

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN  
INTRANATAL G2 P1 A0 DI RUANG BERSALIN  
PUSKESMAS MIJEN  
SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun Oleh:  
Sansit Yodaningtyas  
NIM: 893312914**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

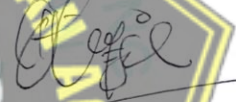
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010

Semarang, 26 Mei 2010

Pembimbing,



(Ns. Halimatul Mufidah, S.Kep.)

NIK.210909017



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2010

Tim Penguji I


Penguji I

  
(Ns. Tutik Rahayu, S. Kep)

NIK. 210996001

Tim Penguji II

Penguji II

  
(Ns. Hernandia Distinarista, S. Kep)

NIK.210910021

Tim Penguji III

Penguji III

  
(Ns. Halimatul Mufidah, S. Kep)

NIK.210909017

## MOTTO

*Kebingungan merupakan awal dari pengetahuan yang tiada pernah menatap penderitaan, tiada pernah menjumpai kebahagiaan, Jadilah orang yang suka membahagiakan orang lain, jangan suka menjadi orang yang suka membahagiakan diri sendiri.*

*Ya Allah, jadiklah aku mangsa singa dari pada orang menjadikanku sebagai pemangsa kelinci. Kini aku percaya bahwa pepohonan merkar saat musim semi dan berbubah di kala musim panas tanpa mengharap ujian dan mereka menjatuhkan helai demi helai daun saat musim gugur, serta menjadi telanjang kala musim dingin tanpa menakutkan rasa malu.*

*Engkau mungkin bisa melupakan seseorang yang tertawa bersama tetapi engkau tidak akan pernah bisa melupakan orang yang menangis bersamamu, cinta adalah sebuah kata yang berasal dari cahaya digoreskan dengan tangan cahaya di atas kertas cahaya.*

*"Aku memperingatkan kamu supaya kamu jangan termasuk orang-orang yang tidak berpengetahuan" (QS. Hud : 46).*

## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum wr. wb.*

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT atas limpahan rahmat, taufiq, serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif ini dengan judul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN INTRANATAL G2 P1 A0 DIRUANG BERSALIN PUSKESMAS MIJEN SEMARANG".

Karya tulis ini disusun untuk melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dengan selesainya laporan ini melibatkan banyak pihak yang dengan keikhlasannya meluangkan waktu dan memberikan bantuan dan bimbingannya. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan FIK UNISSULA yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menuntut ilmu di FIK UNISSULA
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula.
4. Ibu Halimatul Mufidah, S.Kep, Ns selaku pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan waktu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.



5. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar FIK UNISSULA yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar
6. Bapak dan Ibuku tercinta yang telah memberikan kasih sayang dan do'a serta dukungan material, moril, maupun spiritual sepenuhnya.
7. Teman-teman seperjuangan, terima kasih atas dukungan dan motivasinya, tanpa kalian semua saya tidak bisa apa-apa.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan penulis miliki, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun guna kesempurnaan penyusunan tugas berikutnya. Akhirnya penulis berharap karya tulis ini dapat bermanfaat.



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	2
C. Manfaat Penulisan .....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR</b> .....	4
A. Konsep Dasar Persalinan .....	4
1. Pengertian .....	4
2. Etiologi Dalam Persalinan .....	5
3. Fisiologi Ways .....	6
4. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan .....	9
5. Tanda dan Gejala .....	13
6. Berlangsungnya Persalinan Normal .....	16
7. Mekanisme Persalinan Normal .....	19
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	21
1. Fokus Pengkajian .....	21
2. Diagnosa Keperawatan .....	26

BAB III RESUM KEPERAWATAN .....	42
BAB IV PEMBAHASAN .....	50
BAB V PENUTUP .....	58
1. Kesimpulan .....	58
2. Saran .....	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Di Negara miskin angka kematian ibu dan angka kematian perinatal masih cukup tinggi yaitu sekitar 25% sampai 50% kematian perempuan usia subur disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan (Saifudin, dkk., 2002).

Asuhan persalinan normal diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian pada masa nifas 24 jam pertama (Saifudin, dkk., 2002).

Mortalitas dan morbiditas pada wanita bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi factor utama mortalitas wanita muda pada puncak produktivitasnya. Menurut WHO (1996) memperkirakan lebih dari 585.000 ibu pertahunnya meninggal saat hamil atau bersalin (Saifudin, dkk., 2002).

Pada saat ini angka kematian perinatal masih sangat tinggi, menurut survey demografi dan kesehatan Indonesia (2005) angka kematian perinatal adalah 307 per 10.000 kelahiran hidup.

Persalinan yang aman yaitu memastikan bahwa semua penolong mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas pada ibu dan bayi (Saifudin, dkk., 2002).

Dari uraian diatas, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada Ny.M dengan persalinan normal di Puskesmas Mijen Semarang

## B. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan persalinan normal di Puskesmas Mijen Semarang.

### 2. Tujuan Khusus

Setelah menyusun karya tulis ilmiah ini mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Mengkaji dan mengumpulkan data-data akurat dari berbagai sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.
- b. Mengidentifikasi dengan benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atau data-data yang telah dikumpulkan.
- c. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.
- d. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.
- e. Merencanakan asuhan yang menyeluruh untuk klien berdasar masalah yang ada dan langkah-langkah sebelumnya.

- f. Melaksanakan asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada perencanaan dan dilaksanakan secara efisien dan aman.
- g. Mampu mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan yang telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa.

### C. Manfaat Penulisan

#### 1. Penulis

Menambah pengetahuan dan memberikan pengalaman nyata yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada ibu bersalin normal.

#### 2. Rumah Bersalin

Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan Asuhan keperawatan.

#### 3. Institusi Pendidikan

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan calon perawat yang berkompeten khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu bersalin secara komprehensif.

#### 4. Masyarakat

Memberikan tambahan pengetahuan tentang Asuhan keperawatan pada ibu bersalin.

## BAB II

### KONSEP DASAR

#### A. Konsep Dasar Persalinan

##### 1. Pengertian

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 sampai 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 sampai 24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (POGI Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2001).

Persalinan normal adalah proses lahirnya janin dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang pada umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Ujiningtyas, Sri Hari, 2009).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik dan janin turun ke jalan lahir, dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sumarah, dkk., 2008).

Dari beberapa pengertian di atas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa persalinan normal merupakan proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta, pada bayi lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta

tidak melukai ibu dan bayi yang berlangsung dalam waktu kurang lebih dari 24 jam.

## 2. Etiologi

### a. Penurunan Progesteron

Adalah proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbungan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan. villi corialis mengalami perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan.

### b. Konsentrasi prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan.

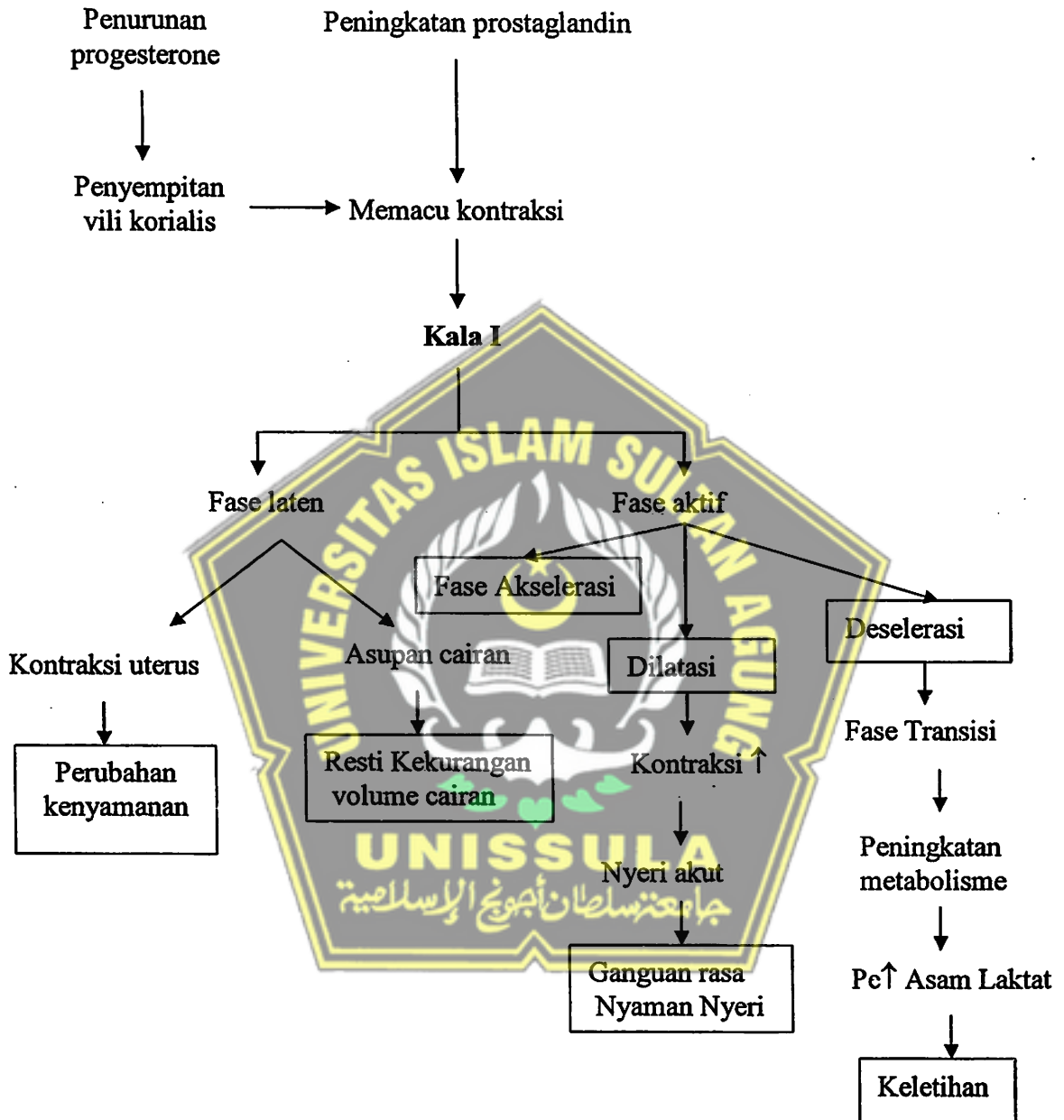
### c. Berkurangnya nutrisi

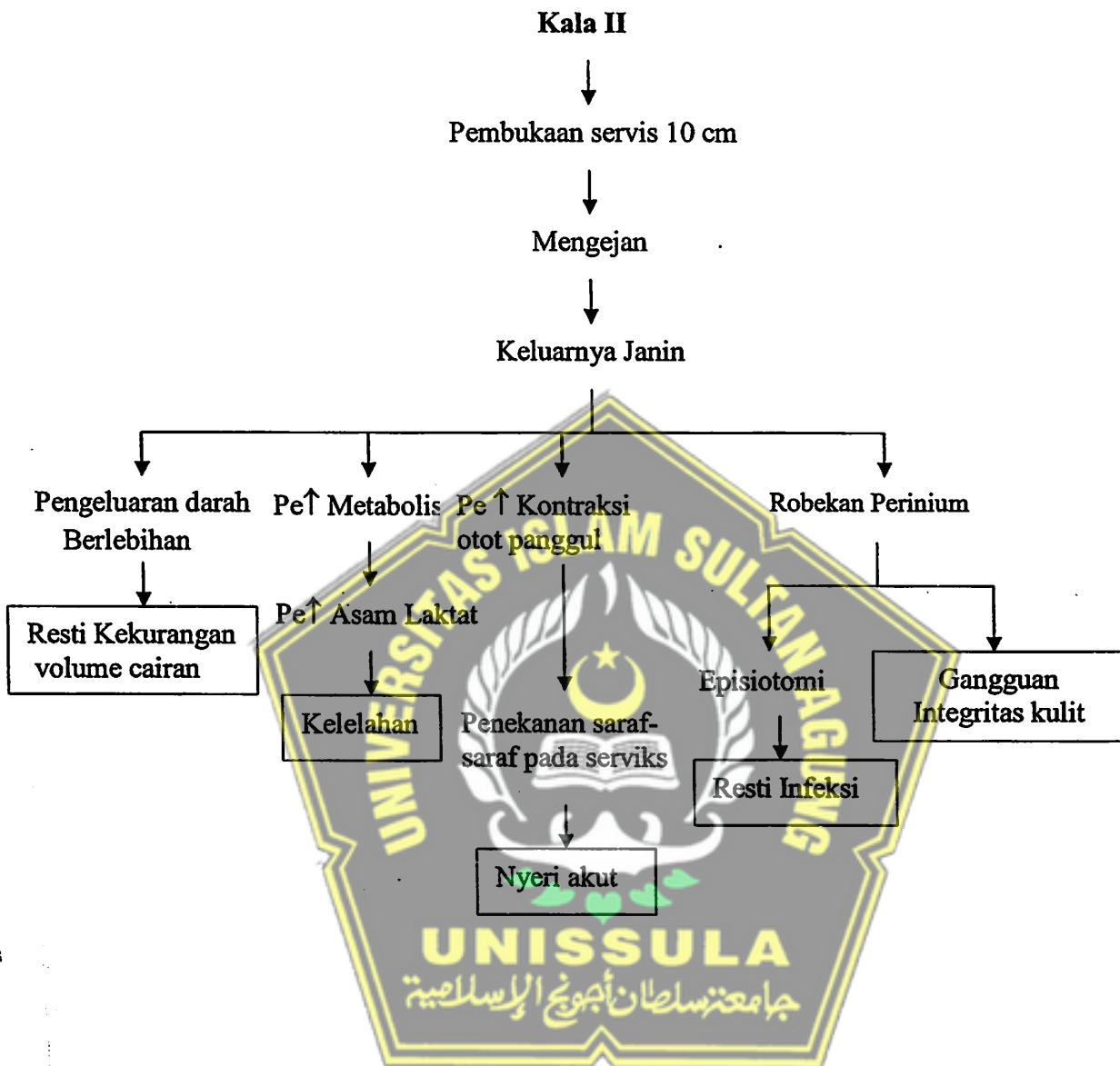
Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh hippokrates untuk pertamakalinya bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

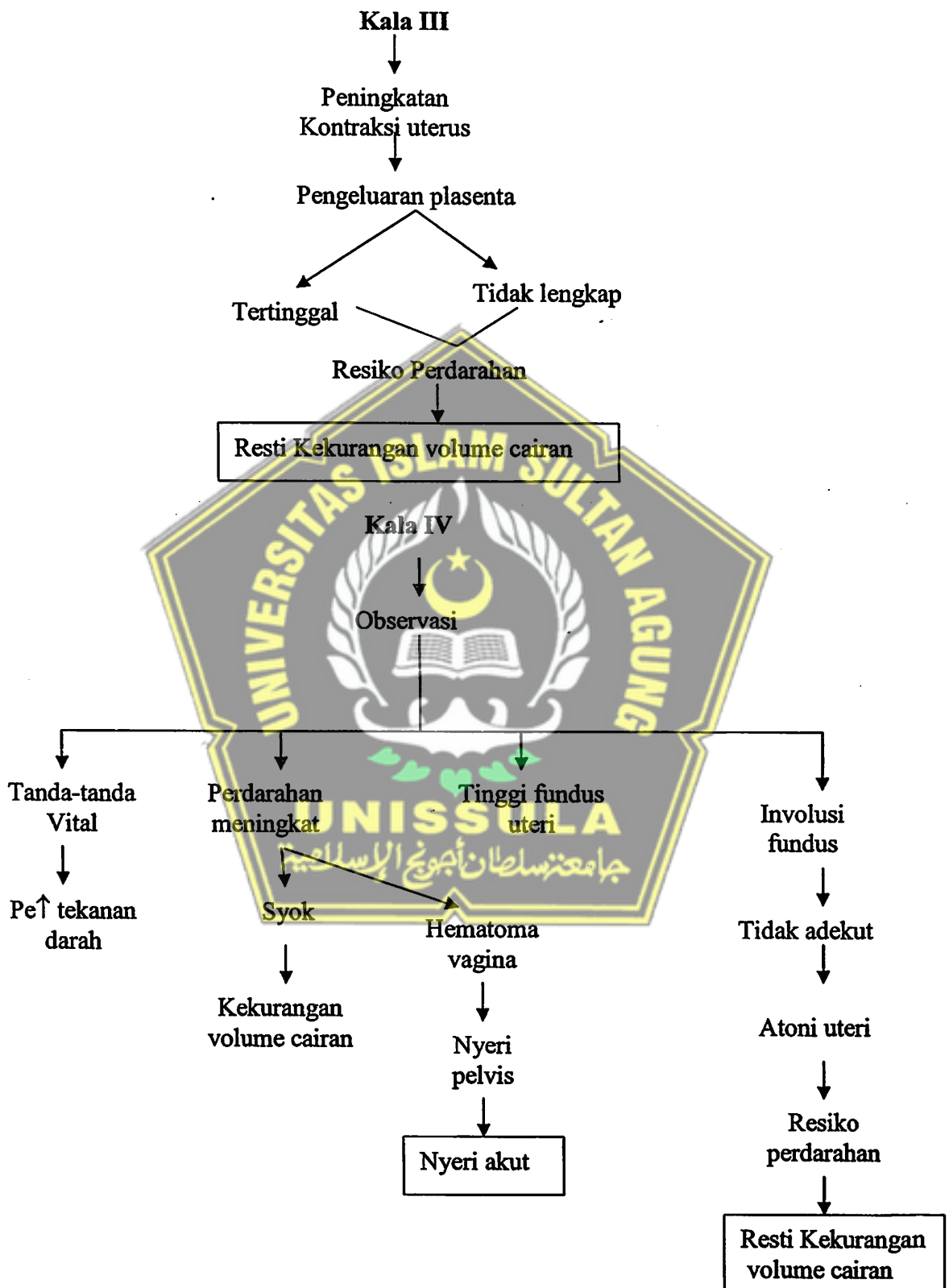
### d. Tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak di belakang servik. Bila ganglion ini tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Sumarah 2008).



### 3. Fisiologi Ways







(Doengoes, 2001)

#### 4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal

##### a. *Passenger* (penumpang)

Cara penumpang (*Passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor yaitu ukuran kepala janin, presentasi janin.

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

##### 1) Ukuran kepala janin

Karena ukuran dan sifatnya yang relatif kaku, kepala janin sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri dari dua tulang parietal, dua tulang temporal. Tengkorak janin terdiri dari dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa, sagitalis, lambdoidalis, koronalis dan frontalis. Rongga yang berisi membran ini disebut fontanel, terletak di tempat pertemuan sutura-sutura tersebut. Dalam persalinan, setelah selaput ketuban pecah, pada periksa dalam fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi dan sikap janin.

##### 2) Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan uterus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm.

Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah:

a) Letak Janin

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu. Ada dua macam letak yaitu:

(1) Memanjang vertical, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu.

(2) Melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sakrum (sungsang). Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

b) Sikap Janin

Sikap janin adalah postur tubuh khas janin tersebut yang ditentukan dengan melihat hubungan bagian-bagian janin terhadap satu sama lain dan efeknya pada columna vertebralis janin. Pada kondisi normal punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kearah dada dan paha fleksi kearah sendi lutut (Verney, Helen, 2007).

c) Posisi Janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sakrum, mentum (dagu), sinsiput (puncak kepala yang defleksi/menengadah), terhadap empat kuadran panggul ibu.



**b. *Passage*( jalan lahir)**

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul, ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

**c. *Power* (Kekuatan)**

Kekuatan terdiri dari kekuatan primer dan kekuatan sekunder

1) Kekuatan Primer

Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot disegmen uterus bagian atas. Dari titik pemicu, kontraksi dihantar ke uterus bagian bawah dalam bentuk gelombang, diselingi periode istirahat singkat. Dalam kekuatan primer ada frekuensi yaitu:

- a) waktu antar kontraksi, yaitu waktu antara awal suatu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya
- b) durasi yaitu lama kontraksi
- c) intensitas yaitu kekuatan kontraksi

2) Kekuatan sekunder

Adalah setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Wanita merasa

ingin mengedan. Usaha mendorong kebawah (kekuatan sekunder ) dibantu dengan usaha volunter yang sama dengan yang dilakukan saat buang air besar (mededan). Namun dalam usaha mendorong keluar ini, digunakan seperangkat otot dengan jenis yang berbeda-beda. Otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir. Hal ini menghasilkan peningkatan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar (Bobak, , 2004).

**d. Posisi ibu**

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi bersalin, adapun macam-macam posisi, posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin, posisi tegak meliputi:

1) Posisi duduk atau setengah duduk

Pada posisi ini penolong persalinan lebih leluasa membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa memperhatikan perineum.

2) Posisi merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang

3) Jongkok atau berdiri

Pada posisi jongkok atau berdiri mempermudah penurunan kepala janin, perluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar

pada pintu bawah panggul. memperkuat dorongan meneran, namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir).

## 5. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

### a. *Lightening* (distensi abdomen berkurang)

*Lightening* yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (*engaged*) setelah *lightening*. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ketiga kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Hal-hal yang akan dialami ibu sebagai berikut:

- 1) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- 2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi.
- 3) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai.
- 4) Peningkatan stasis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah.

*Lightening* menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan pada kondisi ini. Anda tidak lagi dapat melakukan pemeriksaan *ballotte* terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakan diatas simfisis pubis pada palpasi abdomen.

Pada primigravida biasanya *lightening* terjadi sebelum persalinan. Hal ini kemungkinan disebabkan peningkatan intensitas kontraksi *Braxton Hicks* dan tonus otot abdomen yang baik, yang memang lebih sering ditemukan pada primigravida.

**b. Perubahan serviks**

Mendekati persalinan serviks semakin matang. Kalau tadinya selama masa hamil, serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya – sebagai contoh, pada masa hamil, serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan dalam primigravida dalam kondisi normal serviks menutup.

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *Braxton Hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan.

**c. Persalinan palsu**

Persalinan palsu adalah persalinan yang terjadi beberapa hari atau beberapa minggu sebelum permulaan sesungguhnya. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kekurangan

energi. Biasanya yang terjadi pada persalinan palsu tidak ada perubahan pada serviks, rasa nyeri tidak teratur.

**d. Ketuban pecah dini**

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala satu *persalinan*. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi tersebut di sebut ketuban pecah dini (KPD). Wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.

**e. Bloody show**

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud sebagai *Bloody show*.

*Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita sering kali berpikir bahwa ia “ melihat tanda persalinan”. Kadang-kadang seluruh plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali disangka tali pusat yang lepas oleh tenaga obstetric yang belum berpengalaman. Padahal umumnya tali pusat dikeluarkan dalam satu sampai dua hari.

*Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 jam – 48 jam. Akan tetapi *bloody show* bukan merupakan



tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

**f. Peningkatan energi**

Banyak wanita mengalami peningkatan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Para wanita ini merasa enerjik selama beberapa jam sehingga semangat untuk melakukan aktivitas, akibatnya pada waktu memasuki masa persalinan dalam keadaan letih dan sering kali persalinan menjadi sulit dan lama.

**g. Gangguan saluran cerna**

Ketika tidak ada penjelasan yang tepat untuk diare kesulitan mencerna, mual dan muntah diduga hal-hal tersebut merupakan gejala menjelang persalinan walaupun belum ada penjelasan untuk hal ini. Beberapa wanita mengalami satu atau beberapa gejala tersebut (Verney, Helen 2007).

**6. Berlangsungnya Persalinan Normal**

**a. Kala I**

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap, pada permulaan his kala berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu masih bisa jalan-jalan. Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi dua fase yaitu:

- 1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm
- 2) Fase aktif berlangsung selama 7jam dari pembukaan servik 3 sampai pembukaan 10,dalam fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu:
  - a) Fase *akselerasi*. Dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
  - b) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
  - c) Fase *deselerasi*. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi 10cm(lengkap)

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Maupun multigravida, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselari terjadi lebih pendek. Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum mencapai pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam. Sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Chapman,Vicky, 2006).

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai dengan bayi lahir, proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat. Kurang lebih 2 sampai 3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul. Maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dengan kekuatan his dan mencedas maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar his mulai lagi untuk mengeluarkan badan anggota bayi.

c. Kala III(pelepasan uri)

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

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarah, 2008).

d. Kala IV(Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2jam post partum.

Selama waktu inilah biasanya terjadi perdarahan masa nifas, biasanya karena relaksasi Rahim bertahannya fragmen plasenta, atau

laserasi yang tidak terdiagnosis. Perdarahan yang samar (Misalnya pembentukan hematoma Vagina) dapat muncul sebagai keluhan nyeri pelvis. Mungkin terdapat peningkatan kecepatan denyut nadi, sering tidak sesuai dengan setiap pengurangan tekanan darah. (Hacker, Neville 2001).

## 7. Mekanisme Persalinan Normal

### a. Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama kala 1 pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan.

### b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan turunnya kepala janin, tahanan yang diperoleh dari dasar panggul akan makin fleksi lagi. Sampai-sampai dagu janin menekan dadanya dan belakang kepala (oksiput) yang menjadi bagian terbawah janin. Fleksi yang maksimal ini mengakibatkan masuknya kepala janin dengan diameter terkecil (diameter suboksipito bregmatika 9.5 cm ) kedalam pintu atas panggul daripada dengan diameter oksipito frontalis 11,5 cm ( kalau tidak terjadi fleksi).

### c. Putaran dalam

Makin turun kepala janin dalam jalan lahir kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang kepala janin akan

bersesuaian dengan diameter terkecil antero-posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil transversa (atau oblik) *pintu atas panggul* dan selanjutnya dengan diameter terkecil antero-posterior *pintu bawah panggul*. Hal ini dimungkinkan karena terjadinya dalam kepala janin mengalami gerakan seperti spiral, atau seperti sekrup pada waktu turun dalam jalan lahir itu.

d. Ekstensi

Kepala janin dilahirkan dengan melepaskan diri dari sikap kepala yang fleksi maksimal dengan jalan menempuh gerakan defleksi atau ekstensi kepala, maka berturut-turut lahirlah sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu. Pada saat ini sumbu panjang bahu bersesuaian dengan diameter oblik panggul tengah.

e. Rotasi luar

Sewaktu berlangsung rotasi dalam, leher akan terpelintir karena bahu tidak bersama-sama mengadakan rotasi dalam dengan kepala yang lebih dahulu melakukan rotasi dalam. Pada saat kepala jalan lahir, pelintiran leher itu akan terlepas, sehingga kepala janin akan berputar kembali sehingga hubungan kepala janin dengan bahunya menjadi normal seperti semula.

f. Putaran luar

Putaran-luar kepala janin pada hakikatnya mengikuti rotasi dalam bahu janin. Pada saat bahu memasuki rongga panggul, dengan sumbu panjang bahu bersesuaian diameter oblik atau transversa, pada saat itu



kepala janin terdapat dipintu panggul, dengan sumbu terpanjang kepala  
 - mengadakan rotasi luar untuk menyesuaikan diri dengan bahu janin.  
 Demikian pula pada waktu bahu janin lahir dengan sumbu panjang  
 bahu bersesuaian diameter terpanjang pintu bawah panggul  
 (Prawirohardjo Sarwono, 2002).

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Kala I

##### 1) Fase Laten

- a) Integritas ego: Dapat senang atau cemas
- b) Nyeri/ketidaknyamanan : Kontraksi regular, peningkatan frekuensi, durasi dan keparahan kontraksi ringan, masing-masing 5 sampai 30 menit, berakhir 10 sampai 30 detik
- c) Keamanan : Irama jantung janin paling baik terdengar pada umbilicus (tergantung pada posisi janin)
- d) Seksualitas: Membran mungkin/ tidak pecah, Serviks dilatasi dari 0 sampai 4cm, Bayi mungkin pada 0 (primigravida) atau dari 0 sampai 2 cm (multigravida), rabas vagina sedikit, mungkin lender merah mudah (show), kecoklatan atau terdiri dari plak lendir.

