

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H G3P2A0 INPARTU DI UPT
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Dianjurkan untuk menyelesaikan Program Studi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

HANIDA SITI AULIA

NIM : KHGA 18015



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I (G3 P2 A0)
INPARTU DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS
KARANGPAWITAN GARUT.**

NAMA : HANIDA SITI AULIA

NIM : KHGA 18015

Telah disetujui untuk disidangkan

Pada sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan

Garut, Juli 2021

Menyetujui

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H (G3 P2 A0)
INPARTU DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS
KARANGPAWITAN GARUT.**

NAMA : HANIDA SITI AULIA

NIM : KHGA 18015

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

ABSTRAK

IV Bab, 123 Halaman, 20 Tabel, 1 Lampiran

Karya Tulis ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.H (G3 P2 A0) Inpartu di Ruang Bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut yang dilatar belakangi oleh tingginya angka kejadian pada ibu bersalin yang terjadi di Kabupaten Garut mencapai 684 kasus atau sebanyak 22,95%. Tujuan dari pembuatan karya tulis ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi aspek biologis, psikososial dan spiritual. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus.persalinan normal merupakan proses pengeluaran cukup bulan (37-42 minggu). diklasifikasikan menjadi 4 tingkatan (pada Kala I, Kala II, Kala III dan Kala IV). Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. H adalah sebagai berikut : nyeri akut berhubungan dengan kontraksi, ansietas/ kecemasan berhubungan dengan terjadinya proses persalinan, resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya pembukaan pada vagina pada saat pengeluaran kepala bayi, devisite volume cairan berhubungan dengan perdarahan, dan kelelahan diri berhubungan dengan penurunan cadangan energy akibat peningkatan metabolisme. Kesimpulan yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan 5 tahap asuhan keperawatan pada klien inpartu, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kata kunci : Inpartu

Daftar Pustaka 8 buah

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Judul yang diambil untuk Karya Tulis ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu di Ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut”.

Selesainya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sebesar besarnya kepada :

1. DR. H. Hadiat, M.A selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H.D Saefudin , S.Sos., M.Mkes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Inasani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, sekaligus selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa meluangkan waktunya serta sabar

dalam memberikan bimbingan, arahan, dan dorongan yang besar kepada penulis sehingga penulis bias menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Seluruh staf dosen Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis di masa yang akan datang.
6. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulisan selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
7. Kepala ruangan, CI Pembimbing, beserta staf di Ruang bersalin yang telah memberikan kemudahan, kesempatan dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan Proses Asuhan Keperawatan kepada Ny. H di Ruang Bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
8. Kepada Ny. H selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kedua orang tua yang paling tersayang. Bapak Mochamad Sugandi dan Ibu Ida Yunengsih, yang senantiasa memberikan dukungan moril maupun materil selama penulis mengikuti pendidikan D – III Keperawatan ini, motivasi, perhatian, dan kasih sayang yang tiada henti kepada penulis. Terimakasih atas setiap cinta yang terpancar serta do'a dan restu yang selalu mengiringi tiap langkah penulis sehingga penulis bisa sampai ke titik ini.
10. Untuk adik saya Dewi Rahama Anjani terimakasih kerana telah banyak menolong dan membatu saya dalam melakukan penulisan ini

11. Sodara sekaligus sahabat terbaik tersegalanya penulis sejak zaman balita hingga detik ini. Amelia Septiani, Siti Fatimah, Wina Fitriani Dan Risma. Tanpa mereka mungkin hidup akan terasa tidak berwarna, yang selalu mengingatkan untuk solat mengaji dan berdoa, yang selalu mengingatkan dan sharing, yang selalu membuat hati sangat bahagia, yang selalu ada bahunya untuk menangis, yang selalu ada tempat untuk tertawa sepuasnya. Semoga tali persaudaraan kita terus terjalin.
12. Sahabat sahabat cantikku sejak zaman masuk kuliah, Meri Indriyani dan Ratih Dwi kusuma. Terimakasih atas dukungan yang diberikan kepada penulis selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih telah mengisi waktu 3 tahun ini dengan berbagi cerita yang sangat indah dan menyenangkan, tanpa kalian mungkin masa kuliah penulis akan terasa biasa saja.
13. Sahabat-sahabat terbaikku terbastie (Dinda Melni Tri Wahyuni, Shelli Yuliniawani, Elvira oktaviani, Mina Poland , fitriani, Dina Maurin) sejak zaman masuk SMP dan SMA hingga sekarang penulis banyak mengucapkan terimakasih kepada yang tertulis diatas tersebut yang selalu memberikan dukungan, motivasi, ilmu, serta kasih sayang kepada penulis.
14. Anak-anak kelas 3 - A, terimakasih atas kebersamaan serta kenangan yang dilalui kurang lebih 3 tahun bersama, semoga kita semua sehat selalu dan bahagia selalu dan sukses.

15. Seluruh teman seperjuangan angkatan XXV D - III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu semoga kita semua sukses dan berhasil.

16. Kepada anak - anak tim Keperawatan Maternitas, teimakasih sudah berjuang bersama selama penyusunan Karya Tulis ini. Serta masih banyak lagi pihak - pihak yang sangat berpengaruh dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidak mampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Umum	3
C. Tujuan Khusus	4
D. Metode Telaah.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Konsep Dasar Teori Inpartu.....	7
1. Definisi.....	7
2. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Bersalin	8
3. Fisiologi Persalinan	13
4. Adaptasi Fisiologi Ibu Bersalin.....	13
5. Klasifikasi	14

6. Tahap-tahap Persalinan.....	15
7. Faktor-faktor Yang Memengaruhi Persalinan.....	17
8. Tanda-tanda Menjelang Persalinan	17
9. Tanda Persalinan	19
10. Mekanisme Persalinan	19
11. Komplikasi	20
12. Penatalaksanaan.....	21
13. Patofisiologi	23
14. Pathway.....	27
15. Dampak Ibu Bersalin Terhadap KDM.....	28
B. Konsep Asuhan Keperawatan	29
1. Pengkajian.....	29
2. Pemeriksaan Fisik.....	34
3. Kala Persalinan.....	41
4. Analisa	46
5. Perencanaan Keperawatan	48
6. Implementasi.....	56
7. Evaluasi.....	56
BAB III TINJAUAN KASUS	58
A. Tinjauan Kasus.....	58

1. Pengkajian.....	58
2. Kala Persalinan.....	68
3. Analisa Data	71
4. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	74
5. Proses Keperawatan.....	78
6. Catatan Perkembangan	92
B. Pembahasan	96
1. Tahap Pengkajian	96
2. Diagnosis Keperawatan	96
3. Tahap Perencanaan	99
4. Tahap Implementasi	101
5. Tahap Evaluasi	103
BAB IV PENUTUP	104
A. Kesimpulan	104
B. Rekomendasi.....	105
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Kala I.....	44
Tabel 2.2 Analisa Kala II	46
Tabel 2.3 Analisa Kala III	47
Tabel 2.4 Analisa Kala IV	47
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Kala I	49
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Kecemasan Kala I.....	50
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Kala II	51
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko kerusakan integritas kulit Kala II.....	52
Tabel 2.9 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Devisit Voleme Cairan Kala III	54
Tabel 2.10 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Devisit Voleme Cairan Kala IV	54
Tabel 2.11 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Kelelahan Kala IV	55
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari – hari	64
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	66
Tabel 3.4 Analisa Data Kala I.....	68
Tabel 3.5 Analisa Data Kala II	70
Tabel 3.6 Analisa Data Kala III.....	73

Tabel 3.6 Analisa Data Kala IV.....	74
Tabel 3.5 Poroses Keperawatan.....	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Persalinan Normal	27
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Partograf	1

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

World Healty Organization (WHO) memperkirakan lebih dari 5,4 juta wanita meninggal dunia setiap tahunnya. Dan kematian tersebut terjadi hamper 100% di Negara berkembang. Dalam kurun waktu 25 tahun yaitu sejak tahun 1990 kematian ibu diseluruh dunia mengalami penurunan sekitar 44% sebanyak 75% kematian ibu didunia disebabkan perdarahan hebat (kebanyakan perdarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre eklamsia dan eklamsia), komplikasi dari persalinan, aborsi yang tidak aman. (WHO,2018)

Berdasarkan data survey Demografi dan kesehatan Indonesia(SDKI) tahun 2017 angka kematian ibu adalah 228 per 100.000 kelahiran hidup (kementrian Kesehatan RI,2017). DI daerah Jawa Barat pada tahun 2018, Angka kematian ibu mencapai 684 kasus, yang di sebabkan oleh perdarahaan sekitar 33,19% kasus, hipertensi dalam kehamilan sekitar 3,36% kasus, infeksi sekitas 9,30% kasus, gangguan peredaran darah(jantung) 1,75% kasus, gangguan metabolic sekitar 19,74% kasus, dan penyebab lain 141 kasus. Sedangkan jumlah Angka kematian ibu di Kabupaten garut mencapai 55 kasus. Jumlah kematian ibu tahun 2019 berdasarkan pelaporan profil kesehatan kabupaten/kota sebanyak 684 kasus atau 74,19 per 100.000 KH, menurun 16 kasus dibanding tahun 2018 yaitu 700 kasus. Kematian ibu

sebanyak 64 orang terjadi pada ibu hamil sebanyak 1,7%, ibu bersalin sebanyak 22,95% dan ibu nifas sebanyak 4,25%.(Dinas kesehatan Jabar,2019)

Banyaknya kematian pada masa intranatal ini karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat beresiko terhadap kematian ibu dan janin pada saat persalinan.selama persalinan dapat terjadi komplikasi yang mungkin dapat terjadi karena kesalahan penolong dalam persalinan. umumnya partus persalinan tidak bermasalah, tetapi setiap persalinan mempunyai resiko komplikasi. (Lailyana et al, 2014, h.5). Persalinan merupakan urutan peristiwa dikeluarkannya bayi ketika sudah memasuki cukup bulan kelahiran, partus normal merupakan salah satu cara pengeluaran hasil pembuahan yang hidup dalam rahim melewati vagina yang kemudian keluarlah bayi ke dunia pada usia yang sudah cukup yaitu sekitar 37-38 minggu ditandai oleh adanya peregangan Rahim yang dapat menimbulkan terjadinya penipisan, pelebaran serviks kemudian menstimulasi janin untuk keluar melewati tempat lahir tanpa menggunakan alat maupun pertolongan (lahir langsung) dan tidak disertai adanya masalah pada ibu dan janin. (Indah, firdayanti 2019)

Hasil pendataan bidang pencatatan dan pelaporan rekam medic Puskesmas Karangpawitan Garut 2020 angka kelahiran ibu secara normal pervaginam / spontan pada priode Januari – Desember 2020 di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan yaitu 202 ibu, yang ditangani oleh bidan desa sekitas 56 (27,7%), yang datang sendiri ke Puskesmas 124 orang (61,3%),

kasus preeklamsi di ruang bersalin 22 orang (10,8%). (Rekam medis Puskesmas karangpawitan 2020)

Ada banyak masalah yang dapat menyertai proses persalinan salah satunya adalah nyeri. Nyeri selama proses persalinan merupakan kondisi fisiologis, namun jika dibiarkan nyeri dapat mempengaruhi kondisi ibu berupa mempengaruhi kontraksi uterus melalui sekresi kadar katekolamia yang menaikkan aktivitas system syaraf simpatis, perubahan tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, dan akibatnya mempengaruhi lama persalinan, kecemasan dan kelelahan atau kekuatan ibu akan habis saat persalinan. (rahmawati el al., 2013). Selain itu proses persalinan dapat menimbulkan beberapa komplikasi diantaranya : perdarahan, preeklamsi/eklamsi dan infeksi. Persalinan lama juga dapat menyebabkan kematian ibu dan janin karena dapat menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi, dan perdarahan post partum (Ardhiyanti & Susanti, 2016).

Berdasarkan hal tersebut penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian terhadap kejadian saat persalinan dan menuangkan pemikiran melalui karya tulis ilmiah yang berjudul “ **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H G3P2A0 INPARTU KALA II DI UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**”.

B. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan keperawatan

secara langsung dan kompresensif mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan aspek biologis-patologis-sosial-spiritual pada pasien Ny. H (G3P2A0) inpartu di ruang bersalin UPT Puskesmas Karangpawitan Garut.

C. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam hal :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu
- e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu
- f. Mampu mendokumentasikan tindakan Keperawatan pada pasien Ny. H (G3P2A0) Inpartu

D. Metode telaah

Metode yang digunakan dalam menyusun karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses

keperawatan. Adapun dengan teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan cara :

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lainnya untuk mendapatkan data yang di perlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data patologi, social dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan pada ibu bersalin.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada ibu bersalin.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara insfeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Mempelajari data data klien dari catatan yang berhubungan dengan masalah klien. Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku buku perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep konsep yang berhubungan pada kasus ibu melahirkan.

5. Partisipasi Aktif

Melakukan kerjasama dengan klien, keluarga dan perawat ruangan memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

E. Sistematika Penulisan

Dalam menyusun karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB 1 : PENDAHULUAN

Meliputi latar belakang masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaah dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar teori teori yang relevan dengan judul inpartu.

BAB III : TINJAUAN TEORITIS

Tinjauan kasus dan pembahasan menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi : pengkajian , diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Beri kesimpulan dari prlaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori Inpartu

1. Definisi

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsep (janin, ketuban, dan cairan). Dari uterus ke dunia luar, melalui jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri (Indryani, 2016). Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan dengan belakang kepala berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan masa genetasi 37-42 minggu, (Indriyani,2016).

