

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN  
DIAGNOSA  
MEDIS “PERSALINAN NORMAL” DI RUANG VK  
RSUD BANGIL PASURUAN**



**Oleh :**

**SEKAR MEGA OKTAVINA**

**NIM. 1601029**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN  
DIAGNOSA  
MEDIS “PERSALINAN NORMAL” DI RUANG VK  
RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)  
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :**

**SEKAR MEGA OKTAVINA**

**NIM. 1601029**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Sekar Mega Oktavina

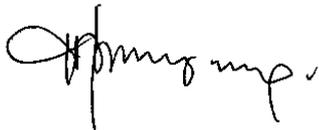
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Persalinan Normal Di Ruang VK RSUD Bangil

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal : 18Mei 2020

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2



**(Agus Sulistyowati, S.Kep. M.Kes)** **(Elok Triestuning, S.Psi, M.Si)**

**NIDN. 0703087801**

**NIDN.0728018003**

Mengetahui,

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Direktur



**Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes**

**(NIDN. 0703087801)**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sekar Mega Oktavina

NIM : 1601029

Tempat, Tanggal lahir: Madiun, 17 Oktober 1997

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS PERSALINAN NORMAL DI RUANG VK RSUD BANGIL”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah di sebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

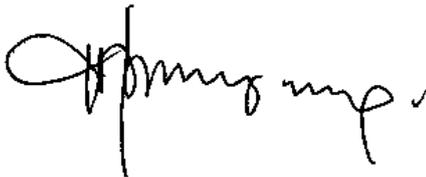
Sidoarjo, 18 Mei 2020

Yang menyatakan



Sekar Mega Oktavina

Pembimbing 1



**Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes**  
NIDN. 0703087801

Pembimbing 2



**Elok Triestuning, S.Psi, M.Si**  
NIDN. 0728018003

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah di uji dan di setuju oleh Tim Penguji pada sidang Karya Tulis Ilmiah di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

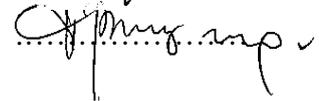
### TIM PENGUJI

TandaTangan

Ketua : Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS

Anggota : 1. Elok Triestuning, S. Psi., M. Si

2. Agus Sulistyowati, S. Kep, M. Kes



Mengetahui,

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



**Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes**

**(NIDN. 0703087801)**

## KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Persalinan Normal Di Ruang VK RSUD Bangil**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga proposal selesai dengan baik
2. Ayah dan Ibu yang senantiasa mendukung dan mendoakan selama ini sehingga semua berjalan dengan lancar
3. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan pembimbing 1 yang telah membantu saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
4. Ibu Elok Triestuning, S.Psi, M.Si selaku pembimbing 2 yang telah membantu saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Ibu Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literatur yang dibutuhkan
6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo. 18Mei 2012

(Sekar Mega Oktavina)

## *MOTTO*

Milikilah mental seperti orang yang bermain sepeda. Bila  
kau tak mengayuh sepeda, maka kau akan jatuh. Tapi  
jika kau berhenti bekerja, maka kau akan mati

Dimanapun engkau berada, selalulah menjadi yang terbaik  
dan berikan yang terbaik dari yang bisa kau berikan

*(B.J Habibie)*

Waktu dan tenaga yang telah kita habiskan untuk  
belajar, pasti akan selalu melahirkan sesuatu yang  
berguna untuk kehidupan

Today, you are is nothing. But some day, you are is  
everything

*(Penulis)*

## **Lembar Persembahan**

Dengan segala puji syukur kepada Allah SWT dan atas dukungan dan doa dari orang-orang tercinta, akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya haturkan rasa syukur terima kasih kepada :

Allah SWT, karena hanya atas izin dan karunia Nya lah maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Allah penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala do'a.

Kakak, Ibu dan Adik saya tercinta yang telah memberikan dukungan moral maupun materi serta do'a, dan tiada do'a yang paling khusuk selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terimakasih saja tak kan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cintaku untuk kalian Kakak, Ibu dan Adik saya.

Bapak dan Ibu Dosen pembimbing, penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus ikhlas meluangkan waktu nya untuk menuntun dan mengarahkan saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak bapak dan ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatrit di hati.

Teman-teman saya yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu, yang sudah mau menemani saya disaat senang maupun duka saya

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Lembar Persetujuan.....	iii
Surat Pernyataan.....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Motto .....	vii
Lembar Persembahan.....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Metode Penelitian .....	6
1.5 Metode Penulisan .....	7
1.5.1 Metode .....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	7
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	8
1.6 Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep Persalinan.....	10
2.1.1 Definisi .....	10
2.1.2 Bentuk-bentuk persalinan.....	10
2.1.3 Etiologi .....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.5 Faktor Persalinan .....	13
2.1.6 Proses Persalinan .....	21
2.1.7 Mekanisme Persalinan .....	27
2.1.8 Komplikasi .....	28
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang .....	30
2.1.10 Penatalaksanaan .....	30
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	32
2.2.1 Pengkajian .....	32
2.2.2 Analisa Data.....	43
2.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	43
2.2.4 Intervensi.....	43
2.2.5 Implementasi .....	46
2.2.6 Evaluasi.....	46
2.3 Pathway .....	47