##### 2) Fase Aktif

- a) Aktivitas dan istirahat: dapat menunjukkan bukti kelelahan

- b) Integritas ego : Dapat tampak lebih serius dan terhanyut pada proses persalinan. Ketakutan tentang kemampuan mengendalikan pernapasan atau melakukan teknik relaksasi.
- c) Nyeri/ketidaknyamanan: Kontraksi sedang, terjadi setiap 2,5 sampai 5 menit dan berakhir 30 sampai 45 detik
- d) Keamanan: Irama jantung janin terdeteksi agak dibawa pusat pada posisi vertex. Denyut jantung janin (DJJ) bervariasi dan perubahan periodik umumnya teramati pada respon terhadap kontraksi, palpasi, abdominal dan gerakan janin.
- e) Seksualitas  
Dilatasi serviks dari kira – kira 4 sampai 8 cm (1,5 cm / jam multipara, 1,2 cm/jam nulipara). Perdarahan dalam jumlah sedang. Janin turun 1 sampai 2 cm dibawah tulang iskiak.

### 3) Fase Transisi (Deselerasi)

- a) Sirkulasi: Tekanan darah (TD) meningkat 5 sampai 10 mmHg diatas nilai normal klien. Nadi meningkat

- b) Integritas Ego

Perilaku peka: Dapat mengalami kesulitan mempertahankan kontrol. Memerlukan pengingat tentang pernapasan.

Mungkin amnestik: Dapat menyatakan “saya tidak tahan lagi” atau dapat menginginkan untuk “pulang dulu dan nanti kembali”

- c) Eliminasi : Dorongan untuk menghindari atau defekasi melalui fase (janin pada posisi posterior)
- d) Makanan/ cairan : Mual atau muntah dapat terjadi
- e) Nyeri/ketidaknyamanan : Kontraksi uterus kuat terjadi 2 sampai 3 menit dan berakhir 45 sampai 65 detik. Ketidaknyamanan tingkat hebat pada area abdomen/sacral. Dapat menjadi sangat gelisah, menggeliat-geliat karena nyeri atau ketakutan. Dapat melaporkan menjadi “terlalu panas”, sensasi kesemutan pada ujung jari, ibu jari dan wajah. Tremor kaki dapat terjadi.
- f) Keamanan: Diaforetik, Irama jantung janin terdengar tepat diatas simfisis pubis. Denyut jantung janin (DJJ) dapat menunjukkan deselerasi lambat (sirkulasi uterus terganggu) atau deselerisasi awal (kompresi kepala)
- g) Seksualitas: Dilatasi serviks 8 sampai 10 cm, penurunan janin dari 2 sampai 4 cm. Tampilkan darah dalam jumlah berlebihan.

#### b. Kala II

- 1) Aktivitas / istirahat : Laporan kelelahan, melaporkan ketidakmampuan melakukan dorongan sendiri/ teknik relaksasi Letargi, Lingkaran hitam dibawah mata.
- 2) Sirkulasi: Tekanan darah dapat meningkat 5 sampai 10 mmHg diantara kontraksi

- 3) Integritas Ego : Respon emosional dapat direntang dari perasaan fear/irritation/relief/joy,Dapat merasakan kehilangan kontrol atau kebalikannya seperti saat ini klien terlibat mengejan secara aktif
- 4) Eliminasi: Keinginan untuk defekasi/mendorong involunter pada kontraksi, disertai tekanan intra abdomen dan tekanan uterus. Dapat mengalami rabas fekal saat mengejan, Distensi kandung kemih mungkin ada dengan urine dikeluarkan selama upaya mendorong
- 5) Nyeri / ketidaknyamanan  
Dapat merintih/meringis selama kontraksi. Amnesia diantara kontraksi mungkin terlihat. Melaporkan rasa terbakar/meregang dari perineum. Kaki dapat gemetar selama upaya mendorong. Kontraksi uterus kuat, terjadi 1,5 sampai 2 menit masing-masing dan berakhir 60 sampai 90 detik. Dapat melawan kontraksi khususnya bila ia tidak berpartisipasi dalam kelas kelahiran anak.
- 6) Pernapasan: Peningkatan frekuensi pernapasan
- 7) Keamanan: Diaforesis sering terjadi, Bradikardia janin (tampak saat deselerasi awal pada pemantau elektrik), dapat terjadi selama kontraksi (kompresi kepala)
- 8) Seksualitas  
Serviks dilatasi penuh (10 cm) dan penonjolan 100% .  
Peningkatan penampakan perdarahan vagina. Penonjolan rectal/perineal dengan turunnya janin. Membran mungkin Ruptur

pada saat ini bila masih utuh. Peningkatan pengeluaran cairan amnion selama kontraksi. Crowning terjadi, kaput tampak tepat sebelum kelahiran pada presentasi Vertex.

c. Kala III

- 1) aktifitas/ istirahat: Perilaku dapat direntang dari senang sampai keletihan
- 2) Sirkulasi  
Tekanan darah (TD) meningkat saat curah jantung meningkat, kemudian kembali ke tingkat normal dengan cepat.  
Hipotensi dapat terjadi sebagai respons terhadap analgesic dan anastesi frekuensi nadi melambat pada respons terhadap perubahan curah jantung
- 3) Makanan / cairan: Kehilangan darah normal kira-kira 250 sampai 300 ml
- 4) Nyeri/ketidaknyamanan: Dapat mengeluh tremor kaki/ menggigil
- 5) Keamanan: Inspeksi manual pada uterus dan jalan lahir menentukan adanya robekan atau laserasi. Perluasan episiotomi atau laserasi jalan lahir mungkin ada.
- 6) Seksualitas  
Darah yang berwarna hitam dari vagina terjadi saat plasenta lepas dari endometrium, biasaya dalam 1 sampai 5 menit setelah melahirkan bayi. Tali pusat memanjang pada muara vagina. Uterus berubah dari discoid menjadi bentuk globular dan meninggikan abdomen.

## 2. Diagnosa Keperawatan

### a. Kala I

#### 1) Fase Laten

- a) **Ansietas, Resiko tinggi terhadap krisis situasi kebutuhan tidak terpenuhi**

**Tujuan :** klien tidak merasa takut atau cemas terhadap persalinan

**Kriteria hasil:**

- (1) Melaporkan ansietas pada tingkat dapat diatasi
- (2) Menggunakan teknik pernapasan dan relaksasi secara terampil
- (3) Tampak rileks sesuai dengan situasi persalinan.

**Intervensi**

- (1) Kaji tingkat dan penyebab ansietas, kesiapan untuk melahirkan anak.

**Rasional :** Berikan informasi dasar. Ansietas memperberat persepsi nyeri, mempengaruhi penggunaan teknik koping.

- (2) Pantau tekanan darah (TD) dan nadi sesuai indikasi.

**Rasional :** stress mengaktifkan sistem adrenokortikal hipofisis - hipotalamik yang meningkatkan retensi dan resorpsi natrium dan air dan meningkatkan ekskresi kalium.

- (3) Pantau pola kontraksi uterus : laporkan disfungsi persalinan.

**Rasional :** pola kontraksi hipertonic atau hipotonik dapat terjadi bila stress menetap dan memperpanjang pelepasan katekolamin



(4) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut.

Rasional : stress, rasa takut, dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama fase pertama karena penggunaan cadangan glukosa

b) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan: klien dapat informasi yang lebih jelas dan dapat dimengerti

Kriteria hasil :

- (1) Mengungkapkan pemahaman tentang psikologis dan perubahan fisiologis
- (2) Berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan
- (3) Mendemonstrasikan teknik pernapasan dan relaksasi yang tepat

Intervensi

- (1) Kaji persiapan, tingkat pengetahuan dan harapan klien

Rasional : membantu menentukan kebutuhan akan informasi

- (2) Berikan informasi tentang pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal

Rasional : Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran

- (3) Diskusikan pilihan untuk perawatan selama persalinan/kelahiran

Rasional : perlu untuk klien/pasangan dalam berpartisipasi secara aktif dalam proses pengambilan keputusan.

- (4) Tinjau ulang tingkat aktivitas yang tepat dan tindakan pencegahan yang aman.

Rasional : Memberikan bimbingan pada klien untuk membuat pilihan perawatan dini.

- c) Kekurangan volume cairan, resiko tinggi terhadap berhubungan dengan peningkatan kehilangan pemapasan mulut.

Tujuan : volume cairan yang dialami klien dapat terpenuhi.

Kriteria hasil :

- (1) Mempertahankan masukan cairan sesuai kemampuan
- (2) Mendemonstrasikan hidrasi adekuat (mis: membran mukosa lembab, urin kuning/ jernih dengan jumlah tepat, dll)

Intervensi:

- (1) Pantau masukan / haluaran.

Rasional: masukan dan haluaran harus diperkirakan sama, tergantung pada derajat hidrasi.

- (2) Pantau suhu setiap 4 jam, lebih sering bila tinggi.

Rasional: dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan dan DJJ.

- (3) Kaji produksi mucus, jumlah air mata, dan turgor kulit.

Rasional: tanda tambahan dari hidrasi adekuat atau terjadinya dehidrasi.

## 2) Fase aktif

### a) Nyeri (akut) berhubungan dengan dilatasi jaringan / hipoksia.

Tujuan: nyeri yang dialami klien dapat tertasi.

Kriteria hasil:

(1) Mengidentifikasi / menggunakan teknik untuk mengontrol nyeri / ketidaknyamanan.

(2) Melaporkan ketidaknyamanan

(3) Tampak rileks / tenang diantara kontraksi

Intervensi:

(1) Bantu dalam penggunaan teknik pernafasan/ relaksasi yang tepat dan pada masase abdomen.

Rasional: memudahkan kemajuan persalinan normal.

(2) Kaji derajat ketidaknyamanan melalui isyarat verbal dan nonverbal.

Rasional: tindakan dan reaksi nyeri adalah individual dan berdasarkan pengalaman masa lalu.

(3) Dukung keputusan klien tentang menggunakan atau tidak menggunakan obat-obatan dengan cara yang tidak menghakimi.

Rasional: membantu menurunkan perasaan gagal pada klien/ pasangan yang telah mengantisipasi kelahiran yang tidak diobati.

- (4) Hitung waktu dan catat frekuensi, intensitas, dan durasi pada kontraksi uterus setiap 30 menit.

Rasional: memantau kemajuan persalinan dan memberikan informasi untuk klien.

- b) Eliminasi urin, perubahan berhubungan dan perubahan pemasukan, perpindahan cairan, dan perubahan hormonal.

Tujuan: Bebas dari kandung kemih.

Kriteria hasil:

- (1) Mengosongkan kandung kemih dengan tepat
- (2) Bebas dari cedera kandung kemih.

Intervensi:

- (1) Catat dan bandingkan masukan dan haluaran

Rasional: haluaran harus kira-kira sama dengan masukan.

- (2) Anjurkan upaya berkemih yang sering, sedikitnya setiap 1-2 jam.

Rasional: tekanan dari bagian presentasi pada kandung kemih sering menurunkan sensasi dan mengganggu pengosongan komplit.

- (3) Ukur suhu dan nadi, perhatikan peningkatan

Rasional: memantau derajat hidrasi.

- (4) Palpasi diatas simfisis pubis

Rasional: mendeteksi adanya urin dalam kandung kemih dan derajat kepenuhan.

- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, kebutuhan tidak terpenuhi.

Tujuan : klien tidak merasa cemas lagi / ketakutan berkurang.

Kriteria hasil

- (1) Melaporkan ansietas berkurang / dapat diatasi.
- (2) Tampak rileks
- (3) Melakukan sendiri teknik pernafasan / relaksasi

Intervensi:

- (1) Kaji tingkat ansietas klien melalui isyarat verbal dan nonverbal

Rasional: mengidentifikasi tingkat intervensi yang perlu.

- (2) Anjurkan penggunaan teknik pernafasan dan relaksasi.

Rasional: membantu menurunkan ansietas dan persepsi terhadap nyeri dalam konteks serebral.

- (3) Pantau DJJ dan pantau tekanan darah ibu.

Rasional: ansietas yang lama dapat mengakibatkan ketidakseimbangan endokrin. Meningkatkan TD dan nadi.

- (4) Evaluasi pola kontraksi / kemajuan persalinan.

Rasional: peningkatan kekuatan / intensitas kontraksi uterus dapat meningkatkan masalah klien tentang kemampuan pribadi dan hasil persalinan.

### 3) Fase transisi (Deselerasi)

- a) Nyeri (akut) berhubungan dengan tekanan mekanik dari bagian presentasi : tegangan tangan emosional.

Tujuan : nyeri klien dapat teratasi / berkurang.

### Kriteria hasil

- (1) Mengungkapkan penurunan nyeri
- (2) Menggunakan teknik yang tepat untuk mempertahankan control
- (3) Istirahat diantara kontraksi

### Intervensi :

- (1) Kaji derajat ketidaknyamanan melalui isyarat verbal dan nonverbal

Rasional: sikap terhadap nyeri dan reaksi terhadap nyeri adalah individual.

- (2) Kaji kebutuhan klien terhadap sentuhan fisik selama kontraksi.

Rasional: sentuhan dapat bertindak sebagai distraksi, memberikan dukungan untuk tenang.

- (3) Pantau Frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus.

Rasional: mendeteksi kemajuan dan mengamati respons uterus normal.

- (4) Berikan lingkungan tenang yang dengan ventilasi adekuat.

Rasional: lingkungan yang tidak menimbulkan pengalihan memberikan kesempatan optimal untuk istirahat dan relaksasi diantara kontraksi.

- b) Keletihan berhubungan dengan ketidaknyamanan / nyeri, dan perubahan produksi energy:



Tujuan: keletihan klien dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- (1) Menggunakan teknik untuk menghemat energy diantara kontraksi
- (2) Melaporkan rasa control
- (3) Tampak rileks sedang

Intervensi:

- (1) Kaji derajat keletihan

Rasional: keletihan dapat mengganggu kemampuan fisik dan psikologi klien pada proses persalinan

- (2) Berikan tindakan kenyamanan

Rasional : meningkatkan relaksasi, meningkatkan rasa control, dan dapat menguatkan coping

- (3) Anjurkan klien untuk menutup mata, meluruskan kaki, dan relaks diantara kontraksi.

Rasional: posisi yang nyaman memudahkan relaksasi otot.

- (4) Sediakan lingkungan dengan penerangan redup dan tidak membingungkan klien.

Rasional: penurunan stressor membantu meningkatkan istirahat.

## b. Kala II

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan dilatasi / peregangan jaringan

Tujuan: nyeri dapat berkurang / dapat diatasi.

### Kriteria Hasil

- a) Mengungkapkan penurunan nyeri
- b) Menggunakan teknik yang tepat untuk mempertahankan control
- c) Istirahat diantara kontraksi.

### Intervensi :

- a) Pantau dan catat aktivitas uterus pada setiap kontraksi.

Rasional: memberikan informasi / dokumentasi legal tentang kemajuan kontinyu.

- b) Berikan informasi dan dukungan yang berhubungan dengan kemajuan persalinan.

Rasional: pertahankan supaya pasangan tetap mendapatkan informasi tentang perkiraan kelahiran.

- c) Identifikasi derajat ketidaknyamanan dan sumbernya.

Rasional : mengklarifikasi kebutuhan: memungkinkan intervensi yang tepat.

- d) Pantau penonjolan perineal rectal, pembukaan muara vagina, dan tempat janin.

Rasional: pemutaran anal kearah luar dan menonjolkan perineal terjadi saat vertex janin turun.

- 2) Pertukaran gas, kerusakan, resiko tinggi terhadap berhubungan dengan penurunan perfusi plasenta dan persalinan yang lama.

Tujuan: dapat mempertahankan kontrol pernapasan.

Kriteria hasil:

- a) Mempertahankan kontrol pernafasan
- b) Menggunakan posisi yang meningkatkan aliran balik vena / sirkulasi plasenta.

Intervensi :

- a) Kaji station janin, presentasi dan posisi.

Rasional: selama persalinan tahap II, janin paling rentan pada bradikardia dan hipoksia.

- b) Posisikan klien pada rekumben lateral atau posisi tegak, atau miring dari sisi ke sisi sesuai indikasi.

Rasional: meningkatkan refuse plasenta

- c) Hindari menempatkan klien pada posisi dasar rekumben.

Rasional: menimbulkan hipoksia dan asidosis janin.

- d) Kaji pola pernafasan klien.

Rasional : mengidentifikasi pola pernafasan tidak efektif.

- 3) Integritas kulit / jaringan berhubungan dengan pencetus persalinan, pola kontraksi hipertonic.

Tujuan : kulit klien dapat kembali normal .

Kriteria hasil :

- a) Otot-otot perineal rileks selama upaya mengejan
- b) Bebas dari laserasi yang dapat dicegah.

Intervensi:

- a) Bantu klien / pasangan dengan posisi yang tepat, pernafasan, dan upaya untuk rileks.

Rasional : membantu meningkatkan penegangan bertahap dari perineal dan jaringan vagina

- b) Tempatkan klien pada posisi Sim Lateral kiri untuk melahirkan, bila nyaman.

Rasional: enurunkan tegangan perineal, meningkatkan peregang bertahap, dan menurunkan perlunya episiotomy.

- c) Bantu dengan episiotomy garis tengah atau mediolateral, bila perlu.

Rasional: meskipun **kontroversial**, episiotomy dapat mencegah robekan perineum pada kasus bayi.

- 4) Infeksi resiko terhadap berhubungan dengan persalinan atau pecah ketuban.

Tujuan: klien terbebas dari infeksi.

Kriteria hasil:

- a) Bebas dari infeksi

Intervensi

- a) Lakukan perawatan perineal setiap 4 jam .

Rasional: membantu meningkatkan kebersihan

- b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.

Rasional: dalam 4 jam setelah pecah ketuban, klien dan janin menjadi rentan pada infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.

- c) Lakukan pemeriksa vagina hanya bila sangat perlu, dengan menggunakan teknik aseptik.

Rasional: pemeriksaan vagina berulang meningkatkan resiko infeksi endometrial.

d) Berikan kondisi aseptik untuk kelahiran

Rasional: membantu mencegah infeksi pascapartum dan endometritis.

5) Keletihan berhubungan dengan penurunan produksi energi, metabolik, peningkatan kebutuhan energi dan adanya nyeri.

Tujuan: Keletihan klien dapat teratasi

Kriteria Hasil

- a) Berpartisipasi secara aktif dalam aktivitas mengejan
- b) Relaks / tenang diantara upaya-upaya

Intervensi

- a) Kaji tingkat keletihan dan perhatikan aktivitas / istirahat segera sebelum awitan persalinan.

Rasional: jumlah keletihan adalah komulatif, sehingga klien yang mengalami tahap I persalinan.

- b) Anjurkan istirahat / relaksasi diantara kontraksi.

Rasional : menghemat energi yang dibutuhkan untuk upaya mendorong dan melahirkan.

- c) Anjurkan penggunaan teknik relaksasi'

Rasional: ketegangan otot meningkatkan rasa kelelahan dan tahanan terhadap turunnya janin serta dapat memperpanjang persalinan.

d) Pantau turunnya janin, presentasi, dan posisi

Rasional: malposisi dan malpresentasi dapat memperlama persalinan dan menyebabkan / meningkatkan keletihan.

c. Kala III.