Sedangkan menurut prawirohardjo (2013), persalinan adalah peroses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun. dan mengatakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlnagsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa persalinan normal adalah pengeluaran hasil konsep (janin, ketuban, air) dari uterus kedunia luar. Melalui jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri (indriyani 2016) Sedangkan menurut Prawirohardjo (2013), persalinan adalah peroses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun. dan mengatakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada

kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlnagsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

2. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis dan bertujuan untuk dapat segera tepat dan cepat menginterpretasikan tanda-tanda gejala tertentu serta penemuan perubahan fisik dan laboratorium Apakah normal atau tidak.

a. Perubahan uterus

Selama persalinan uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda yaitu segmen atas dan segmen bawah titik dalam persalinan perbedaan antara segmen atas dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peran yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang perang Pasifik dan makin tipis dengan majunya persalinan karena ditegangkan. Segmen bawah uterus dianalogikan dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil. Sebagai akibat menipisnya segmen bawah uterus dan bersamaan dengan menempelnya segmen atas batas antara kedua ditandai oleh 1 lingkaran pada permukaan dalam uterus yang disebut sebagai cincin retraksi fisiologis titik jadi, secara singkat

segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, menjadi tebal, dan mendorong janin keluar sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi pada segmen atas sedangkan segmen bawah uterus dan serviks mengadakan relaksasi dilatasi serta menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui janin. (Sulis Diana. 2019)

b. Perubahan serviks

Tenaga yang efektif pada kala 1 persalinan adalah kontraksi uterus yang selanjutnya akan dihasilkan tekanan hidrostatik ke seluruh selaput ketuban terhadap serviks dan segmen bawah uterus bila selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin dipaksa langsung mendesak daya dorong ini terjadi dua perubahan mendasar yaitu pendataran dan dilatasi pada serviks yang sudah melunak titik pada multipara penurunan bagian bawah janin terjadi secara khas agak lambat tetapi pada multipara khususnya yang cepat ternyata tinggi penurunan bisa berlangsung secara tepat. Pendataran dari servis ialah pemendekan dari canalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran yang panjang 1 sampai 2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis, Sebetulnya pendataran serviks sudah dimulai dalam kehamilan dan serviks yang pendek membuka lebih dari setengahnya telah merata) merupakan tanda dari serviks yang matang.

Faktor-faktor yang menyebabkan pembukaan serviks ialah :

- 1) Mungkin otot serviks menarik pada pinggir ostium memperbesarkannya.

2) Waktu kontraksi segmen bawah rahim dan serviks diregangkan oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks. Waktu berkontraksi bagian selaput yang terdapat diatas kanalis servikalis ialah yang disebut ketuban, menonjol ke dalam Canalis servikalis dan membukanya.

c. Perubahan kardiovaskuler

Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang denyut jantung di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi detak jantung akan meningkat cepat selama kontraksi berkaitan juga dengan peningkatan metabolisme. Sedangkan antara kontraksi detak jantung mengalami peningkatan sedikit dibandingkan sebelum persalinan.

d. Perubahan tekanan darah

Perubahan tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10 sampai 20 mmhg dan kenaikan diastolik rata-rata 5 sampai 10 mmhg. Pada waktu di antara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring Perubahan tekanan darah

selama kontraksi dapat menghindari nyeri rasa takut dan kekhawatiran dapat meningkatkan tekanan darah.

e. Perubahan nadi

Frekuensi denyut jantung nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

f. Perubahan suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5^{\circ} - 1^{\circ} \text{C}$. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar. Tetapi keadaan ini berlangsung lama keadaan suhu ini mengidentifikasi adanya dehidrasi. Parameter lain yang harus diperiksa antara lain selaput ketuban pecah atau belum karena hal ini merupakan tanda infeksi.

g. Perubahan pernapasan

- 1) Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal.
- 2) Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan ekologis. Sistem pernapasan juga beradaptasi titik peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernapasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (PH meningkat), hipoksia jika Ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengonsumsi oksigen

hampir dua kali lipat. Kecemasan juga meningkat saat pemakaian oksigen.

h. Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerob maupun Anaerob meningkat dengan kecepatan tetap titik peningkatan ini terutama disebabkan oleh A anxietas dan aktivitas otot rangka peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh denyut nadi pernapasan curah jantung dan cairan yang hilang.

i. Perubahan gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang tidak di selama periode menjelang persalinan atau fase Normal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan titik mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

j. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gram/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu gula darah

berkurang dengan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5.000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot Dan rangka.

3. Fisiologi Persalinan

Faktor hormonal yang berkait dengan terjadinya kekuatan his sehingga terjadi persalinan diantaranya: pertama, estrogen yang mampu meningkatkan sensitivitas otot Rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan oksitosin prostaglandin dan rangsangan mekanis.

Kedua, progesterone mampu menurunkan sensitivitas otot Rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan mekanis serta menyebabkan otot Rahim dan otot polos relaksasi. Perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran oksitosin yang menimbulkan kontraksi Braxton hick. Kontraksi Braxton hick akan menjadi kekuatan dominan saat dimulainya persalinan. (saifuddin, 2012)

4. Adaptasi psikologi ibu bersalin

Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya

cenderung mengalami proses persalinan yang lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa di damping suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan. (Rahmawati 2014)

5. Klasifikasi

Ada 3 klasifikasi persalinan menurut Asrinah (2012) berdasarkan cara dan usia kehamilan

a. Persalinan Normal

Adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu pada umumnya berlangsung dari 24 jam.

b. Persalinan Buatan

Adalah persalinan dengan tenaga dari luar *ekstraksiforceps, ekstraksi vacuum dan sectiosesaria*.

c. Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

1) Menurut Yanti (2012) mulainya persalinan disebabkan oleh :

a) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot Rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot Rahim,

selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan progesterone menurun sehingga timbul his,

b) Teori *Oxytocin*

Pada akhirnya kehamilan kadar *oxytocin* bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot Rahim.

c) Keregangan Otot – otot

Seperti halnya kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka menjelang kehamilan makin teregang otot-otot Rahim makin rentan.

d) Hipofise dan kelenjar suprarenal rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua disangka menjadi salah satu sebab permulanya persalinan,

6. Tahap- tahap Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

a. Kala I (kala pembukaan)

Berdasarkan kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap

(10cm). Inpartu ditandai dengan keluarnya lender campur darah (blood show), penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus ($>3 \times 10'40''$) yang menyebabkan perubahan serviks. (Prawirohardjo,2014)

Kala I dibagi 2 fase :

1) Fase laten dalam kala satu persalinan

- a) Dimulai sejak awal berkontraksinya yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala I persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (multipara dan primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

(Prawirohardjo,2014)

b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 1 ¼ jam – 2 jam pada primi dan – 1 jam pada multi.

c. Kala III (pengeluaran Uri)

Dimulai segera setelah lahir bayi sampai lahirnya plasenta yang berlangsung lebih dari 30 menit.

d. Kala IV (Kala pengawasan)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

(Saifuddin,2014)

7. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut sujyatini (2012) yang ada beberapa factor yang mempengaruhi persalinan, antara lain :

a. Power kekuatan HIS dan mengejan :

1) His (kontraksi otot rahim)

2) Kontraksi

3) Kontraksi diaphragma pelvis atau kekuatan mengejan

b. Passage jalan lahir (panggul) : jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

c. Passenger (fetus) : Janin dan plasenta

d. Psikis : Psikologis ibu

e. Penolong : Bidan atau Dokter

8. Tanda – Tanda Menjelang Persalinan

a. Lightening

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul. Lightening menyebabkan ibu jadi sering berkemih karena ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh dan kram pada tungkai. (varney,2012)

b. Perubahan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”, kalau tadinya masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang, dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi.

c. *Blood Show* (pengeluaran lender disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan pendarahan sedikit. *Blood show* paling sering terlihat sebagai rembes lender bercampur darah yang lengket dan harus bedakan cermat dari perdarahan yang murni.

d. His palsu

His palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum persalinan, sifat his palsu:

rasa nyeri di bagian bawah, tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks, durasi pendek, tidak bertambah jika beraktifitas.
(Varney,2012)

9. Tanda Persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- 4) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah

b. Pengeluaran lender darah

c. Perubahan pada serviks

d. Pengeluaran cairan/ air ketuban (Asrinah, 2013)

10. Mekanisme Persalinan

a. Turunya kepala

Masuknya kepala dalam pintu atas panggul.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar.

c. Putaran Paksi Dalam (PPD)

Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan bawah symphysis.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

e. Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak.

f. Expulsi

Setelah rotasi luar bahu depan sampai bawah symphysis dan menjadi hypomochilionnya untuk kelahiran bahu belakang menyusul bahu depan dan selanjutnya seluruh badan anak lahir sesuai kurve jalan lahir. (Widia,2012)

11. Komplikasi

Komplikasi persalinan merupakan keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi akibat gangguan (langsung) dari persalinan, diantaranya adalah :

- a. Ketuban pecah dini
- b. Persalinan preterm
- c. Vasa previa
- d. Proplas tali pusar

- e. Kehamilan postmatur
 - f. Persalinan disfungsi
 - g. Distosia bahu
 - h. Rupture uterus
 - i. Plasenta akreta
 - j. Inversi uterus
 - k. Perdarahan pasca partum dini
- (Irmayanti 2011)

12. Penatalaksanaan

Menurut Wiknjastro (2011), penatalaksanaan yang diberikan untuk persalinan normal yaitu:

- a. Penanganan umum
 - 1) Lakukan evaluasi cepat keadaan ibu
 - 2) Upaya melakukan konfirmasi umur kebersalinan bayi
- b. Prinsip Penanganan
 - 1) Coba hentikan kontraksi uterus atau penundaan kebersalinan, atau
 - 2) Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya

3) Pengobatan / penanganan

Tokolitik dengan menggunakan Magnesium Sulfat : dosis awal 4 gr intravena dilanjutkan dengan 1-3 gr/jam Efeksamping yang ditimbulkan yaitu depresi pernafasan, untuk antidatumnya berupa calsi gluconas. Golongan androgenik untuk merangsang reseptor pada otot polos uterus sehingga terjadi relaksasi dan hilangnya kontraksi.

- c. Pematangan paru janin dengan pemberian kortiko steroid diberikan pada umur kebersalinan 34-38 minggu dan 24 jam sebelum persalinan, pemberian surfaktan.

- d. Pemberian antibiotic

Obat oral yang di anjurkan diberikan adalah eritromisin 3 x 500 mg selama 3 hari. Obat pilihan lain adalah ampicilin 3 x 500 mg selama 3 hari atau dapat menggunakan antibiotic lain seperti klindamisin. Tidak digunakan pemberian ko-amoksiklaf karena resiko NEC.

- e. Cara persalinan

Bila janin presentasi kepala, maka diperbolehkan partus pervaginam bisa dilakukan episiotomy dari dengan menggunakan forcep mengurangi trauma kepala dan melindungi kepala janin. Section caesarea tidak memberikan prognosis yang lebih baik bagi bayi, bahkan merugikan ibu.

Prematuritas janganlah dipakai sebagai indikasi untuk melakukan section caesarea. Oleh karena itu, section caesarea hanya dilakukan atas indikasi obstetric. Pada kebersihan letak sungsang 30-34 minggu, section caesarea dapat dipertimbangkan. Setelah kebersalinan lebih dari 34 minggu, persalinan dibiarkan terjadi karena morbiditas dianggap sama dengan kebersalinan aterm. (Saifuddin, 2012)

13. Patofisiologi

Untuk menentukan pecahnya ketuban ditentukan dengan lakmus. Pemeriksaan pH dalam ketuban adalah asam, dilihat apakah memang air ketuban keluar dari kantis serviks dan adalah bagian yang pecah. Pengaruh terhadap ibu karena jalan janin terbuka dapat terjadi infeksi inpotraportal. Peritoritis dan dry loudry labour. Ibu akan merasa lelah, suhu naik dan tampak gejala infeksi intra uterin lebih dahulu sebelum gejala pada ibu dirasakan. Jadi akan meningkatkan mortalita dan morbiditas perinatal. Setelah 1/2 jam ketuban pecah tidak terjadi persalinan spontan (partus lama) maka persalinan diinduksi.