<b>BAB 3 Tinjauan Kasus ..</b>	<b>49</b>
3.1 Pengkajian .....	49
3.1.1 Data Umum Klien .....	49
3.1.2 Riwayat Keperawatan .....	50
3.1.2.1 Keluhan Utama.....	50
3.1.2.2 Riwayat Persalinan Sekarang.....	50
3.1.2.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu .....	50
3.1.2.4 Riwayat Kehamilan saat ini .....	51
3.1.2.5 Riwayat Keluarga.....	52
3.1.2.6 Genogram.....	53
3.1.2.7 Keadaan Psikososial.....	53
3.1.2.8 Latar Belakang Budaya .....	54
3.1.3 Pemeriksaan Fisik .....	55
3.1.3.1 Keadaan Umum Klien.....	55
3.1.3.2 Pemeriksaan Fisik B1-B8.....	55
3.1.4 Data Penunjang .....	61
3.2 Analisa Data .....	64
3.3 Daftar Masalah Keperawatan .....	67
3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Prioritas .....	67
3.5 Rencana Tindakan Keperawatan .....	68
3.6 Implementasi Keperawatan .....	70
3.7 Evaluasi Keperawatan .....	76
<b>BAB 4 Pembahasan.....</b>	<b>78</b>
4.1 Pengkajian.....	78
4.1.1 Identitas Pasien. ....	78
4.1.2 Keluhan Utama. ....	79
4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	79
4.1.4 Pengkajian B1-B8 .....	80
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	91
4.3 Intervensi.....	94
4.4 Implementasi .....	100
4.5 Evaluasi.....	103
<b>BAB 5 Penutup .....</b>	<b>106</b>
5.1 Kesimpulan .....	106
5.2 Saran .....	108
DAFTAR PUSTAKA .....	109
LAMPIRAN .....	

## DAFTAR TABEL

<b>No Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Hal</b>
Tabel 2.3.2.1	Cemas b/d Kurangnya pengetahuan tentang perawatan diri.....	43
Tabel 2.3.2.2	Nyeri akut b/d Terputusnya inkontinitas jaringan.....	44
Tabel 2.3.2.3	Resiko infeksi b/d Faktor resiko : pembedahan (luka bekas operasi) .....	45
Tabel 3.1	Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu.....	50
Tabel 3.2	Riwayat kehamilan Saat ini.....	51
Tabel 3.3	Pemeriksaan laboratorium.....	61
Tabel 3.4	Analisa data.....	64
Tabel 3.5	Rencana Tindakan Keperawatan.....	68
Tabel 3.6	Implementasi keperawatan.....	70
Tabel 3.7	Catatan perkembangan.....	72
Tabel 3.8	Evaluasi keperawatan.....	76

## DAFTAR GAMBAR

<b>NoGambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
Gambar2.1	Pathway.....	47
Gambar 3.1	Genogram.....	53

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Surat ijin pengambilan studi pendahuluan.....	
Lampiran 2	Lembar <i>informed consent</i> .....	
Lampiran 3	Format pengkajian asuhan keperawatan Prenatal.....	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Sulistiyowati & Nugraheny, 2013). Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan cukup bulan, letak memanjang atau sejajar sumbu badan, presentasi belakang kepala serta dengan tenaga ibu sendiri (Saifuddin, 2015). Pada ibu pertama kali menjalani proses persalinan akan takut, cemas, khawatir yang berakibatkan pada peningkatan nyeri selama proses persalinan dan dapat mengganggu jalan persalinan menjadi tidak lancar (Sodiqoh, 2014). Sehingga dalam suatu persalinan seorang istri membutuhkan dukungan fisik maupun psikis agar dapat meringankan kondisi psikologis ibu yang tidak stabil, peran suami sangat dibutuhkan dalam proses persalinan. Dewasa ini fenomena tentang peran seorang suami selama proses persalinan di Indonesia dianggap sebagai hal yang biasa saja, sehingga beberapa tempat pelayanan kesehatan banyak yang masih mengabaikan peran seorang suami dalam proses persalinan normal. (Wijaya dkk, 2015).

Menurut WHO 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa, sedangkan AKB di Indonesia masih tinggi. Menurut WHO, pada tahun 2013

AKB di dunia 34 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Data profil kesehatan Indonesia tahun 2013 cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional pada tahun 2013 adalah sebesar 90,88% sedangkan berdasarkan Riskesdas 2013, kualifikasi tertinggi penolong saat persalinan dilakukan oleh bidan (68,6%). (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Data dinas kesehatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sejumlah 99,61% dengan jumlah ibu bersalin normal sebanyak 15.047 cakupan persalinan normal yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang cukup tinggi pada tahun 2016 yaitu 90,88% (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2016). Berdasarkan penelitian di Rumah Sakit RSUD Bangil pada 2018, kejadian persalinan normal dari bulan Januari 2018 sampai dengan bulan Desember didapat total 775 kasus.

Tanda sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelum wanita memasuki hari perkiraan kelahiran yang disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*) dengan adanya tanda lightening atau setting atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul. Pada primigravida terjadi menjelang minggu ke-36. Lightening disebabkan karena adanya kontraksi Braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, serta gaya berat janin. Saat kepala memasuki pintu atas panggul, ibu akan merasakan rasa sesak pada perut bagian atas berkurang dan pada bagian bawah terasa sesak. Tanda berikutnya adalah perut ibu akan terlihat lebih melebar dan fundus uteri turun, kemudian ibu akan mengalami miksi atau sulit berkemih, kemudian ibu juga akan merasakan sakit pinggang dan perut, tanda berikutnya adalah serviks

mulai lembek dan mendatar, pada multipara gambaran ini kurang jelas karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan. Tanda berikutnya adalah terjadinya his. Sifat dari his adalah adanya rasa nyeri dibagian bawah, his tersebut datang dengan sangat teratur, durasinya biasanya setiap 5 sampai 10 menit, bertambah dengan beraktivitas serta adanya perubahan pada serviks seperti keadaan vulva yang semakin melebar dan adanya cairan air ketuban yang merembes. (Mochtar, 2013).

Penatalaksanaan pada ibu dengan persalinan normal memerlukan dua sudut pandang yang berbeda. Pertama, persalinan harus dikenali sebagai proses fisiologis normal yang sebagian besar perempuan mengalaminya tanpa komplikasi. Kedua, komplikasi intrapartum yang muncul secara cepat dan tiba-tiba harus diantisipasi. Petugas kesehatan harus bisa membuat setiap perempuan yang melahirkan dan keluarga merasanyaman dan memastikan keselamatan ibu serta neonatus jika sewaktu-waktu terjadi komplikasi (Cunnongham et al, 2014). Sebagian besar wanita pada proses persalinan mengalami perubahan fisik dan psikologis sebagai respon dari apa yang dirasakan dalam proses persalinannya perubahan ini dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan pada pasien. Dukungan sosial dan emosional serta pelayanan selama persalinan adalah salah satu intervensi yang tepat digunakan untuk mencapai pengalaman melahirkan yang positif ( Alexander et al, 2013). Petugas kesehatan harus memiliki sikap empati dan kesabaran untuk mendukung calon ibu yang melahirkan dan keluarga. Petugas kesehatan sebagai pemberi perawatan dalam

persalinan juga harus mampu memenuhi tugas diantaranya mendukung wanita; pasangan dan keluarga selama proses persalinan, mengobservasi saat persalinan berlangsung; memantau kondisi janin dan kondisi bayi setelah lahir, mengkaji faktor resiko, mendeteksi masalah sedini mungkin, melakukan intervensi minor jika diperlukan seperti amniotomi dan episiotomy, perawatan bayi baru lahir, merujuk ke tingkat perawatan yang lebih tinggi jika terjadi komplikasi (Tasnim et al, 2011). Berdasarkan hal tersebut maka dibutuhkan ketelatenan perawat dan kesabaran perawat dalam merawat ibu yang akan melakukan persalinan secara normal dan juga peran perawat dalam pencegahan komplikasi bawaan pada ibu dengan cara perawatan selama kehamilan, pastikan kondisi kesehatan ibu selalu terpantau agar mencegah terjadinya komplikasi bawaan pasca persalinan, perhatikan berat badan ibu saat mengandung dengan cara memperbanyak asupan makanan yang kaya asam folat seperti biji gandum yang utuh dengan buah-buahan dan sayuran, kemudian jangan abaikan riwayat kesehatan bila ibu memiliki penyakit tekanan darah tinggi atau diabetes sebelum hamil dan pastikan kondisi ibu tetap terjaga. Kuratif yaitu peran perawat dalam pemberian asupan gizi bagi ibu hamil adalah zat-zat makanan yang diperlukan untuk pertumbuhan kesehatan ibu hamil serta pertumbuhan dan perkembangan bayi yang ada didalam kandungan dan sebaiknya pada saat persalinan diperlukan nutrisi yang banyak dan nutrisi tambahan yaitu dalam bentuk supplement yang mengandung vitamin dan mineral harian yang diperlukan selama kehamilan seperti vitamin A, B, dan D, asam folat dan mineral seperti zinc dan copper (zat tembaga). Sedangkan untuk aspek rehabilitatif yaitu peran perawat untuk mengontrol kondisi bayi dan

menganjurkan kepada keluarga untuk control kembali ke RS sesuai dengan anjuran dokter. (Arief, 2014)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *persalinan normal* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengkaji klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* diruang VK RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* diruang VK RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasi asuhan keperawatan pada klien diagnosa medis *persalinan normal* di ruang VK RSUD Bangil.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka akhir tugas ini diharapkan dapat bermanfaat.

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhak keperawatan pada klien dengan *persalinan normal* dengan baