat, menahan perineum dengan tangan kanan dengan memakai duk steril, mengusap muka bayi. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi, Lalu membiarkan kepala mengadakan putaran paksi luar. Melahirkan bahu dan anggota badan seluruhnya, dengan cara kepala dipegang secara biparietal, lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan lakukan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu dilahirkan, tangan kanan menyanggah bahu dan tangan kiri menyusuri punggung sampai pergelangan kaki bayi dan mencekap pergelangan kaki bayi maka lahirlah tubuh bayi seluruhnya.

12) Merangsang bayi dan Nilai Apgar.

c. Kala III

- 1) Memberikan oksitosin 10 UI IM.
 - a) Oksitosin diberikan 2 menit setelah bayi dilahirkan.
 - b) Oksitosin 10 UI IM dapat diulang setelah 15 menit jika plasenta masih belum lahir.
 - c) Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting susu ibu atau berikan asi pada bayi agar menghasilkan oksitosin alamiah.
- 2) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- 3) Melakukan palpasi/ masase pada fundus uteri.
- 4) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).

- a) Satu tangan diletakkan tepat diatas symphysis, dorso cranial. Selama kontraksi tangan mendorong korpus uteri dengan gerakan ke arah fundus uteri.
- b) Tangan yang satu memegang tali pusat dan melakukan tarikan pengangan tali pusat terkendali $\pm 5 - 10$ cm didepan vulva yang terus- menerus dengan tegangan yang sama (PTT). Ulangi Langkah-langkah PTT pada setiap kontraksi sampai plasenta terlepas. Begitu plasenta tampak di luar vulva dengan gerakan ke bawah dan ke atas sesuai jalan lahir. Kedua tangan menangkap plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk melahirkan selaput ketuban.
- c) Masase fundus agar menimbulkan kontraksi.
- d) Observasi kesadaran umum dan tanda-tanda vital serta pengeluaran pervaginam tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- e) Periksa kelengkapan plasenta dan robekan jalan lahir.

d. Kala IV

- 1) Ikat tali pusat dan merawatnya dengan alkohol 70 %
- 2) Periksa fundus dan masase (15 menit pada jam I dan 30 menit pada jam II).
- 3) Anjurkan ibu makan dan minum.
- 4) Bersihkan ibu dan kenakan pakaian.
- 5) Istirahatkan ibu.

6) Meningkatkan hubungan ibu dan bayi.

7) Anjurkan ibu menyusui bayinya.

8) Menolong ibu ke kamar mandi.

Mengajari ibu dan anggota keluarga untuk memeriksa fundus agar menimbulkan kontraksi dan tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Wiknjosastro, 2008).

B. KONSEP DASAR *GRANDEMULTI*

1. Definisi

Grandemulti adalah persalinan bagi wanita yang telah melahirkan *janin aterm* lebih dari lima kali (Manuaba, 2010). Apabila seorang ibu hamil *grandemulti* jika tidak ditangani dengan menggunakan manajemen kebidanan yang tepat dan benar, maka pada ibu tersebut akan timbul komplikasi.

2. Komplikasi

Komplikasi-komplikasi yang mungkin timbul pada kehamilan *grandemulti* adalah :

a. Ibu

- 1) Kelainan letak karena dinding *uterus* yang lebih longgar
- 2) Letak sungsang
- 3) Letak lintang
- 4) Gangguan *kardiovaskuler* : *Hypertensi*
- 5) Anemia dalam kehamilan
- 6) *Placenta previa*

b. Bayi

- 1) BBLR
- 2) Kelahiran *prematur*
- 3) *Down syndrome* (Mochtar, R. 2007)

3. Resiko

- a. Insiden kelainan *fetus* pada bayi meningkat.
- b. *Infertilitas* yang lampau sering dan waktu yang tersedia untuk kehamilan yang akan datang terbatas.
- c. Kecenderungan untuk melahirkan secara *sectio caesaria*
- d. Masalah-masalah dengan *Diabetes Mellitus* dan *Hipertensi*.
- e. Persalinan yang lebih sulit dan lama (kehamilan diatas 30 tahun)

4. Penyakit lain

- a. *Hipertensi*
- b. *Mioma uteri*
- c. Dan *ischemia* rahim yang dapat menyebabkan *hypoksia janin*

Persalinan bagi wanita yang *grandemulti* berusia 30 – 40 tahun akan lebih lama dibandingkan dengan wanita yang berusia di bawah 30 tahun. Karena *serviks* pada wanita yang berusia 30-40 tahun tidak berdilatasi secara mudah seperti pada wanita yang berusia di bawah 30 tahun. Kontraksi rahim tidak secepat yang terjadi pada wanita yang berusia di bawah 30 tahun dan perdarahan *post partum* pada wanita yang berusia diatas 30 tahun mungkin berlangsung lebih lama dan lebih banyak (kehamilan di atas 30 tahun).

C. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, *nifas*, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009).

1. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* terdiri dari (Muslihatun, dkk, 2009).

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien

- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney dalam Muslihatun, dkk (2009)

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

a. Langkah 1. Pengumpulan data dasar

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

- 1) Riwayat Kesehatan.
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.

4) *Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.*

b. Langkah 2. Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar *nomenklatur* diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- 1) Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
- 2) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- 4) Didukung oleh Dinical Judgement dalam praktik kebidanan.
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

c. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

d. Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan *prenatal* saja, tetapi juga selama

wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu nifas dengan perdarahan.

e. Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

f. Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

3. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas 1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001 dalam Muslihatun dkk (2009) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009).

a. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesis*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai

kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

b. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (*Assessment*)

A (Analysis/Assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

d. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil

analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *Planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation*/evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi

analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN DAN TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

1. Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Abepura

RSUD Abepura tipe C dengan peraturan daerah No. 8 tahun 1998 oleh menteri dalam negeri dengan SK. No. 78 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di UU dengan gambaran daerah provinsi Dati I Irla No. 162 tanggal 16 Juli 1998 dengan terpmuhinya persyaratan suatu RS, maka di usul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu RS milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang non komersial, RSUD Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang, rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan pertinatologi meliputi : ruang ICU, VIP dan ruangan kelas.

Tercapai kriteria sebagai RS tipe C dapat dilihat dah beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

a. Struktur organisasi

- 1) Direktur
- 2) Seksi keperawatan

- 3) Seksi pelayanan
- 4) Sub bagian
- 5) Sub seksi
- 6) Urusan
- 7) Instansi kebidanan
- 8) Komite medis dan staf medis fungsional

b. Ketenagaan

1) Medis

Terdiri dari Dokter umum sebanyak 31 orang, Dokter spesialis sebanyak 12 orang dan Dokter gigi sebanyak 3 orang

2) Paramedis

Jumlah paramedis sebanyak 16 orang terbagi atas perawat sebanyak 93 orang, bidan 18 orang, gizi 18 orang, Kesehatan lingkungan, 9 orang, Analisis 8 orang radiologi, 4 orang, farmasi 5 orang, fisioterapi 4 orang, dan anastesi 1 orang.

3) Non Medis

Sebanyak 2 orang terbagi atas SMA 1 orang dan rekam medis 1 orang.

c. Wewenang dan tanggung jawab

1) Tugas pokok

Rumah sakit umum daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan

pengecekan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

2) Fungsi

- a) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- b) Menyelenggarakan pelayanan medis
- c) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d) Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- f) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- g) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

3. Gambaran Umum Ruang Bersalin

Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu *inpartu*, nifas baik patologi maupun fisiologi ginekologi.

- a. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruangan bersalin
 - 1) Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
 - 2) Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruangan bersalin
 - 3) Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin
 - 4) Membuat program kerja tahunan
 - 5) Kepala ruangan bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
- b. Instansi di bagi ke dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin. Ruang bersalin terdiri dari
 - 1) Kamar bersalin (VK)

- 2) Ruang nifas : rang pre operasi dan post operasi masing - masing
ada penanggung jawab ruangan
- c. Ruangan bersalin memiliki 5 kamar rawat inap yang terdiri dari
 - 1) Kamar kelas I dua buah dengan dua tempat tidur
 - 2) Kamar kelas II satu buah dengan dua tempat tidur
 - 3) Kamar kelas III dua buah dengan 14 tempat tidur
 - 4) Kamar VIP satu buah dengan satu tempat tidur
 - 5) Kamar isolasi satu buah dengan satu tempat tidur
- d. Ruangan VK (kamar bersalin)
 - 1) Menerima pasien baru yang akan bersalin (*inpartu*) baik fisiologi maupun patologi
 - 2) Melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan melakukan anamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pemeriksaan obstetric, konsultasi dengan dokter obgin dan tenaga kesehatan lainnya.
- e. Ruangan Nifas/rawat gabung
 - 1) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu post partum, baik yang fisiologi maupun patologi
 - 2) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan gangguan kehamilan, dan ibu hamil yang menderita suatu penyakit.
- f. Fasilitas pelayanan diruangan bersalin RSUD Abepura cukup memadai

B. TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU *INPARTU* DENGAN *GRANDEMULTIPARA* RUANG VK RSUD ABEPURA

Tanggal Pengkajian : 27 April 2011 Jam : 18.30 Wit

Tempat : Ruang VK RSUD Abepura

Oleh : Yagolina Yagoli

LANGKAH I : PENGKAJIAN

I. Data Dasar

Ibu		Suami	
Nama	: Ny. M.R	Nama	: Tn. V
Umur	: 34 Tahun	Umur	: 40 Tahun
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Pendidikan	: SLTA	Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Suku / Bangsa	: Serui/Indonesia	Suku / Bangsa	: Serui/Indonesia
Nikah	: 1	Nikah	: 1
Lama nikah	: 7 Tahun	Lama nikah	: 7 Tahun
Alamat rumah	: Polimak	Alamat rumah	: Polimak

1. Keluhan Utama : Ibu masuk ruang bersalin tanggal 27 April 2011 jam 18.30 Wit dengan keluhan terasa sakit perut, menjalar ke tulang belakang disertai dengan keluar tanda lendir campur darah melalui jalan lahir.

2. Riwayat keluhan utama : Ibu mersa sakit sejak tanggal 27 April 2011

jam 05.00 Wit dan keluar lendir campur darah

sejak jam 12.00 Wit

3. Riwayat kehamilan sekarang :

a. Gravida : G V P IV A 0

b. HPHT : 18 Juli 2010 TP : 25 April 2011

c. Usia kehamilan : 39 minggu

d. ANC : 1 kali di Puskesmas Elly Uyo

e. Imunisasi TT : 1 x di Puskesmas Elly Uyo

f. Pergerakan janin dirasakan oleh ibu : Sejak kehamilan 20 mgg.

4. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	Tahun	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Kelamin	Berat Badan (gr)	Keadaan Ibu & bayi	Lama Nifas	Usia Anak
1	2005	Aterm	Spontan	Bidan	L	3000	Baik	40 hari	6 thn
2	2007	Aterm	Spontan	Bidan	P	3400	Bai	40 hari	4 thn
3	2009	Aterm	Spontan	Bidan	P	3000	Baik	40 hari	2 thn
4	2010	Aterm	Spontan	Bidan	P	3400	Baik	40 hari	1 thn
5		Hamil ini	-	-	-		-	-	

5. Riwayat pola reproduksi :

a. Manarche umur : 12 tahun

b. Siklus haid : 28 hari

c. Durasi haid : 5-6 hari

d. Banyaknya : 2 kali ganti pembalut

e. Sifat darah haid : Encer

- f. Bau / warna : Amis/merah segar
- g. Gangguan waktu haid : Tidak ada
- 6. Riwayat keluarga berencana :
 - a. Pernah ber KB : Tidak pernah
- 7. Riwayat kesehatan lalu :
 - a. Penyakit yang pernah diderita : Tidak ada
 - b. Riwayat opname : Tidak pernah
 - c. Riwayat pembedahan : Tidak pernah
 - d. Penyakit serius yang diderita : Tidak ada
- 8. Riwayat keluarga :
 - a. Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
 - b. Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada
 - c. Riwayat keluarga yang meninggal : Tidak ada
 - d. Riwayat persalinan kembar : Tidak ada
- 9. Keadaan Psiko – Sosial :
 - a. Klien : Senang dengan kehamilannya
 - b. Suami : Menerima anak yang akan dilahirkan
- 10. Latar Belakang Sosial Budaya

Ibu dan suami berasal dari suku Serui dan telah lama menetap di Jayapura.
- 11. Dukungan dari keluarga : Baik
- 12. Keadaan sosial ekonomi : Penghasilan setiap bulan cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga perbulan

13. Pola kehidupan sehari – hari

No	Kegiatan	Frekuensi
1	Pola Nutrisi - Frekuensi makan - Napsu makan - Makanan kesukaan/ minuman - Makanan pantangan - Jumlah minum sehari – hari	3- 4 x/hari Kurang Semua jenis Tidak ada 6-8 gelas
2	Kebiasaan yang mempengaruhi Kehamilan - Merokok - Obat penenang - Jamu/obat tradisional	Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Eliminasi BAB - Frekwensi - Bau dan warna - konsistensi	1 x/hari Bau busuk Lembek
4	Eliminasi BAK - Frekwensi - Bau / warna	4 – 5 x/hari Amoniak/ kuning
5	Pola Tidur dan istirahat - Tidur siang - Tidur malam	3 - 4 jam 8 – 9 jam
6	Olah raga dan rekreasi	Jalan pagi
7	Hygiene Personal - Frekwensi mandi - Pakai sabun mandi - Dikeringkan dengan handuk - Frekwensi sikat gigi - Sikat gigi dengan odol - Frekwensi cuci rambut - Memakai shampo	2 x hari Ya Ya 2 x hari Ya 2 x seminggu Ya

II. Data Obyektif

1. Keadaan Umum

Pemeriksaan tanda vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/m

Respirasi : 20 x/m

Suhu badan : 36,7⁰ C

2. Pemeriksaan

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Penampilan : Sesuai umur

Ekspresi : Tampak gelisah/kesakitan

Antropometri

BB sebelum hamil : 58 kg

BB terakhir : 68 Kg

TB : 160 cm

Kenaikan BB : 10 Kg

LILA : 25 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala :

Keadaan : Bersih, tidak teraba benjolan dan nyeri tekan

2) Muka

Ekspresi	: Meringis
Oedem	: Tidak ada
Cloasma gravidarum	: Ada

3) Mata

Bentuk	: Simetris
Conjungtiva	: Tidak pucat
Sclera	: Tidak ikterus
Penglihatan	: Jelas

4) Hidung

Pengeluaran cairan/sekret	: Tidak ada
Kebersihan	: Bersih
Nyeri tekan	: Tidak ada

5) Telinga

Lubang telinga	: Bersih
Pendengaran	: Jelas

6) Mulut

Keadaan gigi	: Baik
Caries	: Tidak ada
Lidah	: Bersih
Mukosa mulut	: Lembab
Kebersihan	: Baik

7) Leher

Kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran

Kelenjar limfe : Tidak ada pembesaran

8) Dada

Irama pernafasan : Normal

Tarikan dinding dada : Normal

9) Payudara

Bentuk : Simetris K/K, membesar

Puting susu : Menonjol

Kebersihan : Baik

Hyperpigmentasi Areola : Ada

Pengeluaran colostrum : Ada

Pembesaran kelenjar Axila : Tidak ada

10) Abdomen

Perut : Membesar sesuai usia kehamilan

Striae : Ada

Keadaan pusat : Bersih

Bekas operasi : Tidak ada

11) Vulva/Vagina

Keadaan perineum : Baik

Flour albus : Tidak ada

Varices : Tidak

Pengeluaran : Lendir campur darah

12) Tungkai bawah

Bentuk : Simetris K/K

Oedem : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Refleks Patella : (+) kanan/kiri

13) Pemeriksaan Jantung dan Paru – Paru

Jantung : Tidak diperiksa

Paru – Paru : Tidak diperiksa

c. Pemeriksaan Obstetrik

1) Palpasi secara Leopold

Leopold I : TFU 3 jari dibawah symphysis dan fundus
uteri 34 cm), teraba bulat dan lebar

Leopold II : Memanjang, punggung kiri

Leopold III : Bagian terendah kepala

Leopold IV : Bagian terendah (3/5)

2) His :

Frekuensi : 2 - 3 x dalam 10 menit

Durasi : 40 detik, kuat

Kekuatan : Sedang

Relaksasi : Ada

Gerakan janin : Kuat

3) Auskultasi

Denyut jantung janin : 140 x/menit, jelas dan teratur

4) Tafsiran berat janin : $(34 - 11) \times 155 = 3565$ gr (Rumus Jonhson – Tausak)

5) Pemeriksaan dalam pertama (I)

Tanggal 27 - 04 - 2011 Jam 18.30 Wit

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tebal, lunak

Pembukaan : 4 cm

Ketuban : (+)

Presentase : Kepala

Petunjuk : UUK kiri depan

Penurunan : 3/5

Kesan panggul : Cukup

Pengeluaran : Lendir campur darah

d. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 27 April 2011

Darah

HB : 11,2 gr%

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa

Ibu : Umur 34 tahun, G V, P IV, A 0 umur kehamilan 39 minggu,
inpartu kala I, Fase aktif dengan *grandemultipara*

Janin : Intra uteri, presentase kepala, tunggal, hidup, normal

Vulva/Vagina	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tipis, lunak
Pembukaan	: 4 cm
Ketuban	: (+)
Warna	: (-)
Presentase	: Kepala
Petunjuk	: Sutura sagitalis melintang
Penurunan	: Kepala 3/5 Hodge II
Kesan panggul	: Luas

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Infomasikan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Observasi HIS dan BJA setiap 30 menit
3. Observasi TTV setiap 30 menit
4. Hadirkan suami atau keluarga terdekat
5. Ajarkan ibu teknik relaksasi pernapasan
6. Beri makan dan minum pada ibu
7. Anjurkan ibu tidur miring kiri
8. Pantau kemajuan persalinan dengan mengisi partograf tiap 4 jam

9. Siapkan partus set, obat uterotonika dan alat – alat pencegahan infeksi
10. Siapkan pakaian ibu dan bayi
11. Beri support pad aibu
12. Anjurkan ibu kencing tiap 2 jam
13. Melakukan pemeriksaan dalam kedua (II)

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 27 April 2011 Jam : 18.30 Wit Oleh : Mhs. Yagolina Yagoli

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dalam keadaan baik
2. Mengobservasi HIS dan BJA setiap 30 menit
 - a. His :
 - Frekuensi : 2 - 3 x dalam 10 menit
 - Durasi : 40 detik, kuat
 - Kekuatan : Sedang
 - Relaksasi : Ada
 - Gerakan janin : Kuat
 - b. Auskultasi : Denyut jantung janin 140 x/menit, jelas dan teratur
3. Mengobservasi TTV setiap 30 menit
 - TD : 100/80 mmHg ND : 80 x/m,
 - R : 24 x/m SB : 37⁰ C.
4. Menghadirkan suami atau keluarga terdekat
5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pernapasan
6. Menganjurkan ibu tidur miring kiri
7. Memantau kemajuan persalinan dengan mengisi parthograf tiap 4 jam

8. Memberi ibu makan (nasi, sayur dan lauk) serta memberi ibuminum air putih
9. Menyiapkan partus set dan obat uterotonika
10. Mempersiapkan pakaian ibu dan bayi
11. Mensupport ibu dengan cara memberi dukungan moril, agar ibu selalu berdoa, agar persalinan dapat berjalan dengan lancar
12. Menganjurkan ibu kencing tiap 2 jam
13. Melakukan PD ulang kedua (II) jam 23.30 Wit, hasilnya :

Vulva/Vagina	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tidak teraba
Pembukaan	: Lengkap (10 cm)
Ketuban	: (-)
Warna	: Putih keruh
Presentase	: Kepala
Petunjuk	: UUK kiri depan
Penurunan	: Kepala 0/5
Kesan panggul	: Cukup

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 27 April 2011 Jam : 18.40 Wit Oleh : Mhs. Yagolina Yagoli

1. Telah di informasikan dan ibu mengerti
2. His dan BJA dalam batas normal
3. TTV batas normal
4. Suami dan keluarga telah hadir
5. Ibu mengerti teknik relaksasi dan pernapasan yang diajarkan

6. Ibu sudah makan dan minum
7. Sudah disiapkan partus set dan obat uterotonika
8. Pakaian ibu dan bayi sudah disiapkan
9. Ibu dalam keadaan tenang
10. Ibu telah berkemih.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II
Tanggal 27 April 2011 Jam : 23.35 Wit

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

Data Subjektif :

1. Ibu ingin mendedan
2. Ibu merasa ingin BAB
3. Ibu mengeluh sakit semakin sering dan kuat

Data Objektif :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : 110/80 mmHg
 - Nadi : 80 x menit
 - Respirasi : 24 x menit
 - Suhu badan : 37,2°C
4. Nampak vulva dan anus membuka
5. Perineum meregang
6. His:
 - Frekuensi : 4 –x/10 menit
 - Durasi : 40 - 50 detik
 - Relaksasi : Baik
 - Kekuatan : Kuat dan teratur
7. BJA : 140 x/menit

8. Hasil PD jam 23.30 Wit

Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
 Portio : Tidak teraba
 Pembukaan : Lengkap (10cm)
 Ketuban : (-)
 Warna : Putih keruh
 Presentase : Kepala
 Petunjuk : UUK kiri depan
 Penurunan : 0/5
 Kesan panggul : Cukup

LANGKAH II : INTERPRETAS DATA DASAR

Ibu : Umur 34 thn, G V, P IV, A 0 umur kehamilan 39 minggu, *inpartu* kala
 II, dengan *grandemultipara*

Janin : Intra uteri, tunggal, hidup, presentase kepala, normal

LANGKAH III : DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH IV : KEBUTUHAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Pastikan pembukaan sudah lengkap
2. Informasikan hasil pemeriksaan
3. Ajar ibu teknik mengedan yang baik dan benar
4. Hadirkan suami atau keluarga terdekat
5. Anjurkan suami atau keluarga beri minum diluar his
6. Pimpin ibu mengedan pada saat ada his dan perasaan mau mengedan
7. Beri pujian pada ibu
8. Letakkan handuk diatas perut ibu dan alas underderpet dibawah bokong ibu
9. Dekatkan alat dan buka bak steril
10. Pakai sarung tangan
11. Lakukan vulva hygiene
12. Lakukan penahanan perineum saat kepala mencapai diameter 5-6 cm
13. Cek lilitan tali pusat
14. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar
15. Cekap kepala bayi secara biparetal
16. Lakukan sangah susur untuk melahirkan badan anak secara keseluruhan
17. Nilai keadaan bayi
18. Letakkan bayi diatas perut ibu
19. Catat jam tanggal kelahiran, tidak dilakukan IMD karena ibu gelisah

LANGKAH V : IMPLEMENTASI

Tanggal 27 April 2011 Jam : 23.35 Wit

1. Memastikan pembukaan sudah lengkap
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan
3. Mengajar ibu teknik mengedan yang baik dan benar
4. Menghadirkan suami atau keluarga terdekat
5. Menganjurkan suami atau keluarga beri minum diluar his
6. Memimpin ibu mengedan pada saat ada his dan perasaan mau mengedan
7. Memberi pujian pada ibu
8. Meletakkan handuk diatas perut ibu dan alas underderpet dibawah bokong ibu
9. Mendekatkan alat dan buka bak steril
10. Memakai sarung tangan
11. Melakukan vulva hygiene
12. Melakukan penahanan perineum saat kepala mencapai diameter 5-6 cm
13. Mengecek lilitan tali pusat
14. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar
15. Mencekap kepala bayi secara biparetal, dibawah kebawah untuk melahirkan bahu depan dan dibawah keatas untuk melahirkan bahu belakang,
16. Melakukan sangga kepala bayi diantara kepada bahu, susur punggung bayi ke arah bokong bayi dan cekap kedua kaki bayi, maka lahirlah seorang bayi laki – laki.
17. Menilai keadaan bayi
18. Meletakkan bayi diatas perut ibu
19. Mencatat jam tanggal kelahiran

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 27 April 2011

Jam : 23.45 Wit

1. Ibu mengatakan sangat gembira dan bahagia karena anaknya lahir dengan selamat

2. Ibu mengatakan perut masih terasa mules

3. Ibu merasa haus dan lelah

4. Bayi lahir spontan, letak belakang kepala

Jenis kelamin : Laki-laki

Berat badan : 3500 gram

Panjang badan : 48 cm

Apgar score : 9/10

Cacat/caput : Tidak ada

LK: 30 cm

LD: 31 cm

5. Ibu keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

6. Placenta belum lahir

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III
Tanggal 27 April 2011 Jam : 23.45 Wit

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

DATA SUBJEKTIF :

1. Ibu mengeluh perut mules dibagian bawah
2. Placenta belum lahir

DATA OBJEKTIF :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Tanda-tanda vital :
TD : 110/80 mmHg
ND : 80 x menit
Res : 24 x menit
SB : 37°C
4. Tinggi fundus uteri : 1 jari bawah pusat
5. Kontraksi Uterus baik
6. Perdarahan pervaginam $\pm$ 50 cc
7. Tali pusat nampak menjulur di luar vagina
8. Placenta belum lahir

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Ibu : Umur 34 thn, P V, A 0, *multipara* kala III, Normal dengan
grandemultipara

LANGKAH III : DIAGNOSA PEOTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH IV : KEBUTUHAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Cek fundus uteri
2. Beri injeksi oxytocin 10 UI (I ampul) IM
3. Lakukan Peregangannya Tali Pusat Terkendali (PTT)
4. Pindahkan klem
5. Lahirkan plasenta dengan peregangannya tali pusat terkendali
6. Lakukan massase uterus
7. Periksa kelengkapan plasenta
8. Lakukan pemeriksaan jalan lahir
9. Nilai kontraksi uterus
10. Ajarkan ibu cara massase uterus
11. Ukur perdarahan Kala III
12. Periksa TTV

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 27 April 2011 Jam : 23.47 Wit Oleh : Mhs. Yagolina Yagoli

1. Mengecek fundus uteri : Tidak ada janin kedua
2. Memberi injeksi oxytocin 10 UI (I ampul) IM jam 23.48 Wit
3. Melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT),
4. Memindahkan klem 5 – 10 cm di luar vulva
5. Melahirkan plasenta dengan peregangan tali pusat terkendali

Hasil pada jam 23.55 Wit

Inersio tali pusat : Centralis

Kotiledon : Utuh + selaput

Panjang tali pusat : 50 cm

Berat placenta : 500 gram

Diameter : 18 x 17 x 1,5 cm

6. Melakukan massase uterus
7. Memeriksa kelengkapan plasenta
8. Melakukan pemeriksaan jalan lahir
9. Menilai kontraksi uterus (kontraksi uterus baik dan kuat)
10. Mengajarkan ibu cara massase uterus
11. Mengukur perdarahan Kala III
12. Memeriksa TTV

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal: 27 April 2011

Jam 23.55 Wit

S :

1. Ibu merasa lega karena ari-ari sudah lahir
2. Ibu merasa capek dan lelah

O :

1. Plasenta :

Placenta lahir spontan lengkap dengan selaput dan kotiledon

Inersio tali pusat : Centralis

Kotiledon : Utuh + selaput

Panjang tali pusat : 50 cm

Berat placenta : 500 gram

Diameter : 18 x 17 x 1,5 cm

2. Kontraksi utereus : Baik
3. Tinggi fundus uteri : 2 jari dibawah pusat
4. Jumlah perdarahan : $\pm$ 150 cc
5. Keadaan umum ibu : Baik
6. Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

ND : 80 x menit

Res : 24 x menit

SB : 37°C

A : Ibu Umur 34 tahun, P V, A 0, Partus Kala III, normal

P : Observasi TTV, kontraksi Uterus, TFU dan perdarahan

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA KALA IV
Tanggal 27 April 2011 Jam : 23.55 Wit

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

DATA SUBJEKTIF :

1. Ibu merasa senang karena plasenta telah lahir
2. Ibu mengatakan perut terasa mules dan nyeri pada jalan lahir

DATA OBJEKTIF :

1. Tanggal 27 - 04 - 2011 Jam : 23.55 Wit
2. Plasenta lahir spontan, lengkap dengan kotiledon dan selaputnya
3. Perineum ruptur tingkan 1 hecing, jelujur
4. Jumlah darah $\pm$ 150 cc
5. Kontraksi uterus baik (keras)
6. TFU : 2 jari bawah pusat
7. Kandung kemih kosong
8. TTV (TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/m, R : 24 x/m, SB : 37,2⁰C)

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Ibu : Umur 34 tahun, P V, A0, Multi para Kala IV, Normal grande multi
dengan Ruptur perineum tingkat I

LANGKAH III : DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak Ada

LANGKAH IV : KEBUTUHAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Periksa perineum pasca hecing
2. Bersihkan ibu dilengkapi dengan pakaian
3. Periksa :
 - TTV 15 menit pada jam 1
 - kontraksi
 - Perdarahan, kandung kemih tiap 15 menit pada jam ke 1 dan 30 menit pada jam ke -2
4. Berikan asupan makanan dan minum
5. Anjurkan menyusui bayi
6. Anjurkan pengosongan kandung kemih
7. Dekontaminasi alat-alat bekas pakai dalam larutan clorin 0,5 % 10 menit.
8. Buat laporan dan lengkapi partograf

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 27 April 2011 Jam 23.55 wit

1. Memeriksa perineum pasca hecing
2. Membersihkan ibu dilengkapi dengan pakaian
3. Memeriksa :
 - a. TTV 15 menit pada jam 1 dan 30 menit pada jam ke 2

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/m

Respirasi : 20 x/m

Suhu badan : 37⁰C

- b. Kontraksi baik
 - c. Perdarahan : sedikit
 - d. Kandung Kemih kosong
4. Memberikan asupan makanan dan minum
 5. Menganjurkan ibu menyusui bayi
 6. Menganjurkan pengosongan kandung kemih
 7. Mendekontaminasi alat-alat bekas pakai dalam larutan clorin 05 % 10 menit.
 8. Membuat laporan dan melengkapi partograf

LANGKAH VII : EVALUASI

(2 jam post partum)

Tanggal 28 April 2011

Jam 01.55 wit

1. Keadaan Umum : Baik
2. TTV (TD : 120/80 mmHg, ND : 80 x/m, R : 20 x/m, SB : 37⁰C)
3. Palpasi : TFU: 2 jari bawah pusat
 - Kontraksi : baik
 - Kandung kemih : Kosong
4. Ibu sudah makan dan minum
5. Ibu sedang menyusui bayinya

6. Alat didekontaminas
7. Laporan partograf sudah dibuat/dilengkapi
8. Jam 07.00 Wit ibu sudah dipindahkan ke Ruang Rawat Gabung.

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan yang diberikan pada Ny. MR saat masuk ruang bersalin tanggal 27 April 2011 jam 18.30 Wit dengan keluhan terasa sakit perut, menjalar ke tulang belakang disertai dengan keluar tanda lendir campur darah melalui jalan lahir.

Data subjektif berdasarkan pengkajian ibu umur ibu 34 tahun dengan umur kehamilan ibu 39 minggu, G V, P IV, A 0, pembukaan 4 cm, tanda – tanda vital (TD : 120/80 mmHg, ND : 80 x/m, Res : 20 x/m, SB : 36,7°C). Berdasarkan pengkajian tersebut yang diinterpretasikan dengan diagnosa pada ibu mur 34 tahun, G V, P IV, A 0 umur kehamilan 39 minggu, *inpartu* kala I, Fase aktif dengan *grandemultipara*.

Pesalinan dengan grande multipara juga merupakan penyebab sekunder presentasi muka, karena menyebabkan defleksi kepala. Faktor usia relatif tua juga dapat menyebabkan inkoordinasi kontraksi otot rahim. Kejadian retensio plasenta juga berkaitan dengan grande multipara dengan *implantasi plasenta adhesive*, *plasenta akreta*, *plasenta inkreta*, dan *plasenta perkreta* (Manuaba, 2010).

Berdasarkan faktor – faktor di atas, berdasarkan pengkajian masalah potensial yang dapat menjadi aktual adalah potensial terjadinya lecet. Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi adalah dengan menyusun rencana asuhan berdasarkan masalah potensial tersebut.

Implementasi yang dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan tersebut dengan pada jama pertama (tanggal 27 April 2011, Jam 18.30 Wit) dengan memantau His, BJA, TTV setiap 30 menit, menghadirkan keluarga agar ibu merasa tenang, memberikan asupan gizi dan memantau kemajuan persalinan dengan mengisi partograf tiap 4 jam. Hal ini sesuai dengan teori berdasarkan asuhan persalinan normal.

Pentingnya pemantauan kemajuan persalinan dengan mengisi partograf, agar komplikasi pada ibu *inpartu* kala 1 fase aktif untuk mencegah atau dapat melakukan tindakan segera bila ditemukan penyulit saat persalinan kala 1 berlangsung dengan hasil pemeriksaan dalam kedua tanggal 27 April 2011 Jam 23.30 Wit dengan hasil vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan lengkap (10 cm), ketuban negatif (sudah pecah), warna putih keruh, presentase kepala, petunjuk UUK kiri depan, penurunan kepala 0/5, dengan kesan panggul cukup dan ibu siap bersalin tanpa ada komplikasi pada kala satu.

Asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* pada kala I : 6 jam, kala II : 5 menit, Kala III : 10 menit dengan total jam persalinan 6 jam 15 menit, perdarahan $\pm$ 50 cc dan tidak terjadi perdarahan, oleh karena Penulis mengambil tindakan rencana akhir pada kala III sebelum placenta lahir atau 1 menit setelah bayi lahir diberikan injeksi oksitocin 10 unit menit sesuai fungsi obat dan sebagainya dalam mengambil keputusan untuk klien, sehingga perdarahan tidak terjadi.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Asuhan kebidanan yang penulis lakukan pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara* adalah dengan melakukan pengawasan pada kala I, II, III dan IV mengingat persalinan dengan *grandemultipara* berpotensi terjadi gawat ibu dan janin.

Tindakan atau penanganan yang tepat berdasarkan asuhan yang disusun untuk mencegah komplikasi yang dapat timbul selama kala I dengan menggunakan partograf sebagai tanda kemajuan persalinan. Asuhan yang diberikan dapat dikatakan berhasil yang didasarkan persalinan berjalan lancar tanpa ada komplikasi atau penyulit dalam persalinan.

B. SARAN – SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan petugas dapat memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif secara menyeluruh dalam melakukan pengawasan pada kala I, sehingga potensial terjadi komplikasi dapat dicegah.
- b. Diharapkan memberikan motivasi dan dukungan moril pada ibu, agar ibu tetap tenang, sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar.

2. Bagi Institusi pendidikan

Sebagai bahan referensi atau informasi dalam pelayanan asuhan kebidanan yang telah diberikan, khususnya bagi mahasiswa jurusan kebidanan dalam melakukan pemantauan kala I pada ibu *inpartu* dengan *grandemultipara*.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN, 2007. *Angka Kematian Ibu di Indonesia*, www.BKkbn.go.id. Diakses pada tanggal 15 Juni 2011.
- Depkes RI, 2007. *Penyebab Tingginya Angkanya Kematian di Indonesia*, www.kemeneg.go.id. Diakses pada tanggal 15 Juni 2011.
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Pendidikan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta.
- Mochtar, R. 2007. *Sinopsis Obstetri*, EGC, Jakarta.
- Muslihatun, dkk, 2009. *Dokumentasi Kebidanan*, Fitramaya, Jakarta.
- Saifuddin, 2002. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Depkes RI, Jakarta.
- , 2008. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2008. *Buku Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*, Depkes RI, Jakarta.
- www.nasional.kompas.com/2010. *Masih Tingginya AKI di Indonesia*. Diakses pada tanggal 15 Juni 2011.