1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurang / pembatasan masukan oral, laserasi jalan lahir, tertahannya fragmen plasenta.

Tujuan: volume cairan klien dapat terpenuhi.

Kriteria hasil :

- a) Menunjukkan TD dan nadi dalam batas normal.
- b) Nadi dapat diraba
- c) Mendemonstrasikan kontraksi adekuat dari uterus dengan kehilangan darah dalam batas normal.

Intervensi:

- a) Instruksikan klien untuk mendorong pada kontraksi

Rasional: perhatikan klien secara alami pada bayi baru lahir.

- b) Kaji tanda vital sebelum dan sesudah pemberian oksitosin.

Rasional: efek samping eksitosin yang sering terjadi adalah hipertensi.

- c) Palpasi uterus: perhatikan "ballooning"

Rasional: menunjukkan relaksasi utrus dengan perdarahan kedalam rongga uterus.

- d) Catat waktu dan mekanisme pelepasan plasenta.



Rasional: pelepasan harus terjadi dalam 5 menit setelah kelahiran.

- 2) Cedera resiko terhadap berhubungan dengan posisi selama melahirkan / pemindahan, kesulitan dengan pelepasan plasenta.

Tujuan:

Kriteria Hasil:

- a) Mengobservasi tindakan keamanan
- b) Bebas dari cedera material

Intervensi

- a) Palpasi fundus dan masase dengan perlahan Rasional: memudahkan pelepasan plasenta
- b) Masase fundus dengan perlahan setelah pengeluaran plasenta.  
Rasional: menghindari rangsangan / trauma berlebihan pada fundus.
- c) Kaji irama pernafasan dan pengembangan.  
Rasional: pada pelepasan plasenta, bahaya ada berupa emboli cairan amnion dapat masuk sirkulasi material.
- d) Bersihkan vulva dan perineum dengan air dan larutan antiseptic steril.

Rasional: menghilangkan kemungkinan kontaminasi yang dapat mengakibatkan infeksi saluran asenden selama periode pascapartum.

- 3) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi / atau kesalahan interpretasi informasi.

Tujuan : klien dapat mengerti

Kriteria hasil:

- a) Mengungkapkan pemahaman respon fisiologis.
- b) Secara aktif ikut dalam upaya-upaya
- c) Meningkatkan pengeluaran plasenta

Intervensi:

- a) Diskusikan / tinjau ulang proses normal dari persalinan tahap III mendorong untuk

Rasional: memberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan / memperjelas kesalahan konsep. Konsep meningkatkan kerjasama dengan aturan.

- b) Jelaskan alasan untuk respon perilaku tertentu seperti, menggigil dan tremor kaki

Rasional : pemahaman membantu klien menerima perubahan tersebut tanpa ansietas.

- c) Diskusikan rutinitas periode pemulihan selama 4 jam pertama

Rasional: memberikan kesempatan perawatan dan penanganan.

- 4) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, respon fisiologis setelah melahirkan.

Tujuan: nyeri yang dialami klien dapat teratasi / berkurang

Kriteria hasil:

- a) Mengungkapkan penatalaksanaan / reduksi nyeri.

### Intervensi

- a) Bantu dengan penggunaan teknik pernafasan selama perbaikan pembedahan

Rasional: pernafasan membantu mengalihkan perhatian langsung dari ketidaknyamanan meningkatkan relaksasi.

- b) Berikan kompres es pada perineum setelah melahirkan.

Rasional: mengkonstriksikan pembuluh darah, menurunkan edema

- c) Ganti pakaian dan linen basah

Rasional: meningkatkan kenyamanan, hangat, dan kebersihan.

- d) Berikan selimut penghangat

Rasional: tremor / menggigil pada pasca melahirkan mungkin karena hilangnya tekanan secara tiba-tiba.

- e) Bantu dalam perbaikan episiotomy, bila perlu

Rasional: penyembuhan tepi-tepi memudahkan penyembuhan.

(Doengoes, 2001).

## BAB III

### RESUM KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Klien

Nama klien adalah Ny. M, 34 tahun, Wonolopo, Agama Islam, suku bangsa Jawa, Indonesia, status perkawinan Nikah. Dan pendidikan terakhir klien adalah SD. Diagnosa medik adalah G2 P1 A0. Adapun untuk penanggung jawab adalah Tn.K (Suami), 57 tahun, agama Islam, pekerjaan poliskastam, dan pendidikan terakhir suami klien adalah Sarjana.

##### 2. Data Umum Kesehatan

Tinggi badan/ berat badan: 152cm/ 63 kg, berat badan sebelum hamil 60kg. Klien tidak memiliki masalah dalam kesehatannya. Klien mendapatkan obat dari bidan pada waktu memeriksakan kesehatannya. Obat-obatannya adalah vitamin C, Vitamin B12 dan asam folat. Klien tidak memiliki alergi baik dari obat, makanan, dan lain-lain.

Klien BAK 5-6x/hari, selama di ruang bersalin klien selalu BAK. klien tidak memiliki masalah dalam BAK. Frekuensi BAB klien biasanya 2x sehari, kadang-kadang hanya 1x. Selama di ruang bersalin Puskesmas Mijen klien BAB hanya 1x. Kebiasaan waktu klien tidur adalah baca buku dan mendengarkan musik , klien sangat senang apabila mendengarkan musik.

### 3. Data Umum Kebidanan

Kehamilan sekarang sangat direncanakan karena klien dan suami klien menginginkan anak lebih dari satu. Status obstetri G2 P1 A0, usia kehamilan 41 minggu lebih 4 hari, HPHT 05-06-2009 dan hari taksiran partus 12-03-2010. Jumlah anak di rumah 1(satu). Anak pertama adalah laki-laki, lahir secara spontan dengan berat badan (BB) 2700 gr, dalam keadaan sehat. Sekarang anak pertama berumur 14 tahun. Klien mengatakan sudah melakukan KB, KB yang digunakan adalah PIL KB 3bulan. Klien mengatakan bayi/anak pertama diberikan ASI selama 1 tahun, setelah itu klien memberikan susu formula pada anaknya.

### 4. Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan 23 Maret 2010 jam persalinan 10.45 WIB. Frekuensi kontraksi dalam 10 menit adalah 3x dan lama dari kontraksi tersebut adalah 35 detik. Frekuensi denyut jantung janin adalah 138x/menit.

Pemeriksaan fisik:

TD: 110/70 mmHg, nadi: 86x/menit, suhu: 37C, RR: 22x/menit, rambut lurus, panjang, hitam dan bersih. Leher tidak terdapat pembesaran vena jugularis, payudara klien membesar, puting susu tampak normal. Keadaan abdomen atau perut klien membesar dan terdapat linea alba. Kontraksi 3x/10 menit. Lama kontraksi tersebut adalah 40 detik, dan denyut jantung janin adalah 144x/menit, kontraksi uterus keras.

Pada ekstremitas klien tidak terdapat oedema. Pemeriksaan dalam pertama dilakukan pada tanggal 23 maret 2010 jam 06.30 WIB oleh bidan. Dan hasil yang didapatkan adalah TFU 3 jari dibawah Proxesus xifoideus, punggung disebelah kanan. Setelah dilakukan dengan Vagina Toucher baru 4 cm dengan partio tipis.

Pemeriksaan dalam kedua dilakukan pada jam 09.30 WIB oleh bidan, dan hasil yang didapatkan setelah dilakukan vagina toucher pembukaan baru 8cm.

#### 5. Data Psikososial

Penghasilan keluarga setiap bulan adalah Rp 3000.000,- perasaan ibu terhadap kehamilannya sekarang sangat senang dan bahagia, begitu pula dengan suami klien. Kehamilannya sekarang direncanakan oleh klien dan suaminya. Selama kehamilan anak kedua, saudara atau sibling sangat senang sekali karena akan punya adik baru.

#### LAPORAN PERSALINAN

##### 1. Pengkajian awal

Tanggal pengkajian 23 Maret 2010 jam 08.00 WIB dengan TD: 110/70 mmHg, Nadi:86x/menit, Suhu: 37C, RR: 22x/menit, pemeriksaan palpasi abdomen: Leopold I: TFU teraba 31 cm, Leopold II: punggung teraba disebelah kanan, bagian kecil (ekstremitas) teraba disebalah kiri, Leopold III: teraba keras melenting tidak dapat digerakkan diatas symphisis, Leopold IV: Kepala sudah masuk PAP.



Hasil pemeriksaan dalam jam 10.20 WIB pembukaan 10 (lengkap) selaput ketuban pecah. Perineum menonjol dan tidak terdapat oedema, tidak dilakukan klisma. Perdarahan pervaginam kurang lebih 200cc, kontraksi uterus keras. Denyut jantung janin (12.11.12), status janin hidup.

## 2. Kala persalinan

### a. Kala I

Mulai persalinan tanggal 23 Maret 2010, jam 10.45 WIB, tanda dan gejalanya adalah klien mulai mules dan kencang-kencang jam 06.30 WIB, Toucher jam 06.30 WIB 4cm, jam 10.35 pembukaan lengkap, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37C, RR: 22x/menit.

### b. Kala II

Kala II mulai persalinan tanggal 23 Maret 2010 jam 10.45 WIB, tanda dan gejala, klien merasa ingin meneran, perineum ibu menonjol, ibu merasa ingin BAB, spinter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Ketuban pecah pada tanggal 23 Maret 2010, 10.20 jam WIB dengan warna jernih.

### CATATAN KELAHIRAN

Bayi lahir jam 10.45 WIB, Nilai apgar score dalam waktu 1 menit dengan denyut jantung 2, pernafasan 2, tonus otot 2, peka rangsang 2, dan warna kulit 2, jumlah apgar score dalam waktu 1 menit adalah 10. sedangkan dalam waktu 5-10 menit nilai apgar score berjumlah 10. Perineum terdapat rupture, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36C, RR: 20x/ menit.

c. Kala III

Tanda dan gejala, kontraksi uterus kuat, TFU setinggi pusat, keluar darah kurang lebih 200cc. Plasenta lahir spontan lengkap jam 10.55 WIB. Tebal plasenta 1,5 cm, diameter kurang lebih 20 cm, panjang tali pusat kurang lebih 50 cm, kulit ketuban terkatub robek lewat laterali. Perdarahan kurang lebih 200 cc, karakteristik merah tua.

Ibu tampak lemas tapi juga lega karena anak yang dikandungnya telah lahir. Kebutuhan khusus klien melakukan message rahim untuk merangsang kontraksi uterus.

d. Kala IV

Tanda-tanda Vital, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36C, RR: 20x/menit, keadaan uterus 3 jari dibawah pusat, kontraksi tidak ada, perdarahan kurang lebih 200 cc, bonding ibu dan bayi sudah menyusui.

BAYI

Bayi lahir tanggal 23 maret 2010 jam 10.45 WIB, jenis kelamin laki -laki, nilai apgar score (10.10.10), PB bayi 42 cm, BB bayi 3200 gr. Warna kulit putih kemerahan dan rambut hitam. Lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 18 cm. Anus berlubang dan mengeluarkan mekonium berwarna kehitaman. Tali pusat dibungkus dengan kasa, mata bayi diberi salep mata Erlamycetin. Dan bayi diberikan Vitamin k IM.

## B. Analisa Data

Berdasarkan data-data yang diperoleh maka penulis mengelompokkan dan menganalisa data-data tersebut sehingga dapat ditarik suatu masalah keperawatan dan ditemukan kemungkinan penyebabnya. Adapun data-data yang dikelompokkan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif yaitu klien mengatakan nyeri karena kontraksi uterus, klien mengatakan punggungnya terasa pegal sekali. P: kontraksi uterus, Q: seperti ditusuk-tusuk, R:uterus, S: 8, T: saat kontraksi Dan data obyektif yang ditemukan ekspresi wajah klien tampak meringis saat kontraksi dan klien tampak kesakitan. Dari analisa data tersebut ditarik diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan maka penulis merencanakan intervensi yang bertujuan untuk mengatasi masalah atau diagnosa keperawatan tersebut. Intervensi yang telah penulis rencanakan pada tanggal 23 Maret 2010

Penulis merencanakan intervensi yaitu: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam klien kembali merasa nyaman dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang saat kontraksi, skala nyeri menjadi 0, klien tampak rileks. Intervensi yang direncanakan adalah ajarkan tehnik nafas dalam pada klien, ajarkan message kepada suami klien pada punggung klien.

Implementasi yang penulis lakukan dalam memberikan asuhan keperawatan antara lain:

mengajarkan teknik nafas dalam pada klien dan respon subyektifnya klien mengatakan bisa melakukan tehnik nafas dalam dengan sendiri, dan untuk respon obyektifnya klien kooperatif, mengajarkan message kepada suami atau keluarga klien pada punggung klien dan respon subyektifnya keluarga klien bersedia dan untuk respon obyektifnya keluarga klien kooperatif.

Setelah dilakukan implementasi selama sehari penulis melakukan evaluasi, hasil dari evaluasinya tersebut adalah :

evaluasi subyektifnya klien mengatakan sedikit berkurang saat kontraksi, sedangkan evaluasi obyektifnya klien tampak rilek dengan skala nyeri 3. Kesimpulan yang dapat ditarik masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi,

2. Data subyektif yaitu klien mengatakan cemas dalam menghadapi persalinan. Dan data obyektif yang ditemukan adalah klien tampak gelisah dan klien tampak pucat. Dari analisa – analisa data tersebut dapat ditarik diagnosa keperawatan Ansietas berhubungan dengan proses persalinan.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan maka penulis merencanakan intervensi yaitu: setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam cemas klien dapat berkurang dengan kriteria hasil klien merasa nyaman dan lega.

Intervensi yang direncanakan adalah berikan dukungan pada klien untuk melakukan persalinan, ciptakan suasana yang nyaman untuk klien , libatkan keluarga dalam proses persalinan.

Implementasi diagnosa yang kedua tentang ansietas berhubungan dengan proses persalinan, adalah memberikan dukungan pada klien untuk

melakukan persalinan, untuk respon obyektifnya klien tampak bersemangat atas dukungan yang telah diberikan, menciptakan suasana yang nyaman untuk klien, respon subyektifnya klien menyatakan nyaman sekali, dan data obyektifnya klien tampak gembira / senang, melibatkan keluarga dalam proses persalinan.

Setelah dilakukan implementasi selama sehari penulis melakukan evaluasi, hasil dari evaluasi tersebut adalah :

Klien mengatakan tidak cemas dan data obyektifnya adalah klien tampak senang dan nyaman. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah masalah teratasi.





## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Ny.M dengan intranatal/ persalinan normal hari ke-1 di Puskesmas Mijen selama 1 hari. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini penulis lakukan dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dalam kasus ini penulis akan mengangkat dua diagnosa. Pada pengkajian keperawatan pada tanggal 23 Maret 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh Ny. M yaitu Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus dan Ansietas berhubungan dengan proses persalinan.

#### **1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus**

Nyeri adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang dengan kriteria hasil:

Data mayor (harus terdapat): individu mengungkapkan tentang deskriptor Nyeri.

Data minor (mungkin terdapat): mengatupkan rahang atau mengepalkan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, angitasi, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tubuh tidak biasanya, ketidak efektifan fisik atau imobilitas,



gangguan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang (Carpenito, 2001).

Diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus, penulis tegakkan karena pada saat pengkajian ditemukan data-data antara lain: data subyektif, klien mengatakan nyeri karena kontraksi uterus, klien mengatakan punggungnya terasa pegal sekali, P: kontraksi uterus, Q: seperti ditusuk- tusuk, R: uterus, S: 8, T: saat kontraksi sering, data obyektif, ekspresi wajah klien nampak meringis saat kontraksi.

Diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus, penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa yang utama karena menurut “Hierarki Maslow” termasuk kebutuhan dasar manusia berupa rasa aman dan nyaman, apabila gangguan rasa nyaman nyeri tidak teratasi akan mengganggu proses persalinan. Dalam mengatasi masalah gangguan rasa nyaman nyeri, penulis menerapkan tujuan klien merasa nyaman nyeri berkurang saat kontraksi, dengan kriteria hasil skala nyeri menjadi 0 , klien tampak rileks. Adapun intervensi yang penulis terapkan adalah ajarkan teknik nafas dalam (relaksasi dan distraksi), ajarkan message kepada suami klien pada punggung klien.

Dalam menyusun intervensi, penulis mengalami kesalahan dalam tujuan intervensi. Penulis telah menetapkan kiriteria hasil yaitu skala nyeri menjadi 0 hal ini merupakan tujuan yang tidak realistis. Menurut Alimul Aziz, (2004) penetapan kriteria hasil seharusnya berpedoman pada kriteria S, P, K,

K, W yaitu: S(Subyek): perilaku pasien yang diamati, P(Predikat): kondisi yang melingkupi pasien, K(Kriteria): kata kerja yang dapat diukur, K(Kondisi): sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan dan W(Waktu): waktu yang ingin dicapai. Tujuan intervensi gangguan rasa nyaman nyeri adalah: Klien mengatakan peredaan setelah suatu tindakan yang memuaskan (Carpenitto. 2001).

Intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut: ajarkan teknik nafas dalam (Relaksasi dan distraksi), rasional: dengan mengajarkan teknik relaksasi yaitu dengan cara menarik nafas dalam, tahan dan hembuskan lewat mulut pada saat nyerinya timbul. Hal ini dapat mempermudah mengurangi rasa nyeri. Selain dengan cara relaksasi dapat dilakukan juga dengan cara distraksi yaitu dengan cara keluarga mengalihkan perhatian klien seperti mengajak bicara yang menarik, nonton TV, ini juga dapat mengurangi rasa nyeri. Hal ini selain diajarkan pada klien, keluarga juga diajari agar sewaktu-waktu nyeri klien terjadi keluarga dapat mengetahui cara mengatasinya. Ajarkan message kepada suami klien pada punggung klien, rasional: dengan mengajarkan message pada klien maka nyeri yang dialami klien dapat teratasi/ dapat hilang. Dalam hal ini keluarga juga perlu diajarkan agar bisa mengatasi nyeri yang muncul. Mengkaji skala nyeri, rasional: dengan mengkaji skala nyeri pada klien maka nyeri yang dialami klien dapat teratasi.

Pantau tanda-tanda vital, rasional: Setiap 2-3 jam sekali, dilakukan pemeriksaan secara rutin dari tekanan darah (TD), nadi, suhu, pernafasan,

terutama pada saat klien merasakan nyeri. Hal ini sering dipantau untuk mengetahui kondisi klien setiap saat. (Carpenitto. 2001).

Dari keempat intervensi diatas yang penulis rencanakan, penulis dapat melaksanakan semuanya, penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan keperawatan karena dalam pengkajian klien dan keluarga klien sangat kooperatif, adapun tujuan intervensi gangguan rasa nyaman nyeri secara teori yaitu: tujuan klien mengatakan peredaan setelah suatu tindakan yang memuaskan dengan intervensi beri kesempatan klien untuk beristirahat.

