

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN NORMAL DI RUMAH (KELUARGA) DI KOTARAJA JAYAPURA

Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Kebidanan

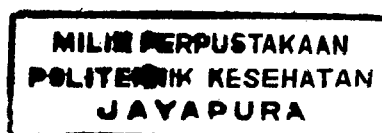


Oleh :

NAMA : SRI ASTUTI

NIM : PO.71.24.4.06.36

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
T A H U N 2 0 0 8**



LEMBAR PERSETUJUAN

**Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANAN PADA PERSALINAN NORMAL di Rumah (Keluarga)
Di Kotaraja Jayapura
Tahun 2008 ”**

**Telah Disetujui untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada Politeknik Kesehatan Jayapura.**

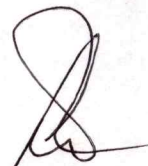
Jayapura ,30 Agustus 2008

Pembimbing I



**Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681**

Pembimbing II



**Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659**

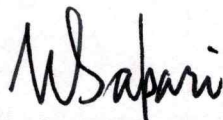
LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna
menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada :

H a r i : Jumat
Tanggal : 5 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

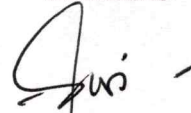
K e t u a



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681

Sekretaris

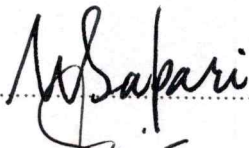


Susana Ramandey, S.Sos.M.Kes

NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681
2. Susana Ramandey, S.Sos.M.Kes
NIP. 140 120 760
3. Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659

(..... )
(..... )
(..... )

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, atas limpah dan rahmat-Nya sehingga kami dapat mewujudkan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN NORMAL DI RUMAH (KELUARGA)** di Kotaraja “

Kami berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan memberi manfaat bagi siapa saja yang ingin menambah pengalaman dalam melakukan asuhan pada klien yang berhubungan dengan persalinan normal di rumah keluarga

Kami menyadari adanya keterbatasan-keterbatasan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, kami membuka hati untuk menerima saran dan kritik yang membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini lebih bermakna.

Bersama ini kami menyampaikan rasa terima kasih atas segala bantuan dan petunjuk Ibu Dra. Welmintje Sapari, M.Kes dan Ibu Frederika Rumaropen, S.ST , selaku pembimbing I dan II , karena atas segala bimbingannya maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat kami selesaikan.

Terima kasih kami ucapkan pula kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Papua Bpk. Yan Piet Rumakewi, SKM., MM., para pembantu direktur, para staf dosen, serta seluruh karyawan yang telah memberi petunjuk selama kami mengikuti pendidikan pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua.
2. Ketua Jurusan beserta Staf Dosen Kebidanan atas darma bakti yang telah diberikan demi tambahannya wawasan dan pengetahuan serta inspirasi hingga kami dapat menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Direktur RSUD Jayapura yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua

4. Kepala Puskesmas Hedam Abepura , serta semua staf yang telah memberikan bantuan dan bimbingan dalam penanganan kasus kebidanan selama kami melakukan praktek klinik .
5. Klien dan keluarga yang dengan tulus telah bersedia sebagai bahan dalam penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan Normal di rumah keluarga
6. Kepada seluruh teman-teman mahasiswa Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua yang telah memberikan semangat , kerja sama yang baik dalam melengkapi buku-buku sebagai bahan referensi , serta saling memberikan informasi selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

Akhirnya kami sampaikan penghargaan dan terima kasih yang terhingga kepada suami tercinta, anak-anak tersayang atas pengorbanan dan pengertian serta dukungan sehingga memberikan kelancaran dalam menjalani masa-masa awal hingga akhir pendidikan. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas segala budi baiknya dan senantiasa menyertai kita semua

Jayapura, 30 Agustus 2008

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**LAKUKAN SEBAIK - BAIKNYA
APA YANG ADA DI TANGANMU !!!**

*Dengan hati yang tulus dan penuh syukur Karya Tulis Ilmiah ini
kupersembahkan kepada :*

1. Bapak dan Ibu terkasih yang telah berkorban dan tidak henti-hentinya berdoa untuk-ku hingga Aku berguna bagi semua
2. Suami dan Anak-anak tercinta sebagai sumber inspirasi dalam belajar dan berkarya
3. Adik-adikku yang selalu memberikan semangat juang demi kemajuan sesame
4. Almamater-ku Politeknik Kesehatan Papua yang kubanggakan, semoga dapat menciptakan insane kesehatan yang berkualitas

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	.....	iii
KATA PENGANTAR	.....	iv
MOTTO	.....	vi
DAFTAR ISI	.....	vii
BAB I PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang	.....	1
B. Tujuan Penulisan	.....	5
C. Rumusan Masalah	.....	6
D. Manfaat Penulisan	.....	7
BAB II LANDASAN TEORI		
A. Persalinan Normal	.....	8
1. Pengertian	.....	8
2. Klasifikasi Persalinan	.....	8
a) Persalinan Biasa (Normal )	.....	8
b) Persalinan Luar Biasa (Abnormal )	.....	8
3. Fisiologi Persalinan	.....	9
a) Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan	.....	9
b) Tanda-tanda permulaan persalinan	.....	10
c) Tanda-tanda persalinan	.....	11
d) Faktor-faktor penting dalam persalinan	.....	11
e) Tahapan-tahapan persalinan	.....	11
f) Pimpinan persalinan	.....	13
Kala I	.....	13
Kala II	.....	14

Kala III	15
Kala IV	16
g) Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada persalinan dirumah	17
B. Manajemen Kebidanan	20
1. Definisi	20
2. Tujuan	20
3. Hasil yang diharapkan	20
4. Prinsip Proses Manajemen	20
5. Proses Manajemen	21
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Manajemen Kala I	26
B. Manajemen Kala II	42
C. Manajemen Kala III	49
D. Manajemen Kala IV	52
Kunjungan rumah hari pertama	57
Kunjungan rumah hari ketiga	63
Kunjungan rumah hari ketujuh	68
BAB IV PEMBAHASAN	75
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	77
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) memperkirakan sekitar 500 ribu wanita hamil di dunia menjadi korban proses reproduksi setiap tahun dan sekitar 4 juta bayi meninggal karena penanganan kehamilan dan persalinan yang kurang bermutu, sebagian besar kematian ibu dan bayi terjadi di Negara-negara berkembang termasuk Indonesia .

Kematian ibu merupakan salah satu masalah, karena angka kematian ibu (AKI) sampai saat ini masih cukup tinggi. Pada tahun 2002 di dunia diperkirakan 400 per 100.000 kelahiran hidup (Abouzahr, 2003). Untuk ASEAN : Sri Lanka 23, Nepal 593, Bangladesh 390, Korea 105, India 407, Myanmar 180, Thailand 44, per 100.000 kelahiran hidup. (Rai N.K,& Dali S.M, 2002)

AKI di Indonesia dibandingkan dengan ASEAN walaupun terjadi penurunan namun tetap masih lebih tinggi. Pada tahun 1986, AKI 450 /100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 menjadi 334/ 100.000 dan 307/100.000 pada tahun 2002 (BPS, 2002)

Penyebab kematian ibu : perdarahan 25 % , Sepsis 15 % , Pre eklamsia 12 % , persalinan macet 8 % , Aborsi 13 % dari kelahiran hidup. (Lule et al, 2005).

Faktor lain yang menyebabkan kematian ibu dipengaruhi oleh usia ibu terlalu mudah untuk menikah, terlalu sering hamil, terlalu banyak melahirkan dan terlalu tua hamil . (Kementrian Pemberdayaan Perempuan, 2004)

Faktor pendukung yang dapat menyebabkan kematian ibu adalah :

Pertama ; terlambat dalam mengenali tanda bahaya dan memutuskan untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan, dipengaruhi oleh kurangnya kekuatan ibu hamil untuk mengambil keputusan, konsep penyakit, faktor budaya serta tidak cukupnya informasi .

Kedua ; terlambat mencapai pelayanan kesehatan yang memadai disebabkan faktor transportasi

Ketiga ; terlambat dalam menerima pelayanan kesehatan yang cukup memadai pada setiap tingkatan, ini berarti pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi terhadap kejadian kematian, termasuk sistim rujukan, kurang alat, obat dan tenaga kesehatan yang terlatih kurang (Kementrian Pemberdayaan Perempuan, 2004).

Tingginya AKI melahirkan paling banyak terjadi akibat persalinan dirumah yang tidak memenuhi persyaratan mencapai 95,7% , hamper 85 % persalinan tersebut ditolong dukun, dan 32 % dilakukan oleh tenaga tidak terlatih. Sedangkan akibat resiko besar mencapai 70 % , tetapi dari presentase tersebut tidak lebih dari 2,6 % yang merujuk ke rumah sakit (dr. Soesbandoro, SpOG ketika pertemuan ilmiah tahunan POGI di RSU Mataram, selasa : 03/07/2007).

Telah dilakukan upaya mempercepat penurunan AKI oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes) tahun 1987 – 1994 mengacu pada program yang berhubungan dengan semua faktor yang mempengaruhi kematian ibu, penekanannya lebih pada penyediaan pelayanan pertolongan persalinan dan penanganan kegawat daruratan .

Tahun 2000 dicanangkan strategi making Pregnancy Safer (MPS) yaitu setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan, setiap komplikasi obstetric dan neonatal ditangani secara adekuat serta setiap wanita usia reproduksi mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak di inginkan dan penanggulangan abortus tidak aman . (Depkes, 2001)

Di Amerika Utara hasil penelitian menurut Jonhson et antara al (2005) pemilihan tempat persalinan dirumah, karena melahirkan dirumah yang telah direncanakan untuk wanita beresiko rendah dengan menggunakan Bidan Profesional Tersertifikasi, berhubungan dengan rendahnya tingkat tindakan medis, tetapi memiliki angka kematian bayi baru lahir yang sama dengan kelahiran beresiko rendah dirumah sakit. Sementara menurut Bolam et al,(1998) penelitian yang dilakukan di Kathmadu, Nepal dimana 24 % yang melahirkan dirumah ditolong dukun karena kurang transportasi dan kebrojol.

Hasil penelitian Ackerman et al, (1996) yang dilakukan di Zurich Canton, Switzerland bahwa dengan resiko rendah yang melahirkan dirumah tidak mengalami peningkatan resiko baik bagi ibu dan bayinya.

Sedangkan menurut Jansen et al (2002) penelitian yang dilakukan di Colombia , membandingkan antara melahirkan dirumah dan dirumah sakit tidak ada peningkatan resiko bagi ibu dan bayi baru lahir yang dihubungkan dengan melahirkan dirumah yang direncanakan dengan pengawasan bidan.

Salah satu upaya pemerintah yang dimulai tahun 1997 adalah Project Safe Motherhood Partnership and Family Approach (SM-PFA). Proyek ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan maternal dn neonatal sekaligus menurunkan kematian ibu dan neonatal . Sebagai daerah percontohan dipilih 5 kabupaten di Jawa Tengah yaitu Cilacap, Rembang, Jepara, Pemalang dan Brebes . Sedangkan 5 kabupaten di Jawa Timur yaitu Trenggalek, Jombang, Ngawi, Sampang dan Pamekasan.

Menurut data dari rumah sakit-rumah sakit rujukan , sebagian besar kematian Ibu (martenal) dan bayi (perinatal) yang terjadi dirumah sakit berasal dari kasus-kasus rujukan persalinan dirumah. Bukan berarti persalinan dirumah tidak aman, karena rata-rata 8 dari 10 persalinan dapat berlangsung dengan normal dan hanya 2 dari 10 persalinan itu yang memerlukan tindakan spesialis kebidanan (<http://news.com/mod.php?mod=publisher&op=viewarticle&cid=7&=1997>)

Dari data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua bulan Januari sampai Desember 2007 yaitu : Jumlah total persalinan : 21.805 (40,37 persen) dan persalinan yang ditolong oleh dokter dan bidan : 18.385 (34,04 %) persalinan yang ditolong perawat sebanyak : 1.107 (2,05 %)

ditolong dukun didampingi tenaga kesehatan : 2.298 (4,25 %), ditolong dukun tidak terlatih (DTT) : 2.511 (4,7 %), ditolong dukun terlatih (DT) : 1.676 (3,1 %), prosentase laporan 79 %.

Oleh Karena itu berdasarkan masalah atau latar belakang diatas maka menarik perhatian penulis untuk membuat Karya Tuli Ilmiah (KTI) dengan judul : “ *Manajemen Kebidanan pada Persalinan Normal di rumah (Keluarga)* “

B. Tujuan Penulisan

Tujuan Umum :

Penulis mampu memahami penatalaksanaan dengan memberikan asuhan secara komperhensif, terhadap persalinan normal dirumah keluarga berdasarkan proses manajemen kebidanan

Tujuan Khusus

Dengan melakukan pelayanan asuhan kebidanan pada inpartu dengan persalinan normal di rumah keluarga, penulis diharapkan :

1. Mampu melakukan pengkajian dengan mengumpulkan data yang lengkap yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien dengan persalinan normal dirumah keluarga
2. Mampu mengidentifikasi secar benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi kebenaran data yang dikumpulkan
3. Mampu mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial

4. Mampu mengidentifikasi perlunya tindakan segera untuk mengatasi kondisi gawat darurat yang bisa terjadi dengan persalinan normal dirumah
5. Mampu merencanakan asuhan secara menyeluruh berdasarkan langkah-langkah yang ditentukan sebelumnya
6. Mampu melakukan tindakan sesuai rencana menyeluruh yang telah ditetapkan untuk mengasuh klien dengan persalinan normal dirumah keluarga
7. Mampu mengevaluasi keefektifan seluruh asuhan yang sudah dilaksanakan pada klien dengan persalinan normal dirumah
8. Mampu mendokumentasikan hasil kegiatan yang dilaksanakan

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka masalah dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian dengan mengumpulkan data yang lengkap yang diperlukan untuk mengevaluasi klien dengan persalinan dirumah keluarga
2. Bagaimana melakukan indentifikasi suatu masalah secara benar sehingga dapat menegakan diagnosa
3. Bagaimana mengidentifikasikan diagnosa dan menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian dalam pengkajian
4. Bagaimana menentukan tindakan segera jika terjadi kegawatan
5. Bagaimana membuat perencanaan asuhan secara menyeluruh

6. Bagaimana melakukan tindakan sesuai rencana yang telah ditetapkan
7. Bagaimana mengevaluasi seluruh asuhan yang telah ditetapkan
8. Bagaimana melakukan pendokumentasian hasil kegiatan yang dilakukan

D. Manfaat Penulisan

1. Hasil penulisan diharapkan merupakan informasi yang dapat membantu upaya penyempurnaan kinerja bagi teman sejawat yang biasa melakukan pertolongan persalinan di rumah keluarga
2. Pada institusi pendidikan, diharapkan menjadi bacaan atau sebagai inspirasi dalam penulisan karya tulis ilmiah tentang kasus persalinan dirumah keluarga
3. Bagi penulis merupakan pengalaman yang berharga, bahwa secara langsung dapat mengkaji dan melakukan penatalaksanaan kasus pertolongan persalinan dirumah
4. Merupakan syarat dalam memenuhi ujian akhir pada program D III Jurusan Kebidanan di Politeknik Kesehatan Papua.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Persalinan Normal

1. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan sendiri. (Manuaba)

2. Klasifikasi Persalinan

Menurut cara persalinan terbagi menjadi :

- a) Persalinan biasa (normal) yang disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada LBK dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) Persalinan luar biasa (abnormal) ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat – alat seperti versi / ekstrasi, cunam, vakum, dekapitasi, embriotomi atau lahir perabdominal dengan operasi caesarea. (Mochtar).

Menurut tua atau umur kehamilan terdiri dari :

- a) Abortus adalah terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsinya sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat janin kurang dari 1000 gram dan usia kehamilan 28 minggu.

- b) Persalinan Prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada usia kehamilan 28 – 36 minggu, janin dapat hidup tetapi premature, dengan berat janin antara 1000 – 2500 gram.
- c) Persalinan Aterm atau Maturus (Cukup Bulan) adalah persalian pada kehamilan 37 – 42 minggu, dengan berat badan janin di atas 2.500 gr.
- d) Persalinan Postmatur (Serotinus) adalah persalinan yang melewati umur kehamilan 42 minggu dan sudah terdapat tanda – tanda postmaturitas pada bayi.
- e) Persalinan Presipitarus adalah persalinan yang berlangsung cepat yaitu kurang dari 3 jam.

3. Fisiologi Persalinan

a) Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan :

1) Teori Penurunan Hormon

1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone yang akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his.

2) Teori Penuaan Plasenta

Akan menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesterone sehingga akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang akan menyebabkan ischemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenter.

4) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale, yang apabila di geser dan ditekan misalnya oleh kepala, akan menimbulkan kontraksi.

5) Induksi Partus

Partus dapat ditimbulkan dengan jalan :

Gagang Laminaria

Amniotomi

Oksitoksin drips

b) Tanda – tanda permulaan persalinan :

- 1) Turunnya kepala memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida minggu ke – 36.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar karena fundus turun.
- 3) Perasaan sering – sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Perasaan sakit di perut dan pinggang karena adanya kontraksi – kontraksi ringan otot rahim, yang disebut “*False labor pains*”.
- 5) Serviks menjadi lunak, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (*bloody show*).

c) Tanda – tanda In – Partu :

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks.
- 3) Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam teraba serviks lunak, mendatar, mulai terjadi pembukaan serviks.

d) Faktor – Faktor Penting Dalam Persalinan (5 P)

- 1) Jalan Lahir (*Passage*)

Yaitu : jalan lahir lunak dan jalan lahir keras (tulang)

- 2) Janin : (*Passenger*)

Yaitu : janin dan plasenta.

- 3) Tenaga atau Kekuatan (*Power*)

Yaitu : His (kontraksi otot rahim)

Kontraksi otot dinding perut

Kontraksi difragma pelvis atau kekuatan mengejan

Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum

- 4) Psikis Ibu

- 5) Penolong

e) Tahap – Tahap Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala yaitu :

Kala I : yaitu kala pembukaan serviks yang berlangsung dari pembukaan 0 - 10 atau lengkap.

Kala pembukaan ini terbagi menjadi 2 fase yaitu :

1) Fase Laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung sangat lambat yaitu sampai pembukaan 3 dan berlangsung selama 7 – 8 jam.

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 sub fase yaitu :

- (a) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, sampai pembukaan 4 cm.
- (b) Periode dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- (c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Lamanya kala I

Primigravida

Serviks mendatar dulu

Baru dilatasi

Berlangsung 13 – 14 jam

Multigravida

Mendatar dan membuka

Biasa bersamaan

Berlangsung 6 – 7 jam

Kala II : (Kala Pengeluaran Janin)

His semakin kuat, cepat, lama dan lebih teratur, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik. Lamanya kala II pada primi : 1 ½ - 2 jam, dan pada multi ½ - 1 jam.

Kala III : (Kala Pengeluaran Uri)

Lepasnya placenta pada keadaan normal 5-15 menit setelah bayi lahir dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda seperti ; uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena placenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang: terjadi perdarahan , kelahiran placenta : lepasnya placenta dari inservi pada dinding uterus serta pengeluaran placenta dari cavum uteri secara spontan

Kala IV : (Kala Pengawasan)

Adalah kala pengawasan 2 jam pertama terhadap :

- 1) Tingkat kesadaran penderita
 - 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital (TD, Nd, Resp, SB)
 - 3) Kontraksi uterus harus baik (keras)
 - 4) Kandung kemih harus kosong
 - 5) Pendarahan (masih dianggap normal bila jumlahnya < 300 cc)
- f) **Pimpinan Persalinan**

Pada Kala I :

- 1) Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital setiap 2 – 4 jam
- 2) Memeriksa kontraksi uterus dan DJJ setiap ½ sampai 1 jam
- 3) Melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau bila ada indikasi
- 4) Memperhatikan kandung kemih agar selalu kosong
- 5) Menyiapkan alat – alat dan obat – obatan

- 6) Mengajar ibu cara mengedan yang baik
- 7) Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
- 8) Memberikan dukungan moril pada ibu
- 9) Memperhatikan adanya keadaan patologis

Pada Kala II :

- 1) Memeriksa kontraksi dan DJJ setiap 30 menit
- 2) Memantau kemajuan persalinan
- 3) Memimpin ibu mengedan setiap ada his
- 4) Menahan perineum dengan tangan kanan saat kepala sudah nampak di vulva dengan diameter 5 – 6 cm, sedangkan tangan kiri menahan kepala untuk mengendalikan ekspulsi.
- 5) Melakukan episiotomi
- 6) Setelah kepala lahir, muka dan hidung dibersihkan dengan kasa steril
- 7) Memeriksa apakah ada lilitan tali pusat atau tidak
- 8) Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan, untuk menyesuaikan dengan arah punggung bayi
- 9) Melahirkan bahu depan dan belakang dengan cara memegang kepala secara biparietal kemudian dilakukan tarikan curam ke bawah untuk melahirkan bahu dan ditarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

10) Melahirkan seluruh badan bayi dengan cara :

Tangan kanan memegang diantara leher dan kepala, kemudian tangan kiri menyusuri punggung, bokong dan tangkai bawah sehingga lahirlah seluruh badan bayi diatas tangan kanan penolong.

11) Bayi diletakkan diatas perut ibu secara melintang dengan kepala sedikit ekstensi.

12) Membersihkan jalan napas, mengeringkan badan bayi.

13) Menjepit dan memotong tali pusat.

14) Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu.

Pada Kala III :

1) Memberikan injeksi oxytocin 10 UI IM

2) Melakukan pengawasan pendarahan

3) Melakukan pengosongan kandung kemih

4) Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) untuk mengetahui apakah placenta sudah lepas

5) Melakukan pengeluaran plasenta secara PTT

6) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya antara lain :

(a) Jumlah kotiledon (20 buah)

(b) Insersi tali pusat

(c) Robekan selaput plasenta

7) Melakukan penjahitan luka episiotomi

Pada Kala IV :

Pimpinan kala IV terutama observasi ketat, karena bahaya pendarahan primer post partum terjadi pada 2 jam pertama, jadi observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.

Observasi yang dilakukan meliputi :

- 1) Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk melahirkan bayi telah selesai.
- 2) Pemeriksaan yang dilakukan :
 - (a) Tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu)
 - (b) Kontraksi uterus
 - (c) Pendarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukan pada serviks.
 - (d) Tinggi fundus uteri
 - (e) Kandung kemih harus kosong.
- 3) Mengajar ibu cara memberikan ASI
- 4) Setelah 2 jam ibu dipindahkan ke ruang rawat gabung, bila di rumah ibu dan bayi tidur bersama satu kamar

**Hal-hal yang perlu di perhatikan pada persalinan di rumah
(keluarga)**

1. Yang perlu dilakukan pertama kali adalah mengkonfirmasi pada ibu dan keluarga bahwa kehamilan tersebut sifatnya fisiologis atau normal artinya tidak terdapat kelainan 3 P, yaitu ; power/kekuatan dari ibu , passage (tidak terdapat kelainan pada jalan lahir / jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang), passenger (kondisi janin dan plasenta) kalau ketiga faktor tersebut dalam keadaan baik bisa disimpulkan bahwa persalinan akan berlangsung normal (fisiologis) dan peran keluarga sangat besar.
2. Tersedianya tenaga penolong yang andal (dokter atau bidan) dan bersedia diminta pertolongan sewaktu-waktu , sebaiknya sudah saling mengenal dan pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur minimal empat kali selama hamil . Sebaiknya pemeriksaan kehamilan dilakukan pada dokter / bidan yang nantinya akan menolong persalinan. Selama proses persalinan biasanya ibu merasa sakit mules yang makin lama makin sering disertai nyeri dalam waktu relatif agak lama. Dalam kondisi seperti ini, penolong harus bisa menanamkan rasa percaya diri , rasa tenang dan rasa aman, juga rasa terlindung serta kepastian akan keselamatan pada calon ibu yang ditolong.
3. Meminta keluarga untuk mempersiapkan satu kamar atau ruangan bersalin dirumah tidak perlu ruangan khusus, cukup sebuah kamar

tidur keluarga dapat dipersiapkan merangkap sebagai “ kamar bersalin “, bisa di tempat tidur kalau ada (sesuaikan dengan kondisi keluarga). Kamar hendaknya bersih, tenang dengan penerangan dan ventilasi udara yang baik dan memadai . Tersedia pula perlengkapan pakaian ibu dan bayi, tempat ari-ari (waskom), kantong plastik atau ember untuk tempat sampah , tempat pakaian kotor dan menyiapkan air panas .

4. Membuat kesepakatan pada ibu serta suami siapa yang nantinya akan mendampingi ibu pada saat persalinan (suami atau keluarga lainnya). Secara psikologi untuk bayi, ia akan merasa diterima, dinantikan, dirindukan dan dicintai oleh segenap warga seisi rumah oleh kehadirannya. Secara imunologis ia sangat beruntung karena secara bertahap diperkenalkan pada antigen asing sehingga respon kekebalan yang ditimbulkan lebih memadai dan dapat berfungsi melindungi dirinya kelak. Ia juga terhindar dari penyakit infeksi nosokomial. Jenis infeksi yang terdapat di rumah sakit yang umumnya menyerang saluran pencernaan antara lain : diare atau infeksi pernapasan (batuk, pilek) yang dikarenakan pemakaian barang secara bersama-sama, misalnya : pemakaian sendok, botol susu, pakaian dan peralatan medis.
5. Bagi ibu sendiri bisa merawat bayinya secara aktif, kerapatan hubungan antara ibu dan bayi memberikan ketentraman psikologis, ibu dan keluarga juga terhindar dari perasaan cemas

anaknya tertukar. Secara fisiologis, aktifitas ibu dirumah akan memperbaiki sirkulasi darah dan hal itu berarti merangsang peningkatan produksi ASI dan mempercepat pemulihan kondisi fisiknya. Sementara anak-anak yang laian tidak perlu lama berpisah dengan ibunya karena masih serumah, sehingga ibu tetap mengendalikan urusan rumah tangga selain itu ibu juga lebih leluasa karena berada pada lingkungan yang tidak asing.

6. Bagi keluarga, persalinan dirumah sendiri bisa menghemat waktu, tenaga, biaya untuk rumah sakit, artinya bisa menghemat biaya karena sebagian biaya rumah sakit dan sewa kamar bersalin, dapat dialihkan untuk kebutuhan lainnya dalam rangka mempersiapkan kedatangan sang adik baru.

(*Source : indomedia. Com/intisari/1998/maret*)

B. Manajemen Kebidanan

1. Definisi

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah pada masa intra natal yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah , penemuan-penemuan , ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien . (Varney , 2003)

2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat , komprehensif dan terstandart pada ibu intra natal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan , kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama proses persalinan .

3. Hasil yang diharapkan

Terlaksananya asuhan segera / rutin pada saat ibu intra partum (Kala I s/d Kala IV) termasuk melakukan pengkajian , membuat diagnosa kebidanan , mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah selanjutnya .

4. Prinsip Proses Manajemen

Ada tiga aspek dalam manajemen asuhan kebidanan yaitu :

a) Manajemen Primer

Ini adalah manajemen pengelola mandiri dan lengkap dari asuhan ibu dan bayi, termasuk mengidentifikasi kebutuhan untuk konsultasi atau rujukan untuk petugas kesehatan lainnya.

Manajemen primer ini termasuk penanganan kasus darurat dan khusus komplikasi tertentu sesuai dengan wewenanganya.

b) Kolaborasi

Ini adalah mengidentifikasi masalah yang membutuhkan keterlibatan seseorang dokter atau petugas kesehatan lainnya, melakukan konsultasi perencanaan dan pelaksanaan asuhan yang melibatkan baik bidan, dokter maupun petugas kesehatan lainnya.

Bidan tetap melanjutkan asuhannya yang berhubungan dengan aspek kebidanan dan sebagai seorang konsultasi untuk petugas kesehatan lainnya.

c) Rujukan

Ini adalah identifikasi kebutuhan untuk asuhan selanjutnya yang berada diluar lingkup praktek bidan. Menentukan sumber daya yang sesuai bermitra dengan wanita yang bersangkutan dan mengalihkan tanggung jawab asuhan klien kepada profesi kesehatan lainnya.

5. Proses Manajemen

Menurut Helen Varney, 2002, bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditentukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah

metode dengan pengorganisasian pemikiran dengan tindakan-tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komperhensif dan aman dapat tercapai.

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengetahuan yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien .

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang terutama dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses ini dimulai dengan mengumpulkan data dasar yang berakhir denganevaluasi, ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah I . Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah satu dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang di perlukan untuk mengevaluasi *klien* secara lengkap,yaitu :

- a) Riwayat kesehatan
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

- d) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. pada langkah satu ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi *klien*.

Langkah II . Interpretasi Data Dasar

Pada langkah kedua ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang di kumpulkan .

Masalah dan diagnosa keduanya di gunakan , karena beberapa masalah tidak dapat di selesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien . Masalah ini sering menyertai diagnosa.

Langkah III . Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Pada langkah ini di lakukan *identifikasi* masalah atau diagnosa *potensial* yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah di *identifikasi* . langkah ini membutuhkan antisipasi . Bilah kemungkinan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien . Disini perlu sekali melakukan asuhan kebidanan dengan benar dan aman .

Langkah IV. Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini perluh dilakukan *identifikasi* tindakan segera oleh tenaga kesehatan atau dikonsultasikan atau di tangani bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi *klien* untuk menyelamatkannya.

Langkah V. Intervensi atau Perencanaan

Pada langkah ini lakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus benar *valid* berdasarkan teori serta sesuai dengan *asumsi* tentang apa yang akan dilakukan dan yang tidak dilakukan.

Langkah VI Implementasi atau pelaksanaan

Pada langkah ini dilakukan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilakukan secara *efisien* dan aman

Langkah VII. Evaluasi

Pada langkah ini ditentukan evaluasi *keefektifan* dan asuhan yang sudah diberikan dengan mengulang kembali proses manajemen yang benar terhadap setiap aspek asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Evaluasi merupakan langkah terakhir sistem pengecekan.

Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus (Progress Notes). Bentuk dokumentasi ini sangat cocok digunakan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan secara berkesinambungan, sehingga perkembangan klien dapat dilihat dari awal sampai akhir

Dengan menggunakan SOAP

- S** : Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa)
- O** : Data informasi Objektif (hasil pemeriksaan , observasi)
- A** : Mencatat hasil analisa (diagnosa dan masalah kebidanan)
- P** : Mencatat seluruh penatalaksanaan yang dilakukan (tindakan antisipasi , tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi / follow up)

Dokumentasi SOAP ini dicatat pada lembar catatan perkembangan yang ada dalam rekam medis pasien .

Selain model catatan perkembangan bentuk SOAP yang digunakan oleh bidan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan (RM6) juga menggunakan model dokumentasi yang lain seperti : grafik misalnya partograf untuk persalinan, KMS untuk ibu hamil dan KMS anak, grafik tanda-tanda vital untuk mencatat kondisi umum (RM 4), format pengkajian untuk mendokumentasikan data dasar (RM 5-3), surat keterangan lahir (RM 15), surat informed consent (RM.), lembar observasi register persalinan (ibu dan bayi), buku kunjungan untuk antenatal dan bayi, kartu atau status (ibu dan bayi), kartu rujukan bila melaksanakan rujukan .

BAB III

TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN NORMAL

A. MANAJEMEN KALA I

Tanggal Pengkajian : 2 – 03 – 2008

Tempat Pengkajian : Rumah Keluarga

Langkah I. Pengkajian

1. Data Subjektif

a. Biodata

Ibu

Nama : Ny. R
Umur : 26 Tahun
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Buton / Indo
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Cigombong (Kota Raja)
Nikah ke : 1
Lama Nikah : 6 Tahun

Suami

Nama : Tn.A
Umur : 31 Tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Makasar/Indon
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Sopir Taxi
Alamat : Cigombong
Nikah ke : 1
Lama Nikah : 6 Tahun

b. Data Biologis/ Fisiologis

- 1) Keluhan Utama : Tgl. 2-3-2008, Jam: 21.00 wit sudah merasa mules-mules di perut bagian bawah/atas sympisis tembus belakang disertai dengan pengeluaran darah dan lendir pervagina
- 2) Riwayat keluhan utama : Sejak Jam: 17.00 wit, tgl : 2-3-2008 ibu sudah mulai merasa mules-mules diperutnya tetapi belum ada pengeluaran darah dan lendir
- 3) Riwayat Kehamilan Sekarang
 - a) Gravida : GII, PI, A0
 - b) HPHT : 24 – 6 – 2007
 - c) TP : 01 – 3 – 2008
 - d) ANC : Puskesmas Hedam (4X)
 - e) Imunisasi TT1, TT2 : ya, 2x
 - f) Pergerakan janin dirasakan oleh ibu sejak kehamilan 16 mgg
 - g) Cukup bulan menurut ibu : Ya
- 4) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu : G II, PI, A0

No	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	BB Bayi (Gram)	Keadaan Ibu & bayi	Lama Asi	Usia Anak
1	Cukup Bulan	Spontan	Bidan	3000	Baik	2 Tahun	3 Tahun
2	Cukup Bulan	Spontan	Bidan	3000	Baik		1 hari

5) Riwayat KB : Tidak Pernah

6) Riwayat pola reproduksi :

- a) Manarche : 14 tahun
- b) Siklus haid : 28 hari
- c) Durasi haid : 7 hari
- d) Banyaknya : 2 kali ganti pembalut
- e) Sifat darah haid : encer
- f) Bau / warna : amis/merah segar
- g) Gangguan waktu haid : tidak ada

7) Riwayat kesehatan lalu :

- a) Penyakit yang pernah diderita : malaria, ispa
- b) Riwayat operasi : tidak pernah
- c) Riwayat perdarahan : tidak pernah
- d) Penyakit serius yang diderita : tidak ada

8) Riwayat Penyakit keluarga :

- a) Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
- b) Penyakit menahun dalam keluarga : tidak ada
- c) Penyakit keturunan dalam keluarga : tidak ada
- d) Riwayat persalinan kembar :

(1) Pihak Suami : Tidak ada

(2) Pihak Isteri : Tidak Ada

9) Keadaan Psikologi :

- a) Klien : Merasa cemas dengan proses persalinannya dan khawatir dengan keselamatan janinnya.
- b) Suami : Mengharap semoga isteri dan bayinya lahir sehat dan selamat

10) Latar Belakang Sosial Budaya

Klien berasal dari Buton dan suaminya dari makasar yang mempunyai adapt istiadat yang berbeda namun sudah saling menyesuaikan dan sudah mnembaur dengan lingkungan sekitarnya

11) Dukungan dari keluarga :

Keluarga sangat mendukung akan kehidupan rumah tangga mereka dan mengharapkan ibu dapat melahirkan dengan selamat

12) Keadaan Sosial Ekonomi :

Penghasilan suami cukup untuk menghidupi keluarganya

13) Masalah kehamilan sekarang

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual dan muntah	Ya	Tidak	Tidak
2	Nyeri ulu hati	Ya	Tidak	Tidak
3	Perut Kembung	Ya	Tidak	Tidak
4	Sakit Perut	Tidak	Tidak	Ya
5	Pusing-pusing	Ya	Tidak	Tidak
6	Mudah lelah	Ya	Tidak	Ya

7	Sakit kepala	Ya	Tidak	Tidak
8	Gangg. Pernapasan	Tidak	Tidak	Tidak
9	Nyeri pinggang	Tidak	Tidak	Ya
10	Sakit Gigi	Tidak	Tidak	Tidak
11	Kram Otot	Tidak	Tidak	Ya
12	Obstipasi	Tidak	Tidak	Tidak
13	Haemoroid	Tidak	Tidak	Tidak
14	Leuchorea	Tidak	Tidak	Tidak
15	Poliuri	Tidak	Tidak	Tidak

14) Riwayat Aktivitas sehari – hari

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Pola Nutrisi			
	- Frekuensi makan	1 – 2 x/hari	3 x/hari	3x sehari
	- Napsu makan	Kurang	Baik	Baik
	- Makanan kesukaan/	Soto Ayam	Bakso	Nasi Ayan, dll
	- Makanan pantangan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	- Jumlah minum perhari	6 – 8 gelas/hari	6 – 8 gelas /hari	6 – 8 gelas/hari
2	Keadaan yang mempengaruhi kehamilan			
	- Merokok	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	- Miras	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah

	- Obat penenang - jamu BAB - Frekwensi - Bau - Warna - Konsistensi BAK - Frekwensi	Tidak pernah Tidak pernah 1x sehari Busuk Kekuningan Lembek 2-3x/hari	Tidak pernah Tidak pernah 1x sehari Busuk Kekuningan Lembek 3-4x/hari	Tidak pernah Tidak pernah 1x sehari Busuk Kekuningan Lembek 3-4x/hari
3	Pola tidur dan istirahat - Tidur siang - Tidur Malam	1 – 2 jam 7 – 8 jam	1 – 2 jam 7 – 8 jam	1 – 2 jam 7 – 8 jam
4	Olah raga & Rekreasi	Tidak pernah	Jalan santai	Jalan santai
5	Hygiene Perorangan - Frekwensi mandi - Pakai sabun mandi - Pakai handuk - Frekwensi sikat gigi - Memakai odol - Frekwensi susi rambut - Memakai sampho -	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya	2-3 x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 3x seminggu Ya	2-3 x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 3x seminggu Ya

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Penampilan : Kurus tinggi

Ekspresi Wajah : Kesakitan

b. Pemeriksaan tanda vital :

TD = 120/80 mmHg

ND = 80 x/m

RS = 28 x/m

SB = 36,6 °C

c. Pemeriksaan Fisik :

Berat Badan dan Tinggi Badan :

BB sebelum Hamil : 50 Kg

BB saat hamil : 62 Kg

Kenaikan BB : 12 Kg

Tinggi Badan : 160 cm

Lila : 24cm

Kepala

Bentuk : Simetris

Kebersihan : Bersih

Muka

Bentuk : Simetris
Odem : Tidak ada
Klosma Gravidarum : Tidak ada

Mata

Bentuk : Simetris
Konjungtiva : Tidak anemia
Sklera : Tidak Ikterus

Hidung

Bentuk : Simetris
Sekret/Cairan : Tidak ada
Kebersihan : Bersih

Telinga

Bentuk : Simetris
Pendengaran : Jelas
Pengeluaran Cairan : Tidak ada
Kebersihan : Bersih

Mulut dan Gigi

Bentuk : Simetris
Stomatitis : Tidak ada
Mukosa Mulut : Lembab
Caries : Ada sudah dirawat
Kebersihan : Bersih

Leher

Pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada

Pembesaran kelenjar Limfe : Tidak ada

Dada

Bentuk : Simetris

Payudara : Simetris

Putting : Menonjol +/+

Membesar : Ya

Hiperpigmentasi : Ya

ASI / Colostrum : Ada +/+

Kebersihan : Bersih

Abdomen

Membesar : Ya, Sesuai umur kehamilan

Bekas operasi : Tidak ada

Striae : Alba

Vulva/Vagina

Bentuk : Simetris

Varices : Tidak ada

Fluor albus : Tidak ada

Pengeluaran : Darah dan lendir

Ektremitas atas dan bawah

Bentuk : Simetris

Varices : Tidak ada

Odem : Tidak ada

d. Pemeriksaan Obstetrik

1) Palpasi secara Leopold

Leopold I : TFU 3 jari bawah px (30 cm)

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : Bagian terendah kepala

Leopold IV : Bagian terendah kepala sudah masuk (3 / 5)

2) Auskultasi DJJ : 144 x/m (Jelas dan teratur

Kontraksi His

Frekuensi : 3 x / 10 menit

Durasi : 45-50 detik

Relaksasi : Ada/baik

Kekuatan : Kuat

3) Perkusi : Refleks +/-

4) Tafsiran berat Janin : 2945 gr (Rumus Tausak Jhonson : $TFU - 11 \times 155$)

5) Pemeriksaan Dalam (I) Tanggal : 2-3-2008 Jam : 21.00 WIT
oleh Bid. Sri:

Vulva / vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Tipis melingkar

Pembukaan : 6 cm

Ketuban : (+) Menonjol

Presentase : Kepala

Petunjuk : UUK kiri depan

Penurunan : Hodge I – II (2/5)

Panggul :

a) INLET / PAP : (pintu atas panggul)

Ukuran muka – belakang (conjugata vera : 11 cm)

Ukuran melintang (kedua linea terminalis : 12,5 cm)

Ukuran serong (obliqua) jarak antara artikulasio sakro-iliaca –
tuberkulum pubikum : 13 cm

b) MID PELVIS (Bidang luas panggul pertengahan symphysis –
menuju tulang belakang os sacrum kedua dan tiga)

Ukuran muka belakang : 12,75 cm

Ukuran jarak spina ischiadica kana-kiri normal : 12,5 cm

Sacrum Konkaf

c) Bidang sempit panggul (ukuran terkecil jalan lahir
membentang setinggi tepi bawah symphysis menuju kedua
spina ischiadica dan memotong os sacrum setinggi 1 sampai 2
cm diatas ujungnya.

Ukuran muka-belakang : 11,5 cm ukuran melintang 10 cm

d) OUT LET (Pintu bawah panggul) arcus pubis normal sudut 90
derajat atau lebih.

e. Pemeriksaan Laboratorium :

Hb : 12 gram %

Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

Reduksi : Tidak dilakukan

Langkah II. Interpretasi data Dasar

Diagnosa

Ibu : umur 24 thn, GII, PI, A0 umur kehamilan 40-41 minggu, inpartu kala I,

Fase aktif

Janin : Intra uteri , presentase kepala ,tunggal hidup

Dasar :

DS : Ibu sakit di perutnya makin kuat dan bertambah sering dan pengeluaran darah dan lendir makin bertambah

DO : HPHT : 24 – 6 – 2007, TP : 01 – 03 – 2008, GII, PI, A0

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda – tanda vital :

TD : 120/80 mmHg, N: 84 x/m, R: 28 x/m, SB: 36,6⁰ C.

Palpasi

Leopol I = TFU 3 jari bawah px (30 cm)

Leopol II = Punggung kiri

Leopol III = Bagian terendah kepala

Leopol IV = kepala sudah masuk PAP

Auskultasi : DJJ ada

Frekwensi : 144x/menit (jelas dan teratur)

Kontraksi / His :

Frekwensi : 3 x dalam 10 menit

Durasi : 45 – 55 detik

Relaksi : Ada , baik

Kekuatan : Kuat

Pemeriksaan Dalam (I) Tanggal : 2-3-2008 Jam : 21.00 WIT oleh

Bid. Sri:

Vulva / vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Tipis melingkar

Pembukaan : 6 cm

Ketuban : (+) Menonjol

Presentase : Kepala

Petunjuk : UUK kiri depan

Penurunan : Hodge I – II (2/5)

Kesan panggul : Cukup

Pemeriksaan Laboratorium : HB 12 gram %

Langkah III. Masalah Potensial

1. Potensial terjadinya partus macet
2. Potensial terjadi gawat janin

Langkah IV. Tindakan Segera

Tidak ada.

Langkah V. Perencanaan Asuhan Menyeluruh

1. Observasi his dan DJJ tiap 30 menit
2. Observasi tanda-tanda vital ibu tiap 4 jam
3. Lakukan PD tiap 4 Jam atau bila ada indikasi
4. Catat hasil observasi dan hasil pemeriksaan dalam pada lembar partograf
5. Atur posisi tidur ibu miring ke kiri
6. Ajarkan ibu cara mengedang yang benar
7. Ajar ibu teknik relaksasi saat ada his
8. Hadirkan orang dekat (suami/keluarga)
9. Beri ibu nutrisi yang adekuat saat tidak ada his
10. Persiapan alat partus, obat-obatan uterotonika dan alat resusitasi
11. Anjurkan ibu untuk micsi tiap ibu merasakannya
12. Siapkan pakaian ibu dan bayi
13. Siapkan perlengkapan PI

Langkah VI. Implementasi

Tgl : 2 – 3 – 2008

Jam: 21.00 Wit

1. Melakukan observasi his dan DJJ tiap 30 menit
2. Melakukan observasi tanda-tanda vital ibu tiap 4 jam
3. melakukan PD tiap 4 Jam atau bila ada indikasi
4. Mencatat hasil observasi dan hasil pemeriksaan dalam pada lembar partograf
5. Mengatur posisi tidur ibu miring ke kiri
6. Mengajarkan ibu cara mengedang yang benar

7. Mengajarkan ibu teknik relaksasi saat ada his
8. menghadirkan orang dekat (suami/keluarga)
9. Memberi ibu nutrisi yang adekuat saat tidak ada his
10. Mempersiapan alat partus, obat-obatan uterotonika dan alat resusitasi
11. Menganjurkan ibu untuk micsi tiap ibu merasakannya
12. Mempersiapkan pakaian ibu dan bayi
13. Menyiapkan perlengkapan PI

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 2 – 3 – 2008

Jam : 23.50 Wit

1. His dan DJJ dalam batas normal (His 5x dalam 10 menit, DJJ : 144x/menit)
2. Tanda-tanda vital ibu normal (TD : 120/80 mmhg , Nadi : 80x/menit)
3. Pemeriksaan Dalam (II) Tanggal : 2-3-2008 Jam : 23.50 Wit oleh Bid. Sri:

Vulva / vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : (+) Menonjol

Penurunan : Kepala, Hodge I – II (0/5)

Petunjuk : UUK depan

Kesan panggul : Cukup

4. Partograf tidak melawati garis tindakan
5. Semua cara yang diajarkan pada ibu sudah dipahami
6. Ibu ditemani suaminya saat mau melahirkan

7. Ibu minum teh manis 1 gelas
8. Alat dan obat-obatan sudah siap
9. Kandung kemih kosong
10. Ibu sudah ada dorongan mencedan
11. Terlihat adanya tanda-tanda kala II

Dorongan mencedan

Tekanan pada anus

Perineum menonjol

Vulva membuka

MANAJEMEN AKTIF KALA II

Langkah I Pengumpulan Data Dasar

DS : Ibu mengatakan mules-mules makin sering dan kuat

Ibu mengatakan ingin mencedan dan ingin buang air besar

DO : Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Umum : Baik

TTV : TD : 120/80 mmhg

ND : 80 x/menit

Resp : 28x/ menit

SB : 36,6°C

HIS : Frekuensi : 5 x dalam 10 menit

Durasi : 50 – 60 detik

Kekuatan : Kuat

Relaksasi : Baik

Terlihat adanya tanda-tanda kala II

Dorongan mencedan

Tekanan pada anus

Perineum menonjol

Vulva membuka

Pemeriksaan Dalam (II) Tanggal : 2-3-2008 Jam: 23.50 Wit oleh Bid. Sri:

Vulva / vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : (+) Menonjol
Penurunan : Kepala, Hodge I – II (0/5)
Petunjuk : UUK depan
Kesan panggul : Cukup
Auskultasi DJJ : 144x/menit

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa

Ibu : umur 24 thn, GII, PI, A0 umur kehamilan 40-41 minggu, inpartu kala I,
Normal

Janin : Intra uteri , presentase kepala , tunggal hidup

Dasar :

DS : Ibu mengatakan mules semakin sering dan kuat
Ibu mengatakan ingin buang air besar

DO :

Adanya dorongan mendedan

Adanya tekanan pada anus

Perineum menonjol

Vulva membuka

Pengeluaran darah dan lendir

HIS : Ada

Frekuensi : 5 x dalam 10 menit

Durasi : 50 – 60 detik

Kekuatan : Kuat

Relaksasi : Baik

Auskultasi DJJ : 144 x/m

Pemeriksaan Dalam (II) Tanggal : 2-3-2008 Jam: 23.50 Wit oleh Bid. Sri:

Vulva / vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : (+) Menonjol

Penurunan : Kepala, Hodge I – II (0/5)

Petunjuk : UUK depan

Kesan panggul : Cukup

Langkah III. Masalah Potensial

1. Potensial terjadinya partus macet
2. Potensial terjadi gawat janin

Langkah IV. Tindakan Segera

Tidak ada.

Langkah V : Perencanaan Asuhan Kebidanan

1. Atur posisi ibu litotomi atau setengah duduk
2. Observasi His dan DJJ tiap 30 menit
3. Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam
4. Berikan hidrasi yang adekuat pada ibu diluar his
5. Anjurkan pada ibu untuk miksi tiap ibu merasakannya
6. Ajarkan ibu cara relaksasi saat ada his

7. Ajarkan ibu saat mencedan yang benar
8. Beri dukungan moril dengan hadirkan suami atau keluarga
9. Lakukan teknik septic dan aseptic
10. Cek alat, obat-obatan dan resusitasi
11. Penolong mencuci tangan
12. Letakan kain atau handuk bersih dan kering diatas perut ibu saat bayi akan lahir
13. Letakan kain pada bokong ibu saat akan memimpin persalinan
14. Pimpin ibu mencedan saat ada his yang adekuat dan adanya dorongan ingin mencedan
15. Beri pujian pada ibu saat mencedan
16. Lakukan penahanan pada perineum dengan dok steril saat kepala bayi mencapai diameter 5-6 cm
17. Lakukan fleksi ringan pada kepala bayi
18. Lahirkan kepala dan usap muka bayi dengan kasa steril
19. Periksa apakah ada lilitan tali pusat atau tidak
20. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
21. Lahirkan bahu depan dan belakang dengan cara : kedua tangan penolong menyangga antara kepala dan bahu depan dan kemudian diarahkan keatas untuk melahirkan bahu belakang
22. Lahirkan badan bayi dengan cara manuver yaitu : tangan kanan penolong menyangga antara kepala dan bahu , tangan kiri menyusuri punggung,

- bokong dan mencekap kedua kaki bayi maka lahirlah bayi diatas tangan penolong
23. Letakan bayi diatas perut ibu kemudian keringkan dang anti kain yang basah dengan yang kering
 24. Bersihkan lendir dari mulut dan hidung serta menilai apgar score
 25. Jepit dan potong kemudian ikat tali pusat
 26. Letakan bayi di dada ibu dengan posisi tengkurap tanpa alas (skin tos kin), kepala bayi pakaikan topi dan miringkan kemudian tutup tubuh bayi dengan kain
 27. Berikan ASI pada bayi dengan cara menetek langsung pada ibunya segera setelah bayi lahir

Langkah VI. Implementasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 00.01 Wit

1. Mengatur posisi ibu litotomi atau setengah duduk
2. Mengobservasi His dan DJJ tiap 30 menit
3. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 4 jam
4. Berikan hidrasi yang adekuat pada ibu diluar his
5. Menganjurkan pada ibu untuk miksi tiap ibu merasakannya
6. Mengajarkan ibu cara relaksasi saat ada his
7. Mengajarkan ibu saat mendedan yang benar
8. Memberi dukungan moril dengan hadirkan suami atau keluarga
9. Melakukan teknik septic dan aseptik
10. Mengecek alat, obat-obatan dan resusitasi

11. Penolong mencuci tangan
12. Meletakkan kain atau handuk bersih dan kering diatas perut ibu saat bayi akan lahir
13. Meletakkan kain pada bokong ibu saat akan memimpin persalinan
14. Memimpin ibu mengedan saat ada his yang adekuat dan adanya dorongan ingin mengedan
15. Memberi pujian pada ibu saat mengedan
16. Melakukan penahanan pada perineum dengan dok steril saat kepala bayi mencapai diameter 5-6 cm
17. Melakukan fleksi ringan pada kepala bayi
18. Melahirkan kepala dan usap muka bayi dengan kasa steril
19. Memeriksa apakah ada lilitan tali pusat atau tidak
20. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
21. Melahirkan bahu depan dan belakang dengan cara : kedua tangan penolong menyangga antara kepala dan bahu depan dan kemudian diarahkan keatas untuk melahirkan bahu belakang
22. Melahirkan badan bayi dengan cara manuver yaitu : tangan kanan penolong menyangga antara kepala dan bahu , tangan kiri menyusuri punggung, bokong dan mencekap kedua kaki bayi maka lahirlah bayi diatas tangan penolong
23. Meletakkan bayi diatas perut ibu kemudian keringkan dang anti kain yang basah dengan yang kering
24. Membersihkan lendir dari mulut dan hidung serta menilai apgar score

25. Menjepit dan potong kemudian ikat tali pusat
26. Meletakkan bayi di dada ibu dengan posisi tengkurap tanpa alas (skin to skin), kepala bayi pakaikan topi dan miringkan kemudian tutup tubuh bayi dengan kain
27. Memberikan ASI pada bayi dengan cara menetek langsung pada ibunya segera setelah bayi lahir

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 00.01 Wit

BAYI : Sudah lahir tanggal 3 -3 – 2008 Jam : 00.01 Wit

Jenis kelamin : Perempuan

Apgar Score : 8/9

Berat Badan : 3000 gram

Panjang Badan : 48 cm

Cacat : Tidak Ada

Anus : Ada (Mekonium +)

IBU : Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda Vital :

TD : 120/80 mmhg , ND 80 x/m , R 28 x/m, SB 36,6⁰C

Kontraksi : Baik (Keras)

TFU : 2 Jari atas pusat

Kala II : Berlangsung 10 menit

C. MANAJEMEN AKTIF KALA III

Langkah I. Pengumpulan Data Dasar

DS : Ibu mengatakan perutnya masih merasa mules

Ibu menanyakan kapan ari-arinya lahir

DO : Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmhg

ND : 80 x/menit

Resp : 28 x/m

SB : 36,6°C

Kontraksi Uterus : Baik (keras)

TFU : Dua jari atas Pusat

Placenta : Belum lahir

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Dasar :

Diagnosa : P II, A0 , Partus Kala III Normal

DS : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules

DO : Kesadaran Compos Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmhg

ND : 80 x/menit

Resp : 28 x/m

SB : 36,6⁰C

Palpasi :

TFU : Dua jari atas Pusat

Kontraksi Uterus : Baik (keras)

Placenta : Belum lahir

Langkah III. Masalah Potensial

1. Potensial terjadinya retensio placenta
2. Potensial terjadi perdarahan

Langkah IV. Tindakan Segera

Beri injeksi oksitocin 10 UI/IM , dalam satu menit setelah bayi lahir

Langkah V. Rencana Tindakan

1. Palpasi Abdomen
2. Berikan injeksi Oksitocin 10 UI ,IM
3. Lakukan penegangan tali pusat terkendali
4. Lahirkan placenta
5. Lakukan masase uterus dengan telapak tangan (Palmar)
6. Periksa kelengkapan Placenta selaput dan kotiledonnya
7. Periksa perineum

Langkah VI. Implementasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 00.05 Wit

1. Memastikan palpasi abdomen
2. Memberikan injeksi oxytocin 10 UI secara IM dalam satu menit setelah bayi lahir
3. Melakukan peregangan tali pusat terkendali
4. Melahirkan placenta
5. Melakukan Masase Uterus dengan telapak tangan (Palmar)
6. Memeriksa kelengkapan placenta selaput dan kotiledonnya

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 00.10 Wit

1. Placenta sudah lahir lengkap dengan selaput dan kotiledonnya dengan ukuran :
Berat : 450 gram
Panjang : 18 cm
Lebar : 16 cm
Tebal : 2 cm
2. Placenta sudah lahir lengkap secara PTT (Penegangan Tali Pusat terkendali)
3. Tinggi fundus uteri sepusat
4. Kontraksi uterus baik (keras)

D. MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Langkah I. Pengkajian

Tanggal : 3 – 3 – 2008 Jam : 09.15Wit

DS : Ibu mengatakan mules di perutnya sudah berkurang

Ibu mengatakan jalan lahir terasa nyeri

DO : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmhg

ND : 80 x/menit

Resp : 28 x/m

SB : 36,6⁰C

Kontraksi Uterus : Baik (keras)

TFU : Dua jari atas Pusat

Kandung Kemih : Kosong

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : P II, A0 , Partus Kala III dengan ruptur perineum tingkat satu

DS : Ibu mengatakan rasa nyeri pada jalan lahirnya

DO : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

TFU : Dua jari atas Pusat

Kontraksi Uterus : Baik (keras)

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmhg

ND : 80 x/menit

Resp : 28 x/m

SB : 36,6⁰C

Langkah III. Masalah Potensial

Potensial terjadi perdarahan post partum

Langkah IV. Tindakan Segera

Hekting perineum

Langkah V. Rencana Tindakan Menyeluruh

1. Dekatkan pada penderita alat hekting dan obat untuk anastesi lokal
2. Lakukan anastesi lokal dengan injeksi lidokain 1 % pada daerah ruptur
3. Lakukan penjaitan pada perineum dengan menggunakan benang catcut no 2 secara jelujur
4. Lakukan Pemeriksaan kembali pada perineum paska tindakan hekting
5. Ukur jumlah perdarahan Kala IV
6. Bereskan semua alat-alat dan rendam dalam larutan khlorin 0,5 % selama 10 menit , kemudian cuci, bilas, selanjutnya lakukan DTT
7. Bersihkan ibu dan lingkungan serta pakaikan pakaian
8. Berikan ibu makan dan minum
9. Periksa tanda – tanda vital , kontraksi uterus, tinggi fundus uteri serta perdarahan tiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada satu jam kedua

10. Beri salaf mata dan injeksi vitamin K pada bayi satu jam pertama
11. Beri imunisasi hepatitis B pada dua jam setelah bayi lahir
12. Ukur panjang dan timbang berat badan bayi
13. Pakaikan pakaian dan bungkus bayi kemudian bayi gabung bersama ibunya
14. Periksa tanda-tanda vital, TD, ND, Resp, SB, Kontraksi uterus, dan perdarahan, kandung kemih tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam kedua
15. Berikan pendidikan kesehatan tentang vulva hygiene mengganti pembalut bila terasa penuh dan perawatan luka perineum
16. Jelaskan tanda-tanda bahaya pada ibu seperti perdarahan
17. Lakukan kolaborasi medik untuk pemberian terapi oral

Langkah VI. Implementasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 00.30 Wit

1. Mendekatkan pada penderita alat heking dan obat untuk anastesi lokal
2. Melakukan anastesi lokal dengan injeksi lidokain 1 % pada daerah ruptur
3. Melakukan penjaitan pada perineum dengan menggunakan benang catcut no 2 secara jelujur
4. Melakukan Pemeriksaan kembali pada perineum paska tindakan heking
5. Mengukur jumlah perdarahan Kala IV
6. Membereskan semua alat-alat dan rendam dalam larutan khlorin 0,5 % selama 10 menit , kemudian cuci, bilas, selanjutnya lakukan DTT
7. Membersihkan ibu dan lingkungan serta pakaikan pakaian
8. Memberikan ibu makan dan minum

9. Memeriksa tanda – tanda vital , kontraksi uterus, tinggi fundus uteri serta perdarahan tiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada satu jam kedua
10. Memberi salf mata dan injeksi vitamin K pada bayi satu jam pertama
11. Memberi imunisasi hepatitis B pada dua jam setelah bayi lahir
12. Mengukur panjang dan timbang berat badan bayi
13. Memakaikan pakaian dan bungkus bayi kemudian bayi gabung bersama ibunya
14. Memeriksa tanda-tanda vital, TD, ND, Resp, SB, Kontraksi uterus, dan perdarahan, kandung kemih tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam kedua
15. Memberikan pendidikan kesehatan tentang vulva hygiene mengganti pembalut bila terasa penuh dan perawatan luka perineum
16. Menjelaskan tanda-tanda bahaya pada ibu seperti perdarahan
17. Memberikan terapi oral : Amoxilin 3 x 500 mg, Asam mefenamat 3 x 500 mg

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal : 3 – 3 – 2008

Jam : 02.35 Wit

IBU :

1. Luka perineum sudah dijahit secara jelujur
2. Alat-alat sudah dicuci dan sudah di DTT
3. Ibu sudah nyaman
4. Ibu sudah makan nasi 1 porsi dan minum susu 1 gelas

5. Kontraksi uterus baik (keras), tinggi fundus uteri sepusat , kandung kemih kosong
6. Jumlah perdarahan : 150 cc
7. Tanda-tanda vital dalam batas norma (TD: 120/70 mmhg, N 80 x/m , Res 28 x/m , SB 36,5⁰C
8. Ibu sudah tahu cara merawat luka perineum

BAYI :

1. Keadaan umum bayi : baik
2. Bayi sudah minum ASI isap langsung + pasi persendok secara bertahap
3. Refleks isap baik , refleks menelan baik, tidak muntah
4. Bayi sudah BAK (+), BAB (+) Mekonium
5. BAYi gabung bersama ibunya

KUNJUNGAN RUMAH HARI PERTAMA

Tanggal Pengkajian : 4 – 3 – 2008

Jam : 08.00 Wit

Langkah I. Pengkajian

IBU :

DS : Ibu mengatakan sudah merasa legah karena bayinya lahir selamat

Ibu mengatakan bayinya sudah minum ASI tetapi tidak puas karena ASInya masih sedikit

DO : Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmhg

Nadi : 80 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 36,5⁰C

Makan : Napsu makan baik , minum banyak (8-10 gelas/hari)

Payudara : Putting menonjol tidak lecet

Colostrum +/+ , ASI ada sedikit, ditambah pasi persendok secara bertahap

Abdomen : Kontraksi Uterus

Tinggi fundus Uterus 1 jari dibawah pusat

Lokhea : Rubra

Perineum : Luka hekting masih basah (sudah dirawat dengan kasa bethadin)

Eliminasi : BAB : belum , BAK : Sudah (Tidak ada gangguan)

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 24 tahun, P II , A 0, nifas normal hari pertama

Bayi umur 1 hari, bormal

IBU : DS : Ibu mengatakan semalam kurang tidur karena bayinya rewel

Ibu mengatakan bayi sudah minum ASI tetapi ASI masih sedikit sehingga ditambah pasi persendok secara bertahap

DO : Kesadaran : Compus Mentis

Keadaan Umum : Baik

Napsu makan : baik , minum banyak (8-10 gelas/hari)

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmhg

Nadi : 80 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 36,5⁰C

Payudara : Putting menonjol tidak lecet Colostrum +/- , ASI ada sedikit, ditambah pasi persendok secara bertahap

Abdomen : Kontraksi baik Tinggi fundus Uterus 1 jari dibawah pusat

Perdarahan : Normal dua kali ganti pembalut

Lokhea : Rubra

Perineum : Luka hekting masih basah (sudah dirawat dengan kasa bethadin)

Eliminasi : BAK : (+) sudah, BAB : (-) belum

BAYI

DS : Menurut ibu bayinya minum ASI isap langsung tetapi ASInya masih sedikit, sehingga ditambah pasi persendok tiap dua jam secara bertahap

DO : Keadaan Umum : Baik

Refleks Isap : Baik

Refleks menelan : Baik

Refleks moro : Ada

Refleks babinsa : Ada

Tanda-tanda ikterus patologis tidak ada

Tali pusat masih basah, sudah dirawat dengan alcohol 70 %

Abdomen : tidak kembung

Elminasi : BAK (+) spontan, BAB (+) masih mekonium

Langkah III. Masalah Potensial

IBU : Potensial terjadi infeksi nifas

BAYI : Potensial terjadinya infeksi tali pusat

Potensial terjadinya Ikhterus fisiologi

Langkah IV. Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V. Rencana Asuhan menyeluruh

1. Periksa tanda-tanda vital ibu (TD,ND, Resp, SB)
2. Periksa putting susu ibu apakah ada lecet atau tidak
3. Anjurkan pada ibu untuk jemur bayinya pada pagi hari sekitar jam 07.00 – 07.30 Wit. Selama 15 menit

4. Anjurkan pada ibu untuk menyusui bayinya tiap dua jam atau tiap bayi mau
5. Ajarkan ibu cara menyusui bayi yang benar
6. Periksa kontraksi uterus dan tinggi fundus uterus
7. Periksa lochea dan jahitan pada perineum
8. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama sayuran hijau, buah-buahan dan banyak minum air putih
9. Anjurkan ibu untuk mulai mobilisasi sendiri
10. Ajarkan ibu cara mandikan bayinya
11. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat yang benar
12. Beritahu ibu sebelum dan sesudah memegang bayi sebaiknya tangan dicuci terlebih dahulu
13. Anjurkan pada ibu agar bayinya hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan apa-apa (AS eksklusif)
14. Jelaskan pada ibu tentang pentingnya ASI Eksklusif

Langkah IV. Implementasi

Tanggal : 4 – 3 – 2008

Jam : 08.00 wit

1. Memeriksa tanda-tanda vital ibu : TD120/80,ND 80 x/m , Resp 28 x/m , SB 36,5⁰C
2. Memeriksa puting susu ibu apakah ada lecet atau tidak
3. Menganjurkan pada ibu untuk jemur bayinya pada pagi hari sekitar jam 07.00 – 07.30 Wit. Selama 15 menit

4. Menganjurkan pada ibu untuk menyusui bayinya tiap dua jam atau tiap bayi mau
5. Mengajarkan ibu cara menyusui bayi yang benar
6. Memeriksa kontraksi uterus dan tanggi fundus uterus
7. Memeriksa lokhea dan jahitan pada perineum
8. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama sayuran hijau, buah-buahan dan banyak minum air putih
9. Menganjurkan ibu untuk mulai mobilisasi sendiri
10. Mengajarkan ibu cara mandikan bayinya
11. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat yang benar
12. Memberitahu ibu sebelum dan sesudah memegang bayi sebaiknya tangan dicuci terlebih dahulu
13. Menganjurkan pada ibu agar bayinya hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan apa-apa (AS eksklusif)
14. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya ASI Eksklusif

Langkah V . Evaluasi

Tanggal : 4 – 3 – 2008

Jam : 10.00 wit

- IBU : 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD120/80,ND 80 x/m , Resp 28 x/m , SB 36,5⁰C)
2. Putting susu baik tidak lecet, produksi ASI kolostrum masih sedikit
 3. kontraksi uterus baik, tanggi fundus uterus 1 jari bawah pusat
 4. Lokhea rubra (merah segar , bau amis)

5. Napsu makan ibu baik, minum 8 – 10 gelas/ hari
6. Ibu sudah mobilisasi sendiri
7. Ibu sudah BAK spontan, BAB (-) belum

BAYI : 1. Keadaan umum : baik

2. Tali pusat tidak ada perdarahan
3. Tidak ada tanda-tanda ikhterus
4. Bayi dapat mengisap ASI dengan baik, ASI cukup
5. Refleks isap baik, refleks menelan baik
6. Bayi tidak muntah , bayi tidak kembung
7. Bayi sudah BAK (+) spontan, BAB(+) masih mekonium

KUNJUNGAN RUMAH HARI KETIGA

Tanggal Pengkajian : 6 – 3 – 2008

Jam : 08.00 Wit

Langkah I. Pengkajian

IBU :

DS : Ibu mengatakan ASInya sudah banyak

DO : Kesadaran : Compus Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmhg

Nadi : 80 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 36,5⁰C

Napsu makan baik , minum banyak (8-10 gelas/hari)

ASI : Ada +/+ (banyak)

TFU : 2 jari bawah pusat

Kontraksi uterus : baik

Perdarahan normal : ganti pembalut dua kali

Payudara : Putting menonjol tidak lecet

Colostrum +/+ , ASI ada sedikit, ditambah pasi persendok secara bertahap

Abdomen : Kontraksi Uterus

Tinggi fundus Uterus 1 jari dibawah pusat

Lokhea : Rubra, bau amis

Perineum : Luka heking sudah mulai membaik

BAYI

DS : Ibu mengatakan bayi puas minum ASI dan tidak rewel lagi

DO : Keadaan Umum : Baik

Tidak ada Tanda-tanda ikterus

Tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat

BAYi isap ASI baik, muntah tidak ada

Refleks Isap : Baik

Refleks menelan : Baik

Refleks moro : Ada

Refleks babinsa : Ada

Kembung : Tidak ada

Abdomen : tidak kembung

BAB (+) warna kuning, lembek, BAK (+) tidak ada gangguan

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 24 tahun, P II , A 0, nifas normal hari ketiga

Bayi umur 3 hari, sehat

IBU : DS : Ibu mengatakan ASI sudah banyak dan tidak ada pembendungan
ASI

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah berkurang

DO : Kesadaran : Compus Mentis

Keadaan Umum : Baik

Napsu makan : baik , minum banyak (8-10 gelas/hari)

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmhg

Nadi : 80 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 37⁰C

Payudara ASI : +/- (banyak)

Abdomen : Tinggi fundus Uterus 2 jari dibawah pusat

Kontraksi Uterus : Baik

Perdarahan : Normal dua kali ganti pembalut

Lokhea : Rubra

Jahitan Perineum : Sudah mulai menutup

BAYI

DS : Ibu mengatakan bayinya minum ASI isap langsung ,ASInya cukup

DO : Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital bayi : ND 120x/m , Resp 30x/m , SB 37⁰C

Refleks Isap : Baik

Refleks menelan : Baik

Refleks moro : Ada

Refleks babinski : Ada

BAB (+) warna kuning, lunak, BAK (+) tidak ada gangguan

Langkah III. Masalah Potensial

IBU : 1. Potensial terjadinya infeksi nifas

2. Potensi terjadi Ikhterus fisiologi

3. Potensial terjadinya pembendungan ASI

BAYI : Potensial terjadinya infeksi tali pusat

Langkah IV. Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V. Rencana Tindakan

IBU dan SUAMI :

1. Anjurkan ibu makan makanan yang bergizi dan minum air 8-10 gelas / hari
2. Anjurkan pada ibu untuk memberikan ASI pada bayinya tiap dua jam atau tiap bayi mau
3. Lakukan pemeriksaan involusi uterus
4. Beritahu ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama pada darah vulva
5. Periksa luka jahitan pad perineum
6. Anjurkan pada ibu untuk jemur bayi pada sinar matahari pagi sekitar jam 07.00 – 07.30 Wit selama 15 menit (bayi tanpa pakaian)
7. Anjurkan pada ibu agar tali pusat tetap dikompres dengan alkohol 70 % sampai tali pusat kering dan lepas

Langkah VI. Implementasi

Tanggal : 6 – 3 – 2008

Jam. 08.30 Wit

1. Menganjurkan ibu makan makanan yang bergizi dan minum air 8-10 gelas / hari
2. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI pada bayinya tiap dua jam atau tiap bayi mau

3. Melakukan pemeriksaan involusi uterus
4. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama pada darah vulva
5. Memeriksa luka jahitan pad perineum
6. Menganjurkan pada ibu untuk jemur bayi pada sinar matahari pagi sekitar jam 07.00 – 07.30 Wit selama 15 menit (bayi tanpa pakaian)
7. Menganjurkan pada ibu agar tali pusat tetap dikompres dengan alkohol 70 % sampai tali pusat kering dan lepas

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal : 6 – 3 – 2008

Jam : 09.00 Wit

IBU : 1. Napsu makan baik dan minum air putih banyak (8-10 gelas/hari)

2. Produksi ASI sudah banyak

3. Involusi baik (normal)

4. Luka jahitan sudah merapat (kering)

5. Lokhea rubra (merah segar, bau amis)

6. Ibu sudah BAB (+), BAK (+)

BAYI : 1. Keadaan Umum bayi baik

2. Bayi dapat mengisap ASI dengan baik

3. Bayi tidak muntah

4. Bayi tidak kembung

5. Tali pusat tidak ada tanda-tanda infeksi

6. Tidak ada tanda-tanda ikhterus pada bayi

7. Bayi Sudah BAK (+), BAB (+) warna kuning konsistensi lembek

KUNJUNGAN RUMAH HARI KETUJUH

Tanggal : 9 – 3 – 2008

Jam : 09.00 wit

Langkah I. Pengkajian

DS : Ibu mengatakan ASInya sudah banyak

Ibu mengatakan luka jahitan sudah merapat (kering)

DO : Kesadaran : Compus Mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmhg

Nadi : 84 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 37⁰C

Payudara ASI : Produksi ++ (banyak)

TFU : Setengah simpisis pusat

Kontraksi uterus : baik

Pengeluaran : Lokhea sangunelenta (coklat sedikit lendir dan darah)

Perineum : Luka hekting sudah merapat (kering)

Eliminasi : BAK/BAK ++ normal (tidak ada gangguan)

BAYI

DS : Ibu mengatakan bayinya dapat mengisap ASI dengan baik

DO : Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda vital :

Nadi : 120 x/m

Resp : 30 x/m
 SB : 37⁰C
 Refleksi Isap : Baik
 Refleksi menelan : Baik
 Refleksi moro : Ada
 Refleksi babinski : Ada
 Tali pusat : Tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat
 Abdomen : tidak kembung

Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 24 tahun, P II , A 0, nifas normal hari ke-7

Bayi umur 7 hari, sehat

IBU : DS : Ibu mengatakan Makannya banyak (napsu makan baik)

Ibu mengatakan minum juga cukup 8 – 10 gelas/ hari

DO : Kesadaran : Compus Mentis

Keadaan Umum : Baik

Makan / Minum : baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmhg

Nadi : 84 x/m

Resp : 28 x/m

SB : 37⁰C

Payudara ASI : +/+ (banyak)

Abdomen : Tinggi fundus Uterus setengah pusat simpisis

Perineum : Luka heking sudah sembuh
 Pengeluaran : Lakhea sangunelenta (kecoklatan)
 Eliminasi : BAB / BAK : +/+ (Tidak ada gangguan)

Langkah III. Masalah Potensial

Tidak ada

BAYI : Potensial terjadinya infeksi tali pusat

Langkah IV. Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V. Rencana Tindakan

IBU dan SUAMI :

1. Anjurkan pada ibu untuk perhatikan frekwensi makan dan minum
2. Anjurkan pada ibu untuk banyak mengkonmsumsi buah dan sayur hijau
3. Beritahu ibu dan suami agar bayi tetap diberi ASI tanpa tambahan apa-apa (ASI Eksklusif)
4. Anjurkan ibu cara perawatan luka jahitan dan kebersihan vulva
5. Beritahu ibu agar selalu memperhatikan pengeluaran (lokhea), warna bau
6. Anjurkan ibu dan suami agar ibu dan bayi kontrol ke puskesmas atau rumah sakit untuk mendapat arahan-arahan apalagi bayi mengalami malas minum, kembung, muntah ,tangisan merintih ataupun ibu mengalami kepala pusing, penglihatan kabur segera kembali ke puskesmas atau rumah sakit terdekat.
7. Anjurkan pada ibu dan suami agar membawa bayinya ke puskesmas atau rumah sakit untuk imunisasi

8. Lakukan pengecekan HB ibu nifas 7 hari
9. Beri penyuluhan pada ibu dan suami tentang KB

Langkah VI. Implementasi

Tanggal : 9 – 3 – 2008

Jam. 08.30 Wit

1. Menganjurkan pada ibu untuk perhatikan frekwensi makan dan minum
2. Menganjurkan pada ibu untuk banyak mengkonmsumsi buah dan sayur hijau
3. Memberitahu ibu dan suami agar bayi tetap diberi ASI tanpa tambahan apa-apa (ASI Eksklusif)
4. Menganjurkan ibu cara perawatan luka jahitan dan kebersihan vulva
5. Memberitahu ibu agar selalu memperhatikan pengeluaran (lokhea), warna bau
6. Menganjurkan ibu dan suami agar ibu dan bayi kontrol ke puskesmas atau rumah sakit untuk mendapat arahan-arahan apalagi bayi mengalami malas minum, kembung, muntah ,tangisan merintih ataupun ibu mengalami kepala pusing, penglihatan kabur segera kembali ke puskesmas atau rumah sakit terdekat.
7. Menganjurkan pada ibu dan suami agar membawa bayinya ke puskesmas atau rumah sakit untuk imunisasi
8. Melakukan pengecekan HB ibu nifas 7 hari
9. Memberi penyuluhan pada ibu dan suami tentang KB

Langkah VII . Evaluasi

Tanggal : 9 – 3 – 2008

Jam : 09.00 Wit

IBU :

1. Napsu makan baik
2. Produksi ASI banyak
3. Involusi : Baik
4. Luka jahitan sudah merapat (kering)
5. Lochia : Alba, warna keputihan, bau amis
6. Ibu sudah kontrol ke puskesmas
7. Ibu tidak anemia (HB 12 Gr persen)
8. Ibu mau ikut KB suntik setelah 40 hari

BAYI :

1. Keadaan umum baik
2. Bayi dapat mengisap ASI dengan baik
3. Bayi sudah kontrol ke puskesmas
4. Bayi sudah imunisasi (BCG, Polio, HB1)

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 9 -3 – 2008

Jam : 09.000

IBU :

S : Ibu mengatakan napsu makan baik

Ibu mengatakan ASInya sudah banyak

O : Kesadaran : Compos mentis

Keadaan Umum : Baik

Tanda-tanda Vital : TD 120/80 mmhg , ND 80 x/m , Res 28 x/m , SB
36,5°C

Produksi ASI : banyak, kanan (+) , kiri (+) , tidak ada
pembendungan

Abdomen : Involusi baik

Luka Jaitan : Sudah merapat (kering)

Lokhea : Alba, warna keputihan bau amis

Ibu tidak Anemia : HB 12 gram %

Ibu sudah control ke puskesmas

Ibu mau ikut KAB suntik setelah 40 hari

A : P II , A 0 , Ibu nifas harike-7

P : Menganjurkan ibu untuk control ke puskesmas atau rumah sakit
memberitahu dan suami agar bayinya tetap diberi ASI saja tanpa
tambahan apa-apa (ASI Eksklusif)

Memberi penyuluhan pada ibu dan juga suaminya tentang KB, dan ibu
di iijinkan oleh suaminya jadi akseptor KB suntik

Melakukan Pemeriksaan HB ibu nifas 7 hari (HB : 12 gram %)

BAYI :

S : Ibu mengatakan bayinya dapat mengisap ASI dengan baik

O : Keadaan umum saat ini baik

ND : 120 x/m, Res 30 x/m, SB 37 °C

Berat Badan : 3100 gram

Menangis : Kuat, gerakan aktif, kulit kemerahan

Refleks isap : Baik

Refleks Menelan : Baik

Refleks Moro : ada

Refleks Babinski : Ada

Abdomen : Tidak kembung

Tali pusat : tidak ada tanda-tanda infeksi

A : Bayi Umur 7 hari, sehat

P : Menganjurkan pada ibu dan suami agar bayi dibawa control ke puskesmas atau rumah sakit, untuk mendapat arahan bila bayi malas minum, tangisan merintih, muntah-muntah, kembung, demam, segera bawa ke puskesmas atau rumah sakit terdekat

Menganjurkan pada ibu dan suami agar bayinya dibawa ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi

Menganjurkan pada ibu agar bayi tetap diberi ASI saja tanpa tambahan apa-apa (ASI Eksklusif)

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan dan kenyataan dalam penanganan kasus persalinan normal di rumah keluarga. Kehamilan dan persalinan sesungguhnya adalah proses alamiah dan pertolongan persalinan pada dasarnya dapat dilakukan antara lain : di rumah sakit, puskesmas, bidan praktek, dan juga di rumah keluarga.

Apabila ditinjau dari segi psikologis, persalinan di rumah dapat memberi ketentraman bagi ibu maupun keluarga, akan tetapi bila terjadi sesuatu yang bersifat darurat dapat membahayakan baik ibu ataupun bayi.

Sedangkan ditinjau dari segi ekonomi persalinan di rumah bisa menghemat waktu, tenaga dan biaya.

Mengacu pada teori pertolongan persalinan normal di rumah keluarga yang dilakukan penolong pada dasarnya tidak ada perbedaan antara pertolongan persalinan di rumah keluarga dan di rumah sakit, karena didalam pertolongan persalinan, penulis tetap mengacu pada APN (Asuhan Persalinan Normal) , dengan menggunakan langkah-langkah varney yaitu : Pengkajian Data, Interpretasi Data Dasar, Diagnosa aktual , dan diagnosa potensial , tindakan segera, Rencana Asuhan menyeluruh, Implementasi , Evaluasi dan pendokumentasian.

Namun ada beberapa hal yang menjadi perhatian didalam pertolongan persalinan di rumah adalah :

- a. Sebagai penolong (bidan)
 1. Penyuluhan persiapan sebelum persalinan pada klien dan suaminya seperti : persiapan kamar/ruang yang akan digunakan untuk persalinan dan perlengkapan yang perlu disiapkan
 2. Penyuluhan tentang persiapan-persiapan untuk keadaan darurat (kendaraan, uang, golongan darah yang sama dengan Klien)
 3. Partus set dalam keadaan siap pakai
 4. Kompetensi yang dimiliki oleh penolong sendiri untuk jeli melihat tanda-tanda bahaya, sehingga dapat segera mengambil keputusan atau merujuk klien bila terjadi komplikasi .
- b. Dari Klien atau Keluarga :
 1. Keyakinan terhadap penolong persalinan dari keluarga
 2. Klien atau keluarga tidak merasa cemas lagi karena ini persalinan yang kedua yang dilakukan di rumah
 3. Karena faktor ekonomi pada kasus ini berjalan normal tidak ada komplikasi dan dilaksanakan sesuai dengan asuhan kebidanan, ibu maupun bayi dalam keadaan selamat, sehingga menurut penulis masalah atau kebutuhan klien dapat teratasi .

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Mengacu pada Bab II dan Bab III maka dapat disimpulkan bahwa pertolongan persalinan di rumah (keluarga) tidak berbeda dengan pertolongan persalinan di rumah sakit, apabila ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur minimal 4 kali selama kehamilannya serta ibu tidak ada komplikasi dengan penolong selalu mengacu pada APN (Asuhan Persalinan Normal) dengan menggunakan langkah-langkah Varney tersebut.

Asuhan kebidanan diberikan selama 7(tujuh) hari yaitu sejak tanggal 2 – 3 – 2008 sampai dengan tanggal 9 – 3 – 2008. Ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

B. Saran

1. Untuk Puskesmas Hedam Abepura

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan (tempat klien melakukan pemeriksaan kehamilan), diharapkan saat memasuki usia kehamilan trimester III, ibu telah diarahkan tentang hal-hal yang berhubungan dengan persalinannya antara lain: pemilihan tempat persalinan, penolong persalinan, pendamping, kebutuhan ibu dan bayi serta golongan darah, hal ini pun disesuaikan dengan situasi dan kondisi ibu atau keluarga karena yang diharapkan adalah persalinan yang normal, aman dan selamat.

2. Institusi Pendidikan

Kelengkapan dalam proses belajar mengajar adalah buku sebagai sumber yang dapat dijadikan acuan penulisan baik dalam tugas-tugas sesuai mata kuliah yang diajarkan tetapi juga KTI sebagai tugas akhir, untuk itu kiranya dapat menambah referensi atau buku-buku kebidanan yang terkini.

3. Klien

Sebaiknya melakukan ANC secara teratur di fasilitas terdekat 1 bulan sekali pada trimester pertama dan kedua dan dua minggu pada saat umur kehamilan 36 minggu/ 40 minggu agar dapat mendeteksi secara dini resiko kehamilan .

4. Penulis

Persalinan dirumah dapat berlangsung normal, apabila pemberian asuhan kebidanan ditunjang oleh kemampuan profesional (Kompetensi) yang dimiliki bidan. Karena itu bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar profesi yang tertuang dalam manajemen kebidanan. Bidan harus terus meningkatkan diri dengan banyak membaca buku-buku berhubungan dengan kebidanan, mengikuti pelatihan-pelatihan sehingga lebih profesional di bidangnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, dkk, 2006. *Obstetri William*, Edisi 21, Vo1, EGC, Jakarta
- Gunardi, 2004. *Asuhan Persalinan Normal, Buku Acuan Maternal Neonatal Health*, Dir Jen Bin Kes Mas, Jakarta
- Manuaba, 2002 . *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta
- 2002 *Kapita Selekt Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*, EGC, Jakarta
- 2002 . *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*, Acran, Jakarta
- Pillitteri, 2002. *Buku Saku Perawatan Keshatan Ibu dan Anak*, EGC, Jakarta
- 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Penerbit YBP-SP, Jakarta
- Saifudin, 2001 . *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Martenal dan Neonatal*, YBP-SP, Jakarta
- Varney.H, 2003. *Proses Manajemen Kaidanan*, EGC, Jakarta



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : SRI ASTUTI
NIM : PD. 712440636
PEMBIMBING I :
PEMBIMBING II :

N o	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	25/08 7	Bab I. A.	① Mr Silitimbela Alina. ② Bab II, bawa.	
2	30/08 2 11.00	Bab II I Bab - II. A ✓ B ✓ C ✓	ok, revisi sudah ada. Salipkan materi yang belum selesai di mana. (Bawa Bab <u>III</u>)	
3	4/8-08 Bing	Bab <u>II</u> - Bab <u>III</u>	ok. Revisi gambar sudah.	
4	8/8-08	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	ok revisi yg sudah lengkap	
5	10/8-08	Bab <u>IV</u> & <u>V</u>	ok	

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6				
7				
8				
9				
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : SRI ASTUTI
NIM : 712440636
PEMBIMBING I :
PEMBIMBING II :

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	13/8-08	Bab I II III IV V } Perbaiki	Kembali tgl 19-8-08 jam 1300	M. Sapari
2	20/8-08	Daftar Pustaka dibawa Bab V Daftar Pustaka } Perbaiki	Kembali tgl 21-8-08 jam 1900	M. Sapari
3	25/8-08	Daftar Pustaka Perbaiki	Kembali tgl 25-8-08 jam 1300	M. Sapari
4	26/8-08	Ace → Gandakan		M. Sapari
5				

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6				
7				
8				
9				
10				

Jayapura Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

W. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681