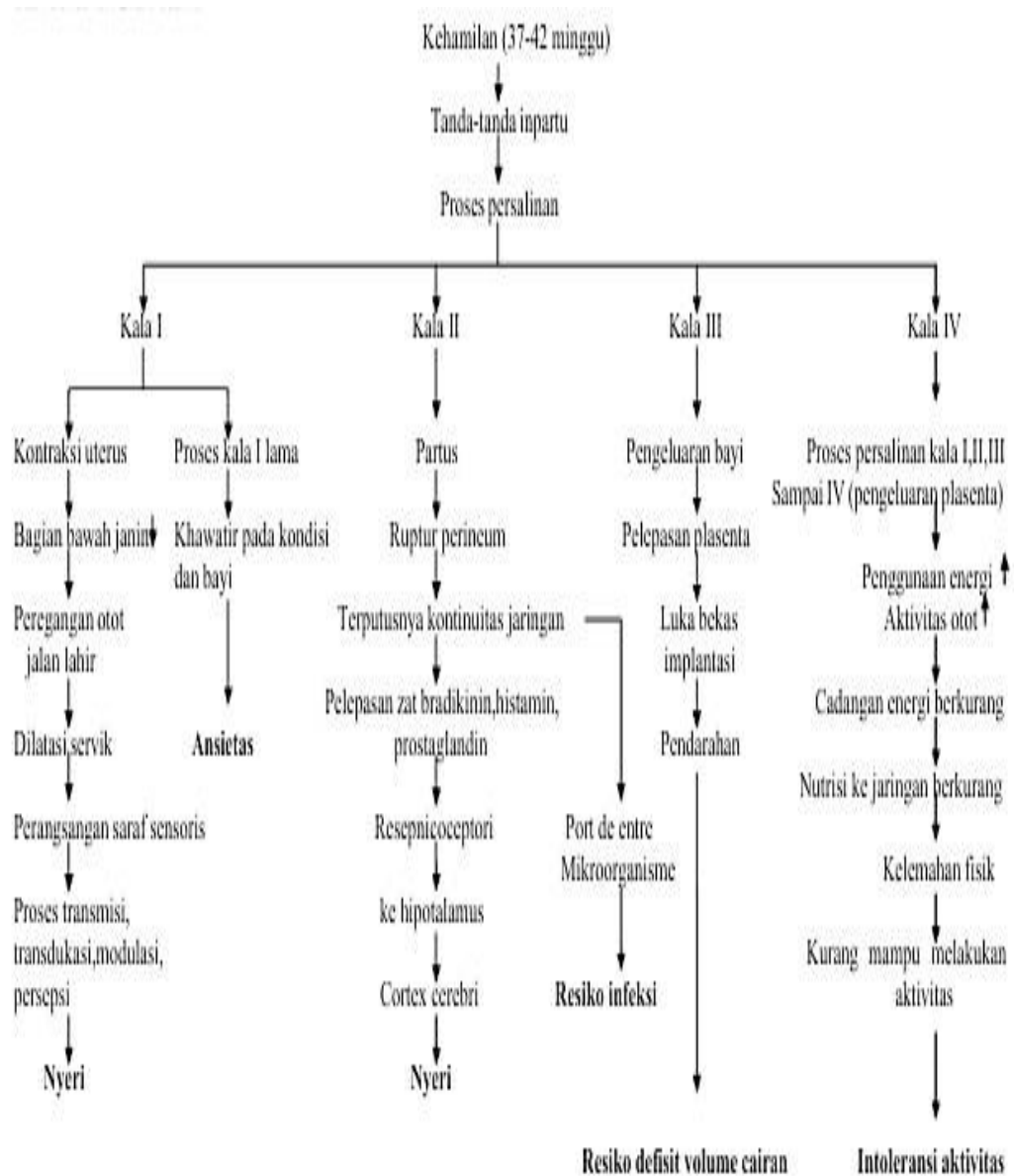
Persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu :

- a. Kala I dimulai dari pada saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase. Fase laten (8 jam) servik membuka sampai 5 cm dan fase aktif (7 jam) servik membuka diri 3 sampai 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

- b. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
- c. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
- d. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama pos partum (Prawirohardjo, 2014)

14. Pathway

Bagan 2.1 pathway persalinan normal



Sumber : Jurnal Universitas Sumatera Utara, 2011

15. Dampak Ibu Bersalin Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Abraham Maslow mengemukakan Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri.

a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, antara lain pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minum), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Kebutuhan rasa aman terkait dengan kemampuan seseorang dalam menghindari bahaya, yang ditentukan oleh pengetahuan dan kesadaran serta motivasi orang tersebut untuk melakukan tindakan pencegahan. Ada tiga faktor penting yang terkait dengan keselamatan dan keamanan, yaitu tingkat pengetahuan dan kesadaran individu, kemampuan fisik, dan mental dalam mempraktikkan upaya pencegahan, serta lingkungan fisik yang membahayakan atau berpotensi menimbulkan bahaya. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

adalah kebutuhan rasa bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan yang tidak nyaman pasien. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Secara umum nyeri dibedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali), tidak konstan.

Nyeri kronis adalah sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode 6 bulan atau lebih. Nyeri kronis sangat sulit dihadapi, dan mekanisme pasrti terlibat tidak sepenuhnya dipahami. Individu yang megalami nyeri kronis biasanya melaporkan rasa terbakar, sensasi kesemutan, atau nyeri tertembak yang konstan. Nyeri kronis dapat mengganggu gaya hidup dan tampialn seseorang, terutama jika penyebab nyeri tidak diketahui. Nyeri mempunyai skala seperti skala intensitas atau skala distres nyeri biasanya diberikan untuk anak berusia leih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif,

dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 sampai 10
(Caroline Bunker Rosdahl & Mary T. Kowalski, 2014)

Konsep dasar nyeri persalinan, Fisiologi nyeri persalinan Proses terjadinya nyeri persalinan terdiri dari empat komponen berikut ini:

1) Tidak Nyaman Neurologis (Nyeri kala I)

Rasa tidak nyaman selama persalinan kala pertama disebabkan oleh dua hal, yaitu penipisan dan delatasi serviks serta iskemia rahim (penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami defisit) akibat kontraksi miometrium.

2) Rasa Tidak Nyaman Neurologis (Nyeri Kala II)

Pada kala II, persalinan utamanya pada pengeluaran bayi, ibu mengalami nyeri somatik atau nyeri pada perineum. Nyeri ini disebabkan oleh karena peregangan perinium, tarikan uteroservikal, tekanan bagian presentasi terhadap ajalan lahir.

3) Ekspresi Nyeri Sensasi nyeri akibat respon psikis dan reflek fisik, kualitas nyeri fisik dinyatakan sebagai nyeri tusukan, nyeri terbakar, rasa sakit, denyutan sensai tajam rasa mual dan kram.

4) Persepsi nyeri Rasa nyeri berbeda pada setiap individu. manusia mengembangkan berbagai mekanisme untuk mengatasi nyeri tersebut. Ketegangan akibat emosi, rasa cemas dan rasa takut dapat memperberat sensasi nyeri selama proses persalinan. Nyeri dapat menginduksi rasa ketakutan sehingga timbul kecemasan berakhir

dengan kepanikan. Keletihan dan kurang tidur juga dapat memperberat nyeri.

Pengalaman nyeri persalinan dapat mempengaruhi persepsi wanita tentang nyeri persalinan. Karena wanita primipara mengalami proses persalinan yang lebih panjang, mereka merasa lebih letih(Wagiyo, 2016).

Beberapa pendekatan manajemen nyeri untuk kelahiran di antaranya:

- a. Metode Leboyer adalah sebuah pendekatan yang berfokus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
- b. Metode Bradley menggunakan pernapasan perut dan relaksasi umum. Pernapasan dalam dapat meningkatkan relaksasi, membuat ibu fokus, dan mengalihkannya dari rasa sakit
- c. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan, dan persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga serta kelompok sosial.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain, terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu juga orang butuh pengakuan diri orang lain. 5. Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Caroline Bunker Rosdahl & Mary T. Kowalski, 2014)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas ibu

Nama, nama panggilan, alamat, bahasa yang digunakan. Usia ibu dalam kategori usia subur (15-49 tahun). Bila didapatkan terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) merupakan kelompok resiko tinggi. Pendidikan dan pekerjaan klien. (Taufan, 2014)

b. Keluhan utama

Berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan. Pada umumnya, klien akan mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, keluarnya lendir dan darah, perasaan selalu ingin buang air kecil, bila buang air kecil hanya sedikit-sedikit. (Rohani, 2011)

c. Riwayat kesehatan

Dapat digunakan untuk peringatan akan adanya penyulit saat persalinan. Data yang perlu dikaji adalah pernah atau sedang menderita keputihan, infeksi, gatal karena jamur, tumor, penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati, 2013).

d. Riwayat penyakit

1) Riwayat penyakit sekarang

Dalam pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, his makin sering, teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur

lendir), kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Maka yang diuraikan dalam riwayat kesehatan sekarang dengan menggunakan PQRST, yaitu :

- a) P (*Paliative/provative*) : Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri bertambah. Biasanya nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat digerakan. Dan nyeri yang klien rasakan berkurang ketika diistirahatkan atau didiamkan.
- b) Q (*Qualitative/Quantitative*) : Nyeri yang dirasakan klien seperti apa: apakah rasanya tajam, sakit seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan ini dengan kata – katanya).
- c) R (*Region*) : Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik. Nyeri yang dirasakan oleh klien melahirkan dirasakan di bagian perut.
- d) S (*Scale*) : Nilai nyeri dalam skala 1 – 10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang pling sakit. Cara lain adalah menggunakan skla FACES untuk pasien anak – anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan berbicara.
- e) T (*Time*) : Kapan nyeri yang dirasakan mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba – tiba; apakah nyeri muncul terus- terusan atau kadang- kadang. Biasanya nyeri yang

dirasakan hilang timbul apabila nyerinya bertambah pada saat digerakan.

2) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui apakah adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan.

3) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, menurun seperti jantung dan DM.

4) Riwayat obstetri

Riwayat haid. Ditemukan amenorrhea (aterm 38-42 minggu), prematur kurang dari 37 minggu. Adanya gerakan janin, rasa pusing, mual muntah, dan lain-lain. Pada primigravida persalinan berlangsung 13-14 jam dengan pembukaan 1 cm/ jam, sehingga pada multigravida berlangsung 8 jam dengan 2 cm/ jam.

5) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan klien dan lamanya perkawinan.

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

a) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan.

- b) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan.
- c) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (abortus, lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas, dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya.

7) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi :

- a) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan.

- b) Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Untuk mengetahui perkiraan lahir.

- c) Keluhan-keluhan

Trimester I : berisi tentang bagaimana awal mula terjadinya kehamilan, ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

Trimester II : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin, usia berapa merasakan gerakan janin(gerakan pertama fetus pada

primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.

Trimester III : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

8) Riwayat KB

Apakah selama sebelum hamil ibu menggunakan KB, jika iya ibu menggunakan KB jenis apa, sudah berhenti berapa lama, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan. Hal ini untuk mengetahui apakah kehamilan ini karena faktor gagal KB atau tidak.

9) Riwayat Psikososial dan Budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menerima kondisi dan perannya. Untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan.

2. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum baik, sedang, jelek (Prawirohardjo, 2014). Pada kasus persalinan normal keadaan umum pasien baik.

b. Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien composmentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan persalinan normal kesadarannya composmentis (Rohani, 2011)

1) Tanda vital

- a) Tekanan darah : Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg (Saifuddin, 2010)
- b) Nadi : Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit (Saifuddin, 2010). Batas normalnya 69-100x/ menit (Taufan, 2014)
- c) Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2010). Batas normalnya 12-22x/ menit (Taufan, 2014)
- d) Suhu : Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°C (Wiknjosastro, 2009). Suhu tubuh pada ibu bersalin dengan persalinan normal 38°C (Taufan, 2014).

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bentuk simetris, apakah terdapat nyeri tekan, penyebaran rambut merata, apakah ada benjolan yang abnormal, apakah muncul

keluhan pusing. Warna kulit wajah, pigmentasi kulit wajah, tidak adanya cloasma gravidarum dan tidak adanya lesi dikepala maupun wajah, Palpasi apakah terdapat nyeri tekan, apakah ada benjolan yang abnormal, apakah ada edema atau tidak, pada bagian kepala maupun wajah.

2) Mata

Bentuk simetris antara kiri dan kanan , kemungkinan konjungtiva anemis, warna sklera putih, refleks pupil mengecil saat terkena cahaya senter dan menebal saat cahaya dijauhkan, fungsi penglihatan baik ditandai dengan klien dapat membaca papan nama perawat. Biasanya tidak ada keluhan.

3) Telinga

Bentuk simetris antara kiri dan kanan, apakah ada serumen, tidak ada nyeri tekan, biasanya fungsi pendengaran baik, biasanya tidak ada keluhan.

4) Hidung

Bentuk simetris, apakah terdapat secret, PCH, apakah fungsi fungsi penciuman baik atau tidak.

5) Mulut

Bentuk bibir simetris, apakah mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat caries gigi, lidah nampak bersih, fungsi pengecapan baik ditandai biasanya dengan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

6) Leher

Apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening (KGB) atau pembesaran JVP, pergerakan bebas, dan lesi.

7) Dada

Bentuk simetris, biasanya irama nafas teratur, bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan / mur-mur), tidak terdengar suara tambahan whezing (-), ronkhi (-), tidak terdapat benjolan dan nyeri tekan. Payudara simetris, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, mammae tegang terdapat sedikit nyeri tekan, puting menonjol, kolostrum belum keluar, payudara nampak bersih.

8) Abdomen

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

a) Bentuk

Terdapat pembesaran perut sesuai usia kehamilan

b) Bekas operasi SC

Tidak terdapat luka bekas oprasi

c) Striae

Suatu garis memanjang yang timbul karena peregangan dikulit.

d) Linea

Garis kehamilan yang biasanya terbentang memanjang dari pusar hingga tulang kemaluan dengan warna yang hitam.

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani dkk, 2013).

(2) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin. Pemeriksaan digunakan untuk memastikan letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya bokong)

(3) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan

(Rohani dkk, 2013).

(4) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Untuk menentukan TBJ dapat menggunakan rumus dari Jhonson Thusak yang didasarkan pada TFU yang dapat dibuat variasi berdasarkan turunnya bagian terendah pada panggul (Ummi Hani, dkk, 2011)

9. Genetalia

Digunakan untuk mengkaji tanda tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda tanda infeksi vagina. (Sulistyawati,2013)

a. Ekstremitas

Atas : bentuk simetris, biasanya tidak terdapat oedema, kemungkinan kekuatan otot lemah.

Bawah : bentuk simetris, kemungkinan tidak terdapat oedema dan varises, kemungkinan kekuatan otot lemah, kemungkinan tidak terdapat tanda-tanda homan.

10. Pola Aktivitas Sehari – hari

a. Pola Nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS, mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Biasanya pada ibu post partum ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makanan.

b. Pola Istirahat Tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya pada ibu post partum, ibu mengalami gangguan tidur dikarenakan perasaan kurang nyaman dengan luka (episiotomi jika ada), ataupun perubahan pola tidur.

c. Personal Hygiene

Mencakup kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene, biasanya keadaan personal hygiene ibu tidak rapih, karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan personal hygienya secara mandiri

d. Pola Aktivitas

Mencakup kegiatan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS
Biasanya ibu mengalami intoleransi aktivitas pasca melahirkan karena akibat kelelahan yang dialami setelah persalinan. Sehingga perlu diperhatikan khusus dari keluarga dan tim medis untuk pemenuhan kebutuhsn sehari hari ibu.

e. Data Penunjang

Digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan :

- 1) USG
- 2) Laboratorium meliputi : kadar hemoglobin (HB), Golongan darah.

- 3) Observasi
- 4) Laporan Persalinan Normal

3. Kala Persalinan

a. Kala I

- 1) Mulai persalinan

Mencatat mulainya persalinan

- 2) Tanda & gejala

Mengobservasi tanda dan gejala seperti: rasa nyeri datang lebih kuat, keluar lender bercampur darah, kadang kadang ketuban pecah

- 3) TTV

Melakukan tanda – tanda vital

- 4) Lama kala I

Mengkaji lamanya persalinan pada kala I dan

- 5) Keadaan psikososial

Menjelaskan bagaimana keadaan psikososial pasien

- 6) Kebutuhan khusus klien

Menkaji kebutuhan khusus pada klien pada saat persalinan

- 7) Tindakan

Menjelaskan tindakan apa saja yang dilakukan pada kala I

- 8) Pengobatan

Pengobatan apa yang di berikan pada proses persalinan kala I

9) Observasi kemajuan persalinan

Terlampir di patograf

b. Kala II

1) Kala II dimulai

Mencatat kapan dimulainya persalinan kala II

2) TTV

Mengobservasi tanda- tanda vital

3) Lama kala II

Mencatat berapa lama persalinan di Kala II

4) Tanda & gejala

Tanda dan gejala pada persalinan kala II diantaranya: ibu merasakan ingin meneran bersama terjadinya kontraksi, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lender darah.

5) Keadaan psikososial

Mengkaji bagaimana keadaan psikososial pada klien

6) Kebutuhan khusus

Mengkaji kebutuhan khusus apa pada kala II

7) Tindakan

Menjelaskan tindakan apa yang telah dilakukan

c. Catatan Kelahiran

1) Bayi lahir jam:

Mencatat kapan bayi lahir

- 2) Nilai APGAR menit I dan menit V

Menilai APGAR SCORE pada bayi baru lahir pada menit ke I dan mneit Ke V

- 3) Perineum (utuh/ episiotomy/ rupture) jika rupture,

Mengkaji apakah pada perineum terjadi rupture, atau utuh ataupun dilakukanya tindakan episiotomy

- 4) Bonding ibu dan bayi (Inisiasi Menyusu Dini)....

- 5) TTV

Memeriksa tanda – tanda vital

- 6) Pengobatan

Menjelaskan pengobatan apa yang di berikan

d. Kala III

- 1) Tanda & gejala

Tanda dan lepasnya plasenta diantaranya: uterus menjadi bundar, perdarahan yang agak banyak, memanjangnya tali pusar yang lahir, dan naiknya fundus uteri karena naiknya Rahim lebih mudah digerakan

- 2) Plasenta lahir

Mencatatat kapan plasenta lahir

- 3) Karakteristik plasenta

Mengobaservasi bagaimana karakteristik pada plasenta, normalnya plasenta berdiameter 22cm dan memiliki tebal

seukuran 2 sampai 2,5 cm, berat plasenta normal berkisar 470 gram.

4) Ukuran

Mencatat berapa ukuran pada plasenta

5) Panjang tali pusat

Mencatat berapa panjang pada tali pusat

6) Perdarahan

Mengkaji berapakan perdarahan yang keluar

7) Karakteristik

Menjelaskan bagai mna karaketristik pada darah tersebut

8) Keadaan psikososial

Mengkaji bagaimana keadaan psikososial klien

9) Kebutuhan khusus

Menjelaskan kebutuhan khusus pada kala III

10) Tindakan

Menjelaskan tindakan apasaja yang telah dilakukan

11) Pengobatan

12) Menjelaskan pengobatan apa yang telah diberikan

e. Kala IV

1) Mulai jam

Mencatat dimulainya pada persalinan kala IV

2) TTV

Mengobservasi Tanda – Tanda vital

3) Kontraksi uterus

Menjelaskan bagaimana kontraksi uterus

4) Perdarahan

Mengkaji apakah terjadi perdarahan dan bagaimana karakteristik darah tersebut

5) Bonding ibu & bayi

6) Tindakan

Menjelaskan tindakan apa yang telah dilakukan

4. Analisa Data

Menurut Hidayat 2013, analisa data merupakan kegiatan akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data . Melalui indentifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan/masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi tatalaksana kesehatan, pola aktivitas latihan, pola nutrisi metabolisme dll.

Diagnose Keperawatan Kala I

a. Analisa data kala I

Table 2.1 Analisa Kala I

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Biasanya ditemukan sakit pada pinggang menjalar ke abdomen.	Terjadinya ontrakksi uterus sebelum persalina menyebabkan his berulang, dan menimbulkan Peningkatan kontraksi dan pembukaan serviks uteri. Adanya impuls saraf	Nyeri akut

	(1)	(2)	(3)
2	nyeri abdomen/ uterus yang semakin sering dan lama dan kuat Biasanya ditemukan rasa cemas pada saat proses melahirkan, selalu meminta ditemani oleh suami atau keluarganya.	afferent dari serviks ke uterus, dan menimbulkan nyeri akut Pada proses persalinan kala I lama menyebabkan Khawatir pada kondisi dan bayi,Ansietas	Axietas / kecemasan

(sumber : Doenges,2012)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan adanya kontraksi uterus
- 2) Kecemasan berhubungan dengan terjadinya persalinan

b. Analisa data kala II

Tabel 2.2 Analisa Kala II

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Terjadi rasa mulas seperti ingin buang air besar, nyeri yang dirasakan semakin kuat	Terjadinya ontrakksi uterus sebelum persalina menyebabkan his berulang, dan menimbulkan Peningkatan kontraksi dan pembukaan serviks uteri. Adanya impuls saraf afferent dari serviks ke uterus, dan menimbulkan nyeri akut	Nyeri akut
2	Biasanya Terjadinya pembukaan vagina pada saat pengeluaran kepala janin. Perubahan vagina, adanya robeakan atau tidak	Pada saat proses persalinan, saat post partum, biasa menyebabkan resiko perdarahan, resiko kerusakan integritas kulit	Resiko kerusakan integritas kulit

(sumber : Doenges, 2012)

Diagnosa Keperawatan Pada Kala II

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan adanya kontraksi uterus

- 2) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan terjadinya pembukaan pada saat pengeluaran kepala bayi

c. Analisa data kala III

Tabel 2.3 Analisa Kala III

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Laporan berapa banyak pendarahan, terdapat tanda kurnagannya cairan dlam tubuh	Proses persalinan, post partum terjadi resiko perdarahan	Resiko deficit volume cairan

(Sumber : Doegoes, 2012)

Diagnosa Keperawatan Pada Kala III

- 1) Resiko Devisit volume cairan berhubungan perdarahan

d. Asuhan keperawatan kala IV

Tabel 2.4 Analisa Kala IV

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Laporan berapa banyak pendarahan, terdapat mukosa bibir kering	Proses persalinan, post partum terjadi resiko perdarahan	Resiko defisit volume cairan
2	Laporan keletihan, merasa lemas, terlihat berkeringat	Proses persalinan, menyebabkan pengurangan energy meningkat, metabolisme tubuh, meningkat cadangan energy dalam tubuh berkurang menyebabkan kelelahan	Kelelahan

(sumber : Doengoes, 2012)

Diagnosa Keperawatan Pada Kala IV

- 1) Resiko devisit vuleme cairan berhubungan dengan adanya perdarahan
- 2) Kelelahan berhubungan dengan penurunan cadangan energi akibat peningkatan metabolisme

5. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan. (Doengoes, 2012)

- Kala I

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam rasa nyeri teratasi.

Kriteria Hasil :

- Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan mampu mengontrol nyeri
- Tidak mengejan sebelum waktunya

TTV dalam batas normal.

Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Kala I

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Obsevasi TTV	1. Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien.
2. Kaji skala nyeri	2. Dengan mengkaji skala nyeri maka dapat mengetahui perkembangan nyeri klien.
3. Anjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi Nafas dalam	3. Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengancara nafas dalam diharapkan klien dapat relaks
4. Atur posisi klien	4. Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri.
5. Anjarkan klien untuk melakukan blokudendal	5. Agar mengerangi arsa nyeri pada klien

Sumber : Doenges (2012)

b. **Anxieta/ kecemasan** berhubungan dengan proses persalinan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam rasa cemas.

Kriteria hasil:

- Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- Mengidentifikasi dan mengungkapkan teknik mengontrol cemas
- Vital sigh batas normal

Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Kecemasan Kala I

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1) Anjurkan keluarga klien untuk mendampingi 2) Jelaskan semua prosedur selama tindakan 3) Berikan informasi kesiapan persalinan 4) Observasi vital sign 5) Berikan dukungan dan support pada klien	1. Agar mengurangi rasa cemas klien apabila ada keluarga 2. Untuk mengurangi kecemasan klien 3. Untuk membuka pengetahuan klien 4. Untuk mengetahui kesehatan 5. Memotivasi dan mengontrol perasaan klien.

(Sumber : Jurnal Universitas Sumatra, 2011)

- Kala II

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam rasa nyeri teratasi.

Kriteria Hasil :

- Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan mampu mengontrol nyeri
- Tidak mengejan sebelum waktunya

TTV dalam batas normal.

Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Kala II

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Observasi TTV	1. Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien.

(1)	(2)
2. Kaji skala nyeri	2. Dengan mengkaji skala nyeri maka dapat mengetahui perkembangan nyeri klien.
3. Anjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri.	3. Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak berfokus pada nyeri dan bias teralihkan pada orang lain.
4. Atur posisi klien.	4. Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri.
5. Kolaborasi pemberian analgetik	5. Dengan berkolaborasi pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri

(Sumber : Doenges(2012))

- b. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan terjadinya pembukaan pada saat pengeluaran kepala janin

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam diharapkan resiko kerusakan integritas kulit.

Kriteria Hasil :

- Ttv normal
- Tidak terdapat tanda tanda terjadinya kelurusan integritas kulit

Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko kerusakan integritas kulit Kala II

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1) Obsevasi TTV	1) Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien.
2) Kaji sekresi vagina pantau tanda	2) Untuk mengetahui kepercayaan klien

(1)	(2)
tanda vital	
3)Tekankan pentingnya mencuci tangan yang baik	3)Mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis
4)Gunakan teknik aseptik saat pemeriksaan vagina	4)Agar terhindar dari bakteri
5)Lakukan perawatan setelah eliminasi	5)Menurunkan resiko kontaminasi, kolaborasi

(Sumber : Doenges, 2012)

- Kala III

- a. Devisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan devisi volume cairan teratasi.

Kriteria Hasil :

- TTV Normal
- Darah yang keluar 200-300cc

Table 2.9 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Devisit Voleme Cairan

Kala III

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Observasi TTV	1. Untuk mengetahui keadaan umum klien
2. Kaji TTV setelah pemberian oksitocin	2. untuk mengetahui meningkatkan vasokontraksi dalam uterus untuk mengontrol pendarahan
3. Palpasi uterus	3. untuk menunjukkan relaksasi uterus dengan perdarahan

(1)	(2)
4. Kaji TTV setelah pemberian oksitocin	rongga uterus 4. untuk mengetahui meningkatkan vasokontraksi dalam uterus untuk mengontrol pendarahan
5. Palpasi uterus	5. untuk menunjukkan relaksasi uterus dengan pendarahan kedalam rongga uterus
6. kaji pelepasan plasenta Cek karakteristik pelacenta, jika masih tertinggal maka lakukan eksplorasi uterus dan jalan lahir	6. untuk menegtehai apakah pelepasan plsenta yang keluar lengkap apakah tidak, dan kita bias melihat apaakn terjadi kelainan atau tidak
7. Menarik tali pusat dan placenta tidak berlebihan sesuai prosedur	7. agar tidak terjadi perdarahn pada saat pengeluaran yang berlebihan
8. Kaji tanda dan gejala syok	8. agar tidak terjadi syok
9. Massae uterus dengan perlahan setelah pengeluaran palasenta	9. untuk relaksasi perdaraha kedalam rongga uterus

(sumber : Doenges,2012)

- Kala IV

- a. Devisit volume cairan berhubungan dengan pendarahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan devisi volume cairan teratasi.

Kriteria Hasil :

- TTV Normal
- Darah yang keluar 200-300cc

Tabel 2.10

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Devisit Voleme Cairan Kala IV

Intervensi (1)	Rasional (2)
1. Kaji Turgor Kulit	1. Agar kita dapat melihat apakah klien kekurangan cairan atau Tidak
2. Kaji TTV setelah pemberian oksitocin	2. untuk mengetahui meningkatkan vasokontraksi dalam uterus untuk mengontrol pendarahan
3. Palpasi uterus	3. untuk menunjukkan relaksasi uterus dengan pendarahan ke dalam rongga uterus
4. kaji pelepasan plasenta Cek karakteristik plasenta, jika masih tertinggal maka lakukan eksplorasi uterus dan jalan lahir	4. untuk mengetahui apakah pelepasan plasenta yang keluar lengkap apakah tidak, dan kita bias melihat apakah terjadi kelainan atau tidak
5. Menarik tali pusat dan placenta tidak berlebihan sesuai prosedur	5. agar tidak terjadi perdarahan pada saat pengeluaran yang berlebihan
6. Kaji tanda dan gejala syok	6. agar tidak terjadi syok

(sumber: Doenges 2001)

b. Keletihan berhubungan dengan fisiologis (peningkatan kelemahan fisik)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam diharapkan mengatasi keletihan.

Kriteria Hasil :

- Ttv normal
- Tidak terdapat tanda tanda infeksi

Table 2.11
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Kelelahan Kala IV

Intervensi (1)	Rasional (2)
-------------------	-----------------

(1)	(2)
1. Kaji tingkat kelelahan	1. untuk mengetahui tingkat kelelahan
2. Memonitor pola tidur dan istirahat	2. memantau pola tidur agar tidak terjadi kelelahan
3. Bantu aktivitas sesuai kebutuhan	3. untuk memudahkan dan membantu dalam beraktifitas
4. Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebih	4. untuk beraktivitas status kelelahan klien dan tingkat emosi
5. Anjurkan klien untuk relaks	5. Agar kondisi klien pulih dan stabil

(sumber : doenges ,2012)

3. Implementasi

Merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak hak pasien, tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan terdapat dua tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan yang bersifat kolaboratif. (Hidayat, 2013)

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir proses keperawatan dengan cara melihat sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau

tidak. Dalam mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memenuhi respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang ingin dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasi rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (Data berupa keluhan klien), objektif (Data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan dengan teori), dan perencanaan.

Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan. (Hidayat, 2013)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. H
Tempa tanggal lahir	: Garut, 18 juli 1990
Umur	: 31 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Cimurah hilir
Status perkawinan	: Kawin
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sunda
Pekerjaan	: SD
Diagnose medis	: G3P2A0 Inpartu
Tanggal persalinan	: 9 maret 2021
Tanggal pengkajian	: 9 maret 2021
Tanggal masuk	: 9 maret 2021

2) Identitas Penanggung Jawa

Nama	: Tn. D
Umur	: 36 tahun
Alamat	: Kp. Cimurah hilir

Hubungan dengan pasien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Nyeri perut

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 9 maret 2021, pukul 07.25 WIB, Ny.H dibawa ke Puskesmas karangpawitan dengan G3P2A0, dengan kala 1 lama, sejak pagi jam 06.00 pasien tampak menahan nyeri saat kontraksi dengan skala nyeri 9(1- 10), nyeri yang dirasakan seperti kencang - kencang di perut dan menjalar ke punggung, semakin lama semakin bertambah nyeri, adanya ketegangan otot. Gerak janin + VT 4cm, ketuban+ DJJ 150x/menit. HPHT 17-06-2020,HPL 24-03-2021.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, Klien tidak memiliki riwayat hipertensi ataupun DM.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan klien di dalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM dan hipertensi maupun penyakit menular seperti hepatitis, TB paru, dll.

5) Riwayat Ginekologi Obstetri

a) G3P2A0 hamil anak ke-3, sudah pernah melahirkan 2 kali, usia kehamilan 39+2 minggu dengan HPHT 17 – 06 - 2020 HPL 24 – 03 – 2021.

a) Riwayat menstruasi

Menurut penuturan klien, klien menstruasi pada saat usia 14 tahun, siklus haid teratur dengan lama haid 7 hari. Sifat darah berwarna merah kecoklatan dengan bau khas, tidak ada keluhan selama haid, HPHT 17 – 06 – 2020, HPL 24 – 03 – 2021.

b) Riwayat perkawinan

Status klien menikah, klien menikah pada saat usia 21 tahun dan suami klien menikah pada saat berusia 26 tahun, lama perkawinan 10 tahun dan ini merupakan perkawinan pertama.

c) Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi seperti KB suntik, lamanya pemakaian selama 3 tahun dan sekarang klien berencana memakai alat kontrasepsi dengan menggunakan IUD.

d) Keadaan Saat Hamil

(1) Trimester I : pada saat trimester I klien mengeluh mual muntah namun tidak berlebih.

(2) Trisemester II : pada saat trisemester II klien mengeluh lemas dan sedikit mual

(3) Trisemester III : pada saat trisemester III klien mengatakan tidak ada keluhan yang berat.

e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu G3P2A0

Table 3.1

Riwayat persalinan lalu

No	Tgl Partus	Umur kehamilan	Jenis partus	Tempat	Jenis kelamin	BB	Masalah				keadaan
							Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	
1	2013	9 bulan	Spontan	Bidan	Laki-laki	-	-	-	-	-	Sehat
2	2017	9 bulan	Spontan	Bidan	Laki – laki	-	-	-	-	-	Meninggal

f) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut klien klien merasa hamil ketika hamil 2 minggu, keluhan yang dirasakan klien selama hamil hanya lemas dan mulai tetapi tidak berlebihan, gerakan anak pertama dirasakan pada kehamilan berusia 4 bulan, selama kehamilan klien tidak pernah melakukan imunisasi, penambahan berat badan selama hamil yaitu 71 kg, selama hamil klien teratur melakukan pemeriksaan ke tempat bidan terdekat.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

a) Kesadaran Umum : Compos Mentis

b) GCS : 15 (E :4 M :5 V:6)

c) Penampilan : klien tampak cemas

2) Tanda – Tanda Vital

b) Tekanan darah : 110/70 Mmhg

c) Pernafasan : 24X/ Menit

d) Nadi : 88x/ Menit

e) Suhu : 36,6°C

f) Tb : 151

g) Bb : 71 Kg

3) Kepala & Wajah

Warna rambut hitam, panjang rambut sebahu, rambut di ikat rapih, penyebaran rambut merata, warna kulit wajah sawo matang terdapat sedikit cloasma gravidarum pada wajah, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak ada nyeri tekan saat palpasi.

4) Mata

Bentuk kedua mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih, mata bersih tidak terdapat kotoran, fungsi penglihatan baik terbukti klien dapat membaca jelas papan nama perawat, tidak ada nyeri tekan

5) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi fungsi pendengaran baik, terbukti dengan klien dapat menjawab pertanyaan perawat.

6) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak terdapat secret, fungsi penciuman baik.

7) Mulut

Mulut simetris, mukosa bibir agak kering dan berwarna merah muda, gigi tampak bersih dan jumlahnya lengkap, tidak terdapat karies, reflex menelan baik

8) Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening/KGB dan kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan JVP, pergerakan leher baik dapat menegok ke kiri dan ke kanan.

9) Dada

a) Jantung

Bentuk dada simetris, TD 110/70 mmhg, frekuensi nadi 88x/menit, bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan / mur – mur)

b) Paru paru

Irama nafas teratur, bunyi nafas vesikuler, tidak terdengar suara tambahan wheezing (-), ronkhi (-).

c) Payudara

Payudara simetris kanan dan kiri, payudara tampak bersih, terdapat hiperpigmentasi areola, tidak ada pembengkakan payudara, tidak ada lesi. Pada saat dipalpasi mammae tegang terdapat sedikit nyeri sedikit tekan, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar.

10) Abdomen

Tidak ada luka bekas operasi, tampak linea nigra. Tampak striae di perut

Leopold I : TFU 33 cm, 3 jari atas pusat, bokong

Leopold II : Kanan : bagian kaki dan tangan

Kiri : punggung kiri

Leopold III : Penurunan Kepala

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP

Kandung kemih: Kosong

11) Genetalia dan Anus

Vagina : Varies tidak ada

Keluar lender darah

Keputihan : Tidak ada keputihan

Portio : Tebal

Tidak terdapat homoroid

Pembukaan cerviks: 7 cm

12) Ekstermitas

Simetris kanan dan kiri, tidak ada edema, tidak varices dan tidak nyeri tekan, reflex patella+.

d. Pola Aktivitas Sehari - hari / Activity Daily Living (ADL)

Table 3.2

Pola Aktivitas Sehari – hari

No	ADL	Sebelum hamil	Setelah hamil
(1)	(2)	(3)	(4)
1	NUTRISI MAKAN – Jenis makanan – Frekuensi – Porsi – Pantangan – keluhan MINUM – Jenis minuman – Jumlah – Pantangan – Keluhan	Nasi dan lauk pauk 3x sehari 1 porsi - -	Bubur 3x sehari 1 porsi - -
2	ISTIRAHAT DAN TIDUR MALAM – Berapa jam – Dari jam.... S.d jam.. – Kesukaran tidur SIANG – Berapa jam – Dari jam..s.d jam.. – Kesukaran tidur	7 – 8 jam/hari 8.30 S.d 04.30 - 1 – 2 jam/ hari 12.30 S.d 13.30 -	4 – 5 jam/ hari 09.00 S.d 4.00 - Tidak tidur
(1)	(2)	(3)	(4)

3	ELIMINASI BAK – Frekuensi – Warna – Bau – Kesulitan BAB – Frekuensi – Bau – Warna – Kesulitan	4 – 5 x/ hari Kuning jernih Khas urine - 1x sehari Khas feses Khas feses	4 – 5 x/hari Kuning jernih Khas urine - Belum BAB - -
4	PERSONAL HYGINE MANDI – Frekuensi – Keramas – Frekuensi gosok gigi – Gangguan BERPAKAIAN – Frekuensi ganti pakaian	2 x sehari 4 hari sekali 2x sehari - 2x sehari	Belum mandi - - - 1x sehari
5	MOBILITAS DAN AKTIVITAS – Aktivitas yang dilakukan – Kesulitan	Jalan jalan kecil sekitaran rumah setiap pagi Harus selalu berpegangan apabila duduk dan apabila bangun tidur	Berbaring Dalam melakukan aktivitas sedikit dibantu

e. Aspek psikologis

Klien berada pada fase taking in dimana klien masih berfokus pada dirinya sendiri dan masih bergantung pada keluarganya , respon keluarga klien dan keluarga terhadap bayinya baik.

f. Aspek sosial

Hubungan klien dengan keluarga baik, terbukti banyak keluarga yang bergantian menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan benar.

g. Aspek spiritual

Klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

h. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 09 Maret 2021

Tabel 3.3

Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	satuan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	HEMATOLOGI Darah rutin			
	Hemoglobin	15,0	13,0 – 18,0	g/dl
	Hematokrit	45	35 – 45	%
	Leukosit	9.000	4.000 – 10.000	/mm ³
	Trombosit	133.000	150.000 – 450.000	/mm ³
	Eritrosit	4,89	4,0 – 5,5	Juta/mm ³
2	IMUNOSEROLOGI HIV	Negatif	Non reaktif	
	BH sAg	Negatif	Negatif	
3	KIMIA ALIHIK AST (SGOT)	49	sd/31	u/l
	ALT (SGPT)	22	sd/31	u/l
4	URINE Urine Rutin			

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Kimia urine			
	Berat jenis urine	1,025	1.002 – 1.030	
	Blood urine	POS (+)		
	Lekosit esterase	Negatif		
	Pin urine	6,5	4,8 – 7,5	
	Nitrit urine	Negatif	Negatif	
	Protein urine	(-)	Negatif	mg/dl

i. Therapy Medis

Oxytocin 1 amp (10 ml) IM

pospargin 1 amp (0,2 mg) IM

2. Kala Persalinan

a. Kala I

1) Mulai persalinan tanggal 9 – 3 -2021

2) Tanda & gejala

Klien mengatakan mules hilang timbul

3) TTV TD 130/ 80 mmHg, Nadi 88X/menit, suhu 36,6°C, RR 22X/menit

4) Lama kala I jam 07.00 sampai 07.30

5) Tindakan

Dengan mengintruksikan klien berbaring dan mengatur nafas dalam

6) Observasi kemajuan persalinan

Terlampir di partograf

a) Analisa data kala I

Table 3.4 Analisa Kala I

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Ds : - Klien mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke abdomen. - Klien mengatakan nyeri abdomen/uterus semakin sering dan lama dan kuat Do : - Klien terlihat meringis dan gelisah - His 4 x 10' x36'' - DJJ 150x/Menit - TTV : TD : 130/80 R : 21x/mnit, S : 36,6°C - Skala nyeri yang ditunjukkan klien adalah 9 (1-10)	Terjadinya ontrakksi uterus sebelum persalina menyebabkan his berulang, dan menimbulkan Peningkatan kontraksi dan pembukaan serviks uteri. Adanya inpuls saraf afferent dari serviks ke uterus, dan menimbulkan nyeri akut	Nyeri akut
2	Ds : - Klien selalu meminta ditemani oleh suaminya pada saat proses persalinan - Klien mengatakan cemas dengan proses persalinannya - Klien mengatakan hal hal yang	Pada proses persalinan kala I lama menyebabkan Khawatir pada kondisi dan bayi,Ansietas	Axietas / kecemasan

	(1)	(2)	(3)
	membuatnya putus asa pada saat persalinan		

(sumber : Doenges,2012)

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1) Nyeri Akut berhubungan dengan adanya Kontraksi ditandai

dengan:

Ds :

- Klien mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke abdomen.
- Klien mengatakan nyeri abdomen/ uterus semakin sering dan lama dan kuat

Do :

- Klien terlihat meringis dan gelisah
- His 4 x 10' x36''
- DJJ 150x/Menit
- TTV : TD : 130/80
- 21x/mnit, S: 36,6°C
- Skala nyeri yang ditunjukan klien adalah 8 (1-10)

2) Ansietas/kecemasan berhubungan dengan proses persalinan ditandai

dengan:

Ds :

- Klien selalu meminta ditemani oleh suaminya pada saat proses persalinan
- Klien mengatakan cemas dengan proses persalinannya.

- Klien mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa pada saat persalinan.

b. Kala II

- 1) Kala II dimulai: tanggal 9 – 3 – 2021 jam 07. 30
- 2) TTV TD 130/80 mmHg, Nadi 80X/menit, suhu 36,6°C, RR 22X/menit
- 3) Lama kala II dari jam 07.30 sampai 08. 20
- 4) Tanda & gejala

His semakin kuat, dan terdapat pengeluaran lender dan darah Klien mengatakan mulas seperti ingin buang air besar. Klien mengatakan nyeri saat proses persalinan. Terjadi pembukaan vagina pada saat pengeluaran kepala bayi.

- 5) Jelaskan upaya meneran

Klien mampu mengikuti instruksi untuk meneran

- 6) Tindakan

Menginstruksikan ibu untuk meneran dan benar guna menghindari komplikasi ruptur pada saat kontraksi dan membantu melakukan pengeluaran bayi, melakukan pembersihan dalam

b) Analisa data kala II

Tabel 3.5 Analisa Kala II

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
	Ds : - Klien mengatakan mulas seperti ingin buang air besar.	Terjadinya ontrakksi uterus sebelum persalina menyebabkan his berulang, dan menimbulkan Peningkatan kontraksi dan	Nyeri akut

	(1)	(2)	(3)
2	- Klien mengatakan nyeri saat proses persalinan. Do : Klien terlihat gelisah. Ds : Do - Terjadinya pembukaan vagina pada saat pengeluaran kepala janin. - Melakukan pembersihan dalam	pembukaan serviks uteri. adanya impuls saraf afferent dari serviks ke uterus, dan menimbulkan nyeri akut Pada saat proses persalinan, saat post partum, biasanya menyebabkan resiko perdarahan, resiko kerusakan integritas kulit	Resiko kerusakan integritas kulit

(sumber : Doenges, 2012)

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1) Nyeri Akut berhubungan dengan adanya Kontraksi Uterus ditandai dengan;

Ds :

- Klien mengatakan mulas seperti ingin buang air besar.
- Klien mengatakan nyeri saat proses persalinan.

Do :

- Klien terlihat gelisah
- Klien mengaku kesakitan
- Klien terlihat meneran berusaha mengeluarkan bayi
- DJJ 150x/Menit
- TTV : TD : 130/80
- 21x/mnit, S: 36,6°C
- Skala nyeri yang ditunjukkan klien adalah 10 (1-10)

- 1) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya pembukaan pada saat pengeluaran kepala janin ditandai dengan :

Ds :

Do :

- Terdapat pembukaan vagina pada saat pengeluaran kepala janin
- Melakukan pembersihan dalam

c. Catatan Kelahiran

- 1) Bayi lahir jam: 08.48
- 2) Nilai APGAR menit ke 1 :9
- 3) Perineum (utuh/ episiotomy/ rupture) jika rupture, tingkat
Tidak dilakukan tindakan episiotomy karna hanya sedikit mengalami robekan kecil
- 4) Bonding ibu dan bayi (Inisiasi Menyusu Dini)
Respon keterkaitan ibu dan bayi sangat baik
- 5) TTV TD 120/80 mmHg, Nadi 78X/menit, suhu 36,6°C,
RR21X/menit

d. Kala III

- 1) Plasenta lahir jam 09.00
- 2) Cara lahir plasenta
Setelah janin keluar placenta baru keluar
- 3) Karakteristik plasenta

Diameter placenta kira kira 22 memiliki tebal seukuran 2 sampai 2,5 cm. berat placenta berkisar 470 gram.

4) Perdarahan ± 500 cc

Kebutuhan khusus membutuhkan banyak minum

5) Tindakan

Mengeluarkan placenta

6) Tanda

Mukosa bibir kering

7) Pengobatan

Pospargin 1 amp (0,2 mg) IM

c) Analisa data kala III

Tabel 3.6 Analisa Kala III

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Ds : Do : - Perdarahan ± 500 cc - Mukosa mulut kering	Proses persalinan, post partum terjadi resiko perdarahan	Resiko deficit volume cairan

(Sumber : Doegoes, 2012)

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1) Devisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan

ditandai dengan :

Ds :

Do :

- Perdarahan $\pm$ 500cc
- Mukosa mulut kering

e. Kala IV

1) Mulai jam 09.30

TTV TD 110/30 mmHg, Nadi 78X/menit, suhu 36,6 °C,
RR21X/menit

2) Kontraksi uterus

Klien mengelus masih terasa mulas

3) Tanda dan gejala

Klien tampak berkeringat, terjadi perdarahan $\pm$ 500cc, klien mengeluh lelah.

4) Tindakan

Memberitahu klien agar istirahat yang cukup

d) Asuhan keperawatan kala IV

Tabel 3.7 Analisa Kala IV

No	Data	Etiologi	Masalah
	(1)	(2)	(3)
1	Ds : Do : - Perdarahan $\pm$ 500cc - Klien tampak berkeringat	Proses persalinan, post partum terjadi resiko perdarahan	Resiko defisit volume cairan
2	Ds : - Klien mengeluh lelah setelah persalinan Do : - Klien tampak lemah	Proses persalinan, menyebabkan pengurangan energy meningkat, metabolisme tubuh, meningkat cadangan energy dalam tubuh berkurang menyebabkan kelelahan	Kelelahan

(sumber : Doengoes,2012)

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Devisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan ditandai dengan :

Ds :

Do :

- Klien tampak berkeringat
- Perdarahan ± 500 cc pada saat pengeluaran placenta

- 2) Kelelahan berhubungan dengan penurunan cadangan energi akibat peningkatan metabolisme ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengeluh lelah setelah persalinan

Do :

- Klien tampak lemah

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. H

Umur : 31 Tahun

Ruangan : Ruang Bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut

Tabel 3.8

Poroses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
Kala I						
1	Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan mulas seperti ingin buang air besar. - Klien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/teratasi, dengan kriteria hasil : - Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan	1) Observasi TTV 2) Kaji skala nyeri	1) Dengan mengobservasi TTV agar dapat melihat keadaan umun klie 2) Dengan begitu	Tgl : 09-03-2021 Jam : 07.30 WIB 1) Mengobservasi TTV. Hasil : TD : 130/80 mmHg RR : 21x/menit N : 80x/menit S : 36,6° C DJJ : 150x/ menit His : 4x 10'36'' 2) Mengkaji skala nyeri.	Tgl : 09-03-2021 Jam : 12.45 S : Klien menjerit jerit O : - Klien tampak meringis dan gelisah - Klien tampak menahan nyeri - Skala nyeri 8 (0-10)

	nyeri saat proses persalinan. Do : - Klien terlihat gelisah. - Klien mengaku kesakitan - DJJ 150x/Menit - TTV : TD : 130/80 - 21x/mnit, S: 36,6°C - Skala nyeri yang ditunjukan klien adalah 10 (1-10)	yang tepat - Klien mengungkapkan bahwa nyeri berkurang - Skala nyeri berkurang - TTV dalam batas normal	3) Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara nafas dalam 4) Atur posisi nyaman klien 5) Ajarkan keluarga klien untuk melakukan blokudendal	kita dapat mengetahui skala nyeri 3) dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam agar klien merasa relaks 4) Dengan mengatur posisi nyaman klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri 5) Agar mengurangi rasa nyeri pada klien	Hasil : Skala nyeri 9 (1-10) 3) Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam Hasil : klien mampu mengikuti dan respon klien menjadi lebih tenang 4) Mengatur posisi nyaman klien dengan posisi supinasi Hasil : klien tampak sedikit nyaman 5) Mengajarkan keluarga klien untuk melakukan blokudendal(mengelus bagian punggung bawah klien) Hail : keluarga klien dapat mengerti dan mengikuti intruksi Hanida SA	A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi Hanida SA
--	---	--	---	---	--	--

2	Ansietas/kecemasan berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan: Ds : - Klien selalu meminta ditemani oleh suaminya pada saat proses persalinan. - Klien mengatakan cemas dengan proses persalinannya - Klien mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa pada saat persalinan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan kecemasan dapat berkurang/teratasi, dengan kriteria hasil : - Klien dapat mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi dan mengungkapkan teknik mengontrol cemas	1) Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien 2) Jelaskan semua prosedur selama tindakan 3) Berikan informasi kesiapan persalinan 4) Observasi vital sign	1) Pada saat didampingi bisa mengurangi kecemasan pada klien 2) Agar klien bias memahami dan mengerti pada saat proses persalinan berlangsung 3) Agar klien dapat memahami dan memiliki kesiapan yang lebih dalam melakukan persalinan 4) Untuk mengetahui terdapat masalah apa dan keadaan klien melalui TTV	Tgl : 09-03-2021 Jam : 07.30 WIB 1) Menganjurkan keluarga klien untuk mendampingi Hasil : klien sedikit tenang 2) Menjelaskan semua prosedur selama tindakan Hasil : klien mampu mengurangi memahami sehingga mengurangi kecemasannya 3) Memberikan informasi kesiapan persalinan Hasil : klien mampu mengerti 4) Mengobservasi vital sign Hasil : - DJJ 150x/Menit	Tgl : 09-03-2021 Jam : 07.50 WIB S: Klien mengatakan masih cemas terhadap persalinan nya O : - Klien mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa pada saat persalinan - Klien tampak cemas dan gelisah A: Masalah teratasi P : lanjutkan intervensi Hanida SA
---	--	---	--	---	--	---

			5) Berikan dukungan dan support pada klien	5) Agar klien dapat bersemangat dan mampu untuk pesalinan	- TTV : TD : 130/80 - 21x/mnit, S: 36,6°C - Skala nyeri yang ditunjukan klien adalah 8 (1-10) 5) Memotivasi dan mengontrol perasaan klien. Hasil : klien menjadi bersemangat Hanida S.A	
Kala II						
1	Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan mulas seperti ingin buang air besar. - Klien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/teratasi, dengan kriteria hasil : - Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan	1) Observasi TTV	1) Dengan mengkaji keadaan TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan umum klien	Tgl : 09-03-2021 Jam : 07.50 WIB 1) Mengobservasi TTV. Hasil : TD : 130/80 mmHg RR : 21x/menit N : 80x/menit S : 36,6° C DJJ : 150x/ menit His : 4x 10'36''	Tgl : 09-03-2021 Jam : 07.55 S : klien semakin nyeri O : - Klien tampak meringis dan gelisah - Klien tampak menahan nyeri - Skala nyeri 8 (0-10)

	integritas kulit berhubungan dengan adanya pembukaan pada saat pengeluaran kepala janin ditandai dengan : Ds : - Terdapat pembukaan vagina pada saat pengeluaran kepala janin - Melakukan pembersihan dalam	tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan resiko kerusakan integritas kulit dapat berkurang/teratasi, dengan kriteria hasil : - Iritasi berkurang	1) Obsevasi TTV 2) Observasi luka, catat karakteristik luka 3) Jelaskan pentingnya merawat luka 4) Gunakan teknik aseptik saat pemeriksaan vagina	1) Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien. 2) Untuk mengetahui bagaimana karakteristik luka 3) Mencegah terjadinya infeksi 4) menurunkan resiko kontaminasi	Jam : 08.20 WIB 1) Mengobservasi TTV Hasil : TD: 130/80 mmhg S : 36,6°C R: 22x/mnit Skala nyeri 7 (0-10) 2) Mengobservasi luka , catat karakteristik luka Hasil : terdapat sedikit luka robekan kecil pada vagina 3) Menjelaskan pentiknya merawat luka Hasil: klien mampu memahami 4) Menggunakan teknik aseptik saat pemeriksaan vagina Hasil : Terhindar sari infeksi	Jam : 09.30 WIB S ; Klien mengatakan nyeri pada daerah vaigina O ; - Terdapat robekan kecil di daerah vagina - Skala nyeri 7 (0-10) A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi Hanida SA
--	--	---	---	---	---	--

			uterus dengan perdarahan kedalan rongga uterus		
			4. kaji pelepasan plasenta Cek karakteristik pelacenta, jika masih tertinggal maka lakukan eksplorasi uterus dan jalan lahir	4) Placenta yang tidak utuh harus dikeluarkan untuk mnhindari perdarhan berlebih	4) kaji pelepasan plasenta Cek karakteristik pelacenta, jika masih tertinggal maka lakukan eksplorasi uterus dan jalan lahir
			5. Menarik tali pusat dan placenta tidak berlebihan sesuai prosedur	5) Penarikan tali pusat dan placenta yang berlebih dapat menyebabkan perdarahan	5) menarik tali pusat dan placenta tidak berlebihan sesuai prosedur
			6. Kaji tanda dan gejala syok	6) agar tidak terjadi syok	6) mengkaji tanda dan gejala syok hasil : tidak terdapat tanda dan gejala syok

			7. Massae uterus dengan perlahan setelah pengeluaran plasenta	7) untuk relaksasi perdarahan kedalam rongga uterus	7) memassae uterus dengan perlahan setelah pengeluaran plasenta hasil : terdapat sedikit perdarahan	
Kala IV						
1	Devisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan ditandai dengan : Ds : Do : - Klien tampak berkeringat - Perdarahan ±500cc pada saat pengeluaran placenta	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan devisi volume cairan teratasi dengan kriteria Hasil : - TTV Normal - Darah yang keluar 200-300cc	1) Observasi TTV 2) Perkiraan jumlah perdarahan yang	1) Dengan mengkaji keadaan TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan umum klien 2) Untuk menentukan	Tgl : 09-03-2021 Jam : 09.30 WIB 1) Mengobservasi TTV Hasil : TD: 110/80 mmhg S : 36,6°C R: 21x/mnit TFU : serringgi pusat Skala nyeri 3 (0-10) Kontraksi uterus baik 2) Memperkirakan jumlah perdarahan yang terdapat pada gaun/kain dan	Tgl : 09-03-2021 Jam : 09.50 WIB S : Klien mengatakan masih sedikit terasa mulas O : - Jumlah perdarahan ±500cc - Klien banyak minum A: masalah teratasi P : hentikan intervensi

			terdapat pada gaun/ kain, kasa, sponge dan tempat penampung darah 3) Massage fundus uterus, lakukan massage dengan lembut 4) Monitor tanda syok hipovolemik (periksa TD, nadi, RR, suhu dan turgor kulit) 5) Anjurkan klien untuk minum yang banyak	apakah klien kekurangan cairan atau tidak/ terjadinya perdarahan 3) Membantu kontraksi uterus optimal sehingga mengurangi resiko terjadinya perdarahan 4) Adanya tanda syok harus segera membutuhkan penanganan segera 5) Agar tidak kekurangan cairan tubuh	tempat penampung darah Hasil: pengeluaran darah ± 500cc 3) Massage fundus uterus, lakukan massage dengan lembut 4) Memonitor tanda syok Hasil : tidak terdapat tanda syok 5) Menganjurkan klien untuk minum yang banyak Hasil : klien banyak minum Hanida S.A	Hanida S.A
--	--	--	---	--	--	-------------------

2	Kelelahan berhubungan dengan penurunan cadangan energi akibat peningkatan metabolisme ditandai dengan : Ds : - Klien mengeluh lelah setelah persalinan Do : - Klien tampak lemah	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan kelelahan teratasi dengan kriteria Hasil : - Ttv normal - Tidak terdapat tanda tanda infeksi	1. Observasi tingkat kelelahan 2. Anjurkan klien untuk relaksasi 3. Bantu aktivitas sesuai kebutuhan 4. Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebih	1) Untuk mengetahui tingkat kelelahan 2) Agar kondisi klien stabil dan pulih 3) untuk memudahkan dan membantu dalam beraktifitas 4) untuk beraktivitas status kelelahan klien dan tingkat emosi	Tgl : 09-03-2021 Jam : 09.55 WIB 1) Mengobaservasi tingkat kelelahan 2) Menganjurkan klien untuk releks 3) Membantu aktivitas sesuai kebutuhan 4) Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan Hanida SA	Tgl : 09-03-2021 Jam : 10.00 WIB S: Klien masih tanpa berkeringat O: - Klien terlihat sangat lemas - Posisi tidur klien semi fowler - Klien tampak relaks A : Maslah teratasi P : hentikan intervensi Hanida SA
---	---	--	--	--	---	---

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. H dengan membandingkan antara teori dan praktek lapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahap asuhan keperawatan yaitu melalui tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 09 Maret 2021, selama melaksanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun. Adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi bio-psiko-sosial-spiritual. Sebelum melakukan pengkajian, penulis melakukan pendekatan dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan asuhan keperawatan pada klien.

Berdasarkan pengkajian pada Kala I Selama ditemukan data bahwa klien mengeluh nyeri di daerah abdomen yang diakibatkan oleh tindakan kontraksi uterus yang mengakibatkan nyeri sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, histamin, bradikinin dan prostaglandin yang merangsang pelepasan sebagai rasa nyeri. Pada saat dikaji ditemukan data-

data diantaranya tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 22x/menit, TFU 33cm ,DJJ 150x/ Menit, His 4x 36'', skala nyeri 8 (1-10), klien tampak meringis, klien tampak menahan nyeri, nyeri menjalar ke daerah punggung HPHT 17- 06 -2020 HPL 24-03-2021. Dari data tersebut maka munculah masalah nyeri akut (Wilkinson, 2011). Pada Inpartu, mengakibatkan pula kecemasan pada saat proses persalinan berlangsung, pada saat dikaji klien merasa gelisah terhadap persalinan nya, mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa. Maka dari data tersebut munculah masalah Ansietas/kecemasan. (Wilkinson, 2011)

Pada Kala II klien dengan Inpartu sesuai dengan teori teori yang dijelaskan bahwa tanda tanda persalinan yaitu adanya kontraksi uterus (his) yang menimbulkan rasa sakit diperut disertai adanya pengeluaran lender bercampur darah dan klien merasakan ingin mengejan, maka dari itu munculah masalah nyeri akut. (Elisabeth siswi, 2014) Pada inpartu mengakibatkan pula terjadinya pembukaan vagina pada saat pengeluaran janin. Maka munculah masalah Resiko Kerusakan Integritas Kulit (Elisabeth siswi, 2014)

Pada kala III dan IV Ketika didapatkan data adanya perdarahan ± 500 cc pada saat pengeluaran placenta, berkeringan dan mukosa bibir kering, Maka dari itu munculah masalah deficit volume cairan (Wilkinson, 2011). Berdasarkan pengkajian pada Kala IV di dapatkan pula keadaan umum klien lemas, maka munculah masalah kelelahan.(Wilkinson 2011)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosa keperawatan menjelastakn kontinum status kesehatan : gangguan kesehatan. Adanya factor resiko diarea peningkatan pertumbuhan personal. (Kozier, 2011)

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan beberapa masalah diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.H G3 P2 A0 inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut adalah :

a. Kala I

1) Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi.

Nyeri pada perut meruapkan kontraksi uterus n yang dihantarkan ke syaraf tepi merangsang pembentukan zat kimia, bradikinin, histamine, prostaglandin yang merangsang pelepasan rasa nyeri. (Doenges, 2012) Dari data yang penulis peroleh pada Ny. H ini diakibatkan karena adanya kontraksi utreus dengan skala nyeri 8 (0-10), klien tampak meringis, klien tampak menahan rasa nyeri, nyeri menjalar ke daerah punggung tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 22x/menit, TFU 33cm ,DJJ 150x/ Menit, His 4x 36'', HPHT 17- 06 -2020 HPL 24-03-2021

2) Ansietas/ kecemasan berhubungan dengan proses persalinan.

Pada Inpartu, mengakibatkan pula kecemasan pada saat proses persalinan berlangsung, pada saat dikaji klien merasa gelisah terhadap persalinan nya, mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa sehingga menyebabkan ansietas/ kecemasan.

(Doengoes, 2012) Masalah ini penulis angkat karena pada saat pengkajian didapatkan data klien merasa gelisah terhadap persalinan nya, mengatakan hal hal yang membuatnya putus asa.

b. Kala II

1) Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus.

Nyeri pada perut merupakan kontraksi uterus yang dihantarkan ke syaraf tepi merangsang pembentukan zat kimia, bradikinin, histamine, prostaglandin yang merangsang pelepasan rasa nyeri. (Doenges, 2012) Dari data yang penulis peroleh pada Ny. H ini diakibatkan karena adanya kontraksi uterus dengan skala nyeri 8 (0-10),

2) Resiko kerusakan integritas kulit

Pada proses persalinan adanya pembukaan vagina karena keluarnya kepala janin yang dapat menimbulkan robekan sehingga menyebabkan resiko kerusakan integritas kulit. (Doengoes, 2012) pada saat pengkajian didapatkan pembukaan vagina karena adanya pengeluaran kepala janin.

c. Kala III

1) Defisit volume cairan

Pada persalinan adanya pengeluaran janin dan placenta pada proses ini bisa memungkinkan perdarahan sehingga menyebabkan defisit volume cairan. (Doengoes, 2012) pada

saat dikaji mukosa bibir klien kering, berkeringat dan perdarahan $\pm 500\text{cc}$.

d. Kala IV

1) Defisit volume cairan

Pada persalinan adanya pengeluaran janin dan placenta pada proses ini bisa memungkinkan perdarahan sehingga menyebabkan defisit volume cairan. (Doengoes, 2012) pada saat dikaji mukosa bibir klien kering, berkeringat dan perdarahan $\pm 500\text{cc}$.

2) Kelelahan

Terjadi karena adanya proses persalinan normal dan meningkatkan kebutuhan energi yang membuat klien menjadi lemas sehingga menyebabkan kelelahan. (Doenges 2012) Pada saat pengkajian klien merasa lemas.

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis, mencakup pembuatan keputusan, dan penyelesaian masalah (Kozier, 2012). Dan perencanaan dalam keperawatan juga merupakan suatu proses pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan (Dermawan, 2012).

Perencanaan yang dilakukan oleh penulis berdasarkan diagnose keperawatan, yaitu :

a. Kala I

Untuk setiap perencanaan tindakan pada dasarnya sesuai dengan teori. Upaya mengatasi perencanaan nyeri akut. Intervensinya untuk mengobati rasa nyeri klien biasa dilakukan dengan dua cara yaitu pemberian terapi farmakologis dengan melakukan pemberian analgetik atau non farmakologis, seperti teknik relaksasi dengan cara nafas dalam, selain itu mengobservasi TTV untuk mengetahui keadaan umum, mengatur posisi nyaman klien. (Doengoes, 2012)

Upaya mengatasi ansietas/ kecemasan, intervensi yang dilakukan dengan non farmakologis untuk menjelaskan semua prosdur selama tindakan agar klien dapat memahami proses berjalanya persalinan, memberikan informasi kesiapan persalinan, Observasi vital sigh dan memberikan dukungan dan support pada klien (Doengoes, 2012)

b. Kala II

Untuk setiap perencanaan tindakan pada dasarnya sesuai dengan teori. Upaya mengatasi perencanaan nyeri akut. Intervensinya untuk mengobati rasa nyeri klien biasa dilakukan dengan dua cara yaitu pemberian terapi farmakologis dengan melakukan pemberian analgetik atau non farmakologis, seperti teknik relaksasi dengan cara nafas dalam, selain itu mengobservasi TTV untuk mengetahui keadaan umum, mengatur posisi nyaman klien. (Doengoes, 2012)

Untuk diagnosa resiko kerusakan integritas kulit intervensi yang dilakukan adalah : mengobservasi TTV, mengobservasi luka dan mencatat karakteristik luka, menjelaskan pentingnya perawatan luka, menggunakan teknik aseptik saat pemeriksaan vagina. (Doengoes, 2012)

c. Kala III

Untuk diagnosa defisit Volume cairan yang dilakukan intervensi yang dilakukan adalah pemberian kaji turgor kulit, observasi TTV TTV setelah pemberian oksitocin, Palpasi uterus, kaji pelepasan plasenta cek karakteristik placenta, menarik tali pusat dan placenta tidak berlebihan, Kaji tanda dan gejala syok, Massage uterus dengan perlahan setelah pengeluaran plasenta . (Doengoes, 2012)

d. Kala IV

Untuk diagnose defisit volume cairan intervensi yang dilakukan adalah, observasi TTV, perkirakan jumlah perdarahan yang terdapat pada gaun atau tempat penampung darah, massage fundus uterus, lakukan massage dengan lembut, anjurkan klien untuk minum yang banyak. (Doengoes, 2012)

Untuk diagnosa kelelahan yang dilakukan adalah : observasi tingkat kelelahan, anjurkan klien untuk relaksasi, Bantu aktivitas sesuai kebutuhan, Monitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebih, Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. (Doengoes, 2012)

4. Tahap Implementasi

Pada proses keperawatan, Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahun perencanaan (Setiadi, 2012). Sedangkan menurut Dermawan (2012), implementasi merupakan tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ditetapkan sesuai situasi, kondisi, serta sarana prasarana yang tersedia di ruangan. Dalam mengaplikasikan setiap rencana tindakan diperlukan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan serta tidak terlepas dari kerjasama yang baik dengan klien, keluarga, perawat, dan tim kesehatan lainnya. Adapun kegiatan atau pelaksanaan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan pada klien adalah sebagai berikut :

a. Kala I

- 1) Pada nyeri akut penulis mengkaji TTV. Dengan mengkaji TTV dapat mengetahui keadaan umum klien, hasil : TD: 130/80 mmHg, RR: 22x/menit, N: 80x/menit, S: 36,6°C. Selanjutnya mengkaji skala nyeri. karena dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien, hasil : skala nyeri 9 (0-10) yaitu nyeri berat. Mengajarkan teknik relaksasi. Dengan diajarkan teknik tersebut agar klien lebih merasa tenang dan rileks, hasil : respon klien menjadi lebih tenang. Lalu mengatur posisi nyaman klien. Dengan

mengatur posisi sesuai dengan kebutuhan diharapkan klien terbebas dari rasa nyeri, hasil : klien tampak sedikit nyaman.

- 2) Pada Ansietas/ kecemasan penulis melakukan pendekatan agar klien merasa lebih percaya, hasil, klien mampu mempercayai. Menjelaskan semua prosedur dan tindakan, hasil: klien mampu memahami. Memberikan informasi tentang kesiapan persalinan hasil: klien dapat mengerti. Mengobservasi vital sign, hasil: TD 120/80 mmHg, Suhu 36,6 C, RR 22x/menit, Nadi 80x/ menit. Memberikan dukungan dan support pada klien, hasil : klien dapat bersenang lagi upaya mengeluarkan janinnya.

b. Kala II

- 1) Pada nyeri akut penulis mengkaji TTV. Dengan mengkaji TTV dapat mengetahui keadaan umum klien, hasil : TD: 120/80 mmHg, RR: 22x/menit, N: 80x/menit, S: 36,6°C. Selanjutnya mengkaji skala nyeri. karena dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien, hasil : skala nyeri 8 (0-10) yaitu nyeri berat. Mengajarkan teknik relaksasi. Dengan diajarkan teknik tersebut agar klien lebih merasa tenang dan rileks, hasil : respon klien menjadi lebih tenang. Lalu mengatur posisi nyaman klien. Dengan mengatur posisi sesuai dengan kebutuhan diharapkan klien terbebas dari rasa nyeri, hasil : klien tampak sedikit nyaman.
- 2) Pada Resiko Kerusakan Integritas Kulit penulis Mengobservasi TTV hasil: TD: 130/80 S: 36,6°C R:22x/menit dengan skala nyeri 7

(0-10). Mengobservasi karakteristik luka, hasil: terdapat sedikit luka robekan kecil di daerah vagina. Menjelaskan pentingnya merawat luka, hasil: klien mampu memahami. Menggunakan teknik aseptik pada saat pemeriksaan vagina, hasil : terhindar dari infeksi

c. Kala III

- 1) Pada defisit volume cairan diri penulis menintervensikan klien pada kontraksi karena dengan mengejan membantu pelepasan dan pengeluaran menurunkan kehilangan darah dan meningkatkan kontraksi uterus hasil; klien mampu melakukan apa yang telah diinstruksikan. Mengkaji TTV, hasil, TD 120/80, suhu 36,6 °C ,RR 22X/mnit ,Nadi 88x/ mnit, perdarahan $\pm$ 500 cc, mukosa bibir kering, mempalpasi untuk menunjukkan relaksasi uterus dengan perdarahan kedalam rongga uterus, mengkaji tanda tanda syok, Hasil: tidak terdapat tanda tanda dan gejala syok. Massage uterus dengan perlahan setelah pengeluaran placenta, hasil: terdapat sedikit perdarahan.

d. Kala IV

- 1) Pada defisit volume cairan diri penulis menintervensikan observasi TTV hasil; klien mampu melakukan apa yang telah diinstruksikan. Mengkaji TTV, hasil, TD 120/80, suhu 36,6 °C ,RR 22X/mnit ,Nadi 88x/ mnit, perdarahan $\pm$ 500 cc, mukosa bibir kering, turgor kulit kembali normal mempalpasi untuk menunjukkan relaksasi

uterus dengan perdarahan ke dalam rongga uterus, mengkaji tanda-tanda syok, Hasil: tidak terdapat tanda-tanda dan gejala syok. Massage uterus dengan perlahan setelah pengeluaran placenta, hasil: terdapat sedikit perdarahan.

- 2) Pada kelelahan penulis mengkaji adanya factor penyebab kelelahan hasil: klien kelelahan akibat dari proses persalinan. memonitor pola tidur, hasil: agar klien mampu istirahat dengan cukup. Memonitor akan adanya kelelahan fisik berlebihan, hasil: klien merasa lelah hanya karena proses persalinan. Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, hasil: klien mampu melakukan intruksi

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai asuhan keperawatan yang diberikan. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama satu hari pada tanggal 09 Maret 2021, penulis menemukan 5 permasalahan dari lima permasalahan tersebut semua masalah dapat teratasi yaitu Nyeri Akut, Ansietas/kecemasan, Resiko Kerusakan Integritas Kulit, defisit volume cairan, dan kelelahan.

BAB IV

KESIMPULAN & REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut, pada tanggal 09 Maret 2021 dengan menggunakan proses keperawatan. Penulis telah mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. H (G3 P2 A0) Inpartu ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny H (G3 P2 AO) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. H (g3 P2 A0) Inpartu di ruang bersalin Puskesmas Karangpawitan Garut.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. H secara sistematis, maka penulis dapat memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut :

1. Untuk Perawat

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan pengetahuan yang baru dan bermanfaat bagi klien seperti perawatan inpartu, serta tetap dapat meningkatkan sarana dan prasarana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang lebih profesional, meningkatkan komunikasi dengan klien sehingga dapat memberikan asuhan sesuai dengan wewenang dan kode etik. Dalam melakukan pendokumentasian petugas kesehatan harus lebih teliti dan cermat yang dilakukan sebagai bukti pertanggungjawaban.

2. Untuk Klien

Diharapkan dapat memperbanyak pengetahuan khususnya tentang inpartu, dengan lebih kooperatif mengikuti anjuran dokter maupun perawat saat dirumah sakit maupun anjuran perawat yang disarankan saat telah pulang ke rumah.

3. Bagi Puskesmas

Diharapkan lebih mengembangkan data terkait persalinan. didukung dengan adanya SOP pada pasien Inpartu berkaitan dengan manajemen nyeri, Ansietas/kecemasan, resiko keusakan integritas kulit, deficit voleme cairan, dan kelelahan.

4. Untuk Institusi Pendidikan

Dengan mengetahui permasalahan yang dapat timbul pada ibu melahirkan, diharapkan institusi dapat meningkatkan mutu dan kualitas serta perkembangan sesuai prosedur dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dalam memecahkan suatu masalah.

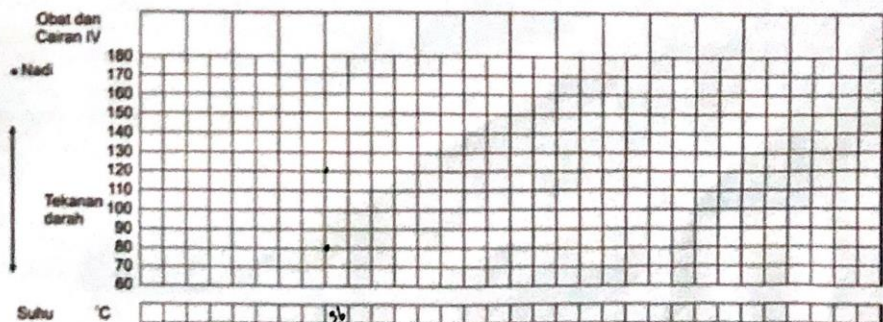
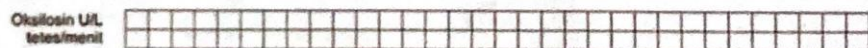
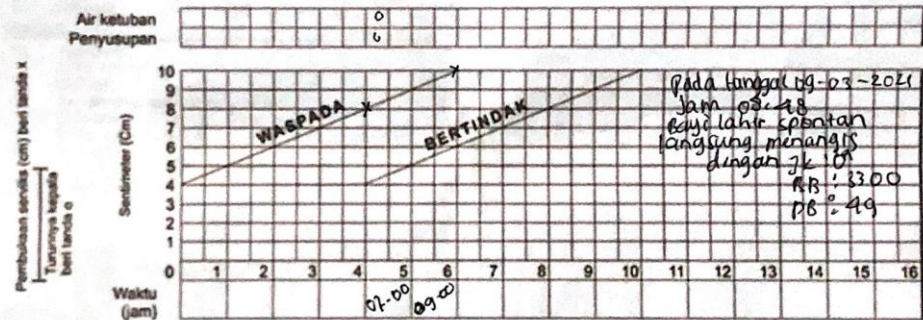
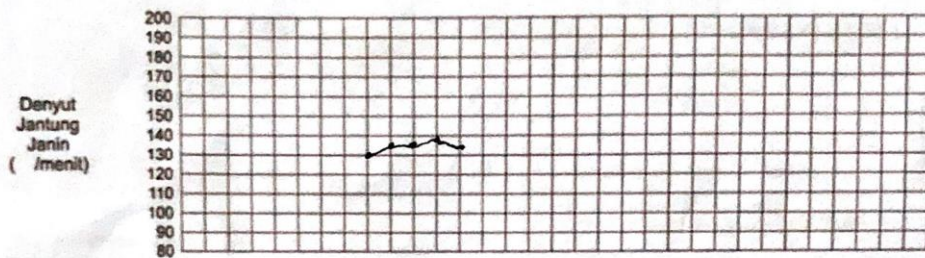
DAFTAR PUSTAKA

- Ana Rahmawati. 2013. *Asuhan keparawatan maternitas*. Jakarta : PT pustaka Baru
- books.google.co.id Sulisdian, Erviani mail dan zulfa. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan Bayi Baru Lahir*. Jawa Tengah : (Grup Penerbitan CV Oase). books.google.co.id
- Doengoes, Marlyin E, Moorhouse, Mary Frances, Geissler, Alice C. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Nurasiah, Ani dan Dewi. 2012. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Nanny, Vivian. 2011. *Asuhan kebidanan*. Jakarta :salemba Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2013. *Ilmu Kebidanan Edisi 4 Cetakan 4*. Jakarta : PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarmowo. 2012. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka sarwono prawihardjo.
- Pudiastuti, Ratna Dewi. 2012. *Asuhan kebidanan ibu bersalin patologi*. Yogyakarta : Nuhan Medika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh. 2009. *Asuhan kebidanan II (persalinan)*.Jakarta : Trans Info Media.
- Sofia februanti. 2016. *Praktik Klinik Keperawatan Maternitas*. Jakaarta selatan
- Sulistiyawati. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika.

PARTOGRAF

Sejak jam 06.

Name Ibu : Hermawati Umur : 30 G. 3 P. 2 A 0
Tanggal : 09-03-2021 Jam : 07.00 Alamat : Kp. Cimurah Hill
30 mules sejak jam 06.00 Kp. Umurah



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal 09-03-2021
- Nama bidan 37-38
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu ☒ Puskesmas
 - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : Karangpawitan
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan ☐ Teman
 - ☐ Suami ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

- Pertogram melewati garis waspada : Y (1)
- Masalah lain, sebutkan : -
- Penatalaksanaan masalah Tab : -
- Hasilnya : -

KALA II

- Episiotomi :
 - ☐ Ya, Indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
 - ☒ Keluarga ☐ Dukun
- Gawat Jansin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a. -
 - b. -
 - c. -
 - ☐ Tidak
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan -
 - a. -
 - b. -
 - c. -
 - ☐ Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 12 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - ☐ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan
 - ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	09.00	120/70	80	33	baik	f.a.k	
	09.15	110/70	80	33	baik	f.a.k	
	09.30	120/80	80	33	baik	f.a.k	
	10.00	120/80	80	33	baik	f.a.k	
2	10.30	120/80	80	33	baik	f.a.k	

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

- Masase fundus uteri ?
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya ☒ Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan :
 -
 -
 -
- Laserasi :
 - ☐ Ya, dimana
 - ☒ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☒ Tidak dijahit, alasan hanya robek sedikit
- Aloni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : 500 cc sisa plasenta ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut : tindakan infus, ex. plasenta
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan 3.300 gram
- Panjang 49 cm
- Jenis kelamin : P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 - ☒ Normal, tindakan :
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ menghangatkan
 - ☐ rangsang taktil
 - ☒ Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain - lain sebutkan
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan : -
 - ☐ Hipotermi, tindakan : -
- Pemberian ASI
 - ☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
 - Hasilnya :

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

STIKes KARSA HUSADA GARUT

Nama : Hanida Siti Aulia

NIM : KHGA 18015

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada NY.H (G3 P2 A0) Inpartu di Ruang Bersalin Puskesmas Selaawi Garut

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing
1.	09-06-2021	BAB I	- Pas bimbingan pake cover - Susun latar belakang dengan deduktif (dari umum ke khusus) - Dilator belakang harus Nampak alasan pengambilan judul - Misalnya dampak/komplikasi di kala II data K1a II yang bermasalah dll.		

			- Tujuan susun berdasarkan tahapan proses keperawatan yang akan dipakai		
2.	12-06-2021	BAB I	- Didalam judul inpartu kala II diganti menjadi inpartu saja - Data kala II diganti menjadi inpartu - Cari penyebab kematian ibu melahirkan digarut.		
3.	14-06-2021	BAB I	- Cari data pkm - Memperbaiki kalimat - Cari berapa persen penyebab kematian ibu di profil garut - Mencari komplikasi pada persalinan - Lanjut bab II		
4.	19-06-2021	BAB II	- Tambahkan cover - Menyimpulkan definisi, harus 3 paragraf - Menmbahkan klasifikasi - Menmbahkan komplikasi - Menmabhakan adaptasi psikologi - Mengurutkan dengan benar - Menambahkan pathway - Menambahkan penatalaksanaan dan dampak persalinan - Membenarkan kembali analisa data		

5.	22-06-2021	BAB II	- Pada pathway kasih Judul atasnya: Bagan 2.1 Pathway persalinan normal - Merubah paragraph 3 di awal - Menambahkan sumber sumber - Menghapus teori metode kangguru - Mengganti dampak masalah inpartu - Menambahkan PQRS - Mengganti riwayat penyakit dahulu - Memasukan observasi kala I –IV - Mengubah analisa data jadi table		
6.	24-06-2021	BAB II	- Menambahkan wajah pada pengkajian - Memperbaiki penomoran - Menambahkan analisa data		
7.	29-06-2021	BAB III	- Memperbaiki penomoran - membenarkan analisa data - Menambahkan pengkajian		

	30-06-2021	Bab III	- Menambahkan data evaluasi - Melengkapi data perencanaan - Memperbaiki perencanaan		
8,	01-07-2021	BAB IV	- Acc pengajuan sidang KTI		