Implementasi keperawatan ini, penulis telah melakukan tindakan keperawatan sejalan dengan apa yang direncanakan yaitu mengajarkan teknik nafas dalam (relaksasi dan distraksi), mengajarkan message kepada suami klien pada punggung klien, mengkaji skala nyeri dan memantau tanda-tanda vital.

Evaluasi akhir pada diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri dapat teratasi sebagian karena pada akhir perawatan yang dilakukan oleh penulis, klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rilek, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi.

## **2. Ansietas berhubungan dengan proses persalinan**

Ansietas adalah keadaan dimana individu / kelompok mengalami perasaan gelisah ( penilaian atau opini) dan aktivitas sistem saraf autonom dalam berespons terhadap ancaman yang tidak jelas, non spesifik, dengan karakteristik

Data mayor : dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari tiga kategori, fisiologis, emosional, dan kognitif. Gejala-gejala bervariasi sesuai dengan tingkat ansietas.

a. Fisiologis

Peningkatan frekuensi jantung, peningkatan tekanan darah , peningkatan frekuensi pernapasan, diaforesis, insomnia, keletihan dan kelemahan, pucat atau kemerahan, mulut kering, dilatasi pupil, suara tremor, gelisah, gemetar, kedutan, berdebar-debar, sering berkemih, diare, sakit dan nyeri tubuh (khususnya dada, punggung, leher), pusing/ mau pingsan, rasa panas atau dingin, anoreksia.

b. Emosional

Individu menyatakan bahwa ia merasakan: ketakutan, ketidakberdayaan, gugup, kurang percaya diri, kehilangan kontrol, tidak dapat rileks, antisipasi kegagalan.

Individu memperlihatkan: peka rangsang atau tidak sabar, marah berlebihan dan menangis, cenderung menyalahkan orang lain, reaksi kaku, kritisme pada diri sendiri, menarik diri, kurang inisiatif, mencela diri, kontak mata buruk.

c. Kognitif

Tidak dapat konsentrasi, kurang kesadaran tentang sekitar, mudah lupa, orientasi pada masa lalu daripada masa kini atau masa depan, blok pikiran (tidak dapat mengingat), terlalu perhatian, preokupasi, penurunan kemampuan belajar (Carpenito, 2001).

Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data: klien mengatakan cemas dalam menghadapi persalinan (data subyektif), klien tampak gelisah dan pucat (data obyektif)

Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, penulis tegakkan sebagai diagnosa kedua karena menurut “Hierarki Maslow” termasuk dalam kebutuhan dasar manusia yaitu rasa aman dan rasa nyaman yang dalam urutannya menduduki posisi yang kedua.

Adapun dalam mengatasi masalah diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, penulis melakukan rencana keperawatan yang bertujuan klien mampu mengatasi ansietas dengan kriteria hasil klien merasa tenang dan merasa lega. Maka intervensi atau rencana tindakan yang dilakukan penulis adalah berikan dukungan pada klien untuk melakukan persalinan, rasional: rasa takut terhadap penolakan makin berat sesuai kemajuan persalinan, klien dapat mengalami peningkatan ansietas/ kehilangan kontrol bila dibiarkan tanpa perhatian, maka harus diberikan dukungan dan motivasi karena dengan dukungan tersebut ansietas dapat hilang. Ciptakan suasana yang nyaman untuk klien seperti pembatasan pengunjung, rasional: dengan adanya suasana yang nyaman maka klien akan merasa tenang dalam melakukan persalinan.

Implementasi keperawatan untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, penulis sudah melakukan tindakan sesuai dengan yang direncanakan. Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan implementasi karena dari klien



dan keluarga klien sangat kooperatif untuk dilakukan tindakan keperawatan.

Hasil evaluasi yang telah ditetapkan untuk diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, klien mengatakan sangat nyaman, klien tampak senang masalah teratasi karena klien sudah merasa nyaman dan senang, pertahankan intervensi.

Menurut Carpenito(2001), faktor berhubungan dengan ansietas meliputi: Patofisiologis, Situasi(Personal, Lingkungan), Maturasional.

Faktor patofisiologis terdiri dari kebutuhan dasar makan, minum, kenyamanan dan keamanan.

Faktor Situasi(Personal, Lingkungan) berhubungan dengan ancaman aktual atau dirasakan adanya ancaman terhadap konsep diri sekunder terhadap menjadi ortu.

Faktor maturasional: Bayi/anak, berhubungan dengan perpisahan, berhubungan dengan lingkungan atau orang yang tidak dikenal, berhubungan dengan perubahan hubungan dalam kelompok sebaya. Remaja, berhubungan dengan ancaman pada konsep diri sekunder terhadap: perkembangan seksual, perubahan hubungan kelompok sebaya. Dewasa, berhubungan dengan ancaman pada konsep diri sekunder terhadap: kehamilan, menjadi orangtua, Perubahan karir, efek-efek proses menuaan. Lansia, Berhubungan dengan ancaman konsep diri sekunder terhadap: Kehilangan fungsi sensori, Kehilangan fungsi motorik, masalah keuangan, Perubahan pensiun



Oleh karena itu penulis telah melakukan kesalahan dalam pernyataan etiologi dalam diagnosa cemas berhubungan dengan proses persalinan. Etiologi yang mungkin adalah ancaman pada konsep diri sekunder terhadap menjadi orang tua. Sehingga pernyataan diagnosanya adalah cemas berhubungan dengan proses menjadi orang tua. Pada resume di Bab IV terdapat ruptur penulis mengalami kesalahan di pembahasan penulis mencantumkan yang benar terdapat ruptur grade I dan pada waktu bayi lahir penulis memberikan salep mata 1 olesan dan vitamin K 0,5 cc dan pada intervensi diagnosa pertama penulis melakukan intervensi massage punggung pada klien tetapi posisi klien belum ada. Penulis mengalami kesalahan posisi klien waktu di massage ialah miring ke kiri dan pada implementasi pada diagnose kedua penulis tidak mencantumkan menciptakan suasana yang nyaman seperti membatasi pengunjung.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada tanggal 23 Maret 2010 penulis menemukan beberapa data yang dapat menunjang untuk diangkatnya suatu diagnosa keperawatan. Untuk itu penulis mengangkat dua diagnosa.

##### **2. Diagnosa**

Pada langkah ini penulis mengambil dua diagnosa yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus dan ansietas berhubungan dengan proses persalinan.

##### **3. Intervensi**

Pada diagnosa pertama penulis merencanakan intervensi kaji skala nyeri, pantau tanda-tanda vital dan mengajarkan distraksi relaksasi seperti nafas dalam. Dan pada diagnosa yang kedua penulis merencanakan intervensi berikan dukungan pada klien untuk melakukan persalinan, ciptakan suasana yang nyaman untuk klien, libatkan keluarga dalam proses persalinan.

##### **4. Implementasi**

pada implementasi diagnosa penulis mengkaji skala nyeri klien, memantau tanda-tanda vital, dan mengajarkan teknik nafas dalam.

Diagnosa yang kedua penulis melakukan dukungan pada klien melakukan persalinan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi akhir pada diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri dapat teratasi sebagian karena pada akhir perawatan yang dilakukan oleh penulis, klien mengatakan nyeri berkurang.

Hasil evaluasi yang telah ditetapkan untuk diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan proses persalinan, masalah teratasi.

## B. Saran

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas, maka disarankan hal-hal sebagai berikut :

### 1. Bagi tenaga kesehatan

Dapat memberi informasi tentang manajemen nyeri pada ibu bersalin dan keluarganya, selain itu seharusnya tenaga kesehatan dapat mengikuti pelatihan tentang manajemen nyeri non farmakologis contohnya hipnoberting pada persalinan.

### 2. Bagi keluarga

Diharapkan bagi ibu bersalin dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang tanda-tanda persalinan dan perawatan bersalin normal. Bagi suami dan keluarga dapat memberikan dukungan saat persalinan berlangsung terutama untuk mengatasi nyeri persalinan.

### 3. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam asuhan keperawatan pada ibu bersalin.

### 4. Bagi insitusi

Diharapkan institusi dapat menilai sejauh mana mahasiswa menguasai materi persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, Irene M, Lowdermilk, Jensen. 2004. *Buku ajar keperawatan maternitas: Ed 4*. Jakarta: EGC.
- Carpenito, Lynda Jual, 2001. *Buku saku diagnosis keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Chapman, Vicky, 2006. *Asuhan kebidanan persalinan dan kelahiran* Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. Gary, 2005. *Obstetri williams: Ed.21*. Jakarta: EGC.
- Doenges, Mariliyn E, 2001. *Rencana perawatan maternal / bayi: pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien: Edisi 2* Jakarta: EGC.
- Hacker, Neville F, 2001. *Esensial obstetri dan ginekologi: Ed.2*. Jakarta: Hipokrates.
- JNPKKR\_POGI, 2001. *Buku acuan nasional: pelayanan kesehatan maternal dan neonatal: Edisi I*. Jakarta: Yayasan bina pustaka sarwono prawiroharjo.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2007. *Pengantar kuliah obstetri*. Jakarta: EGC.
- Sumarah,Dkk.,2008. *Perawatan ibu bersalin(Asuhan kebidanan pada ibu bersalin)*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Ujiningtyas,B.Sri Hari.2009.*Asuhan keperawatan persalinan normal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Verney, Helen, 2007. *Buku ajar asuhan keperawatan: Edisi 4* . Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, Hanifa, Cetakan keenam. 2002. *Ilmu Kebidanan: Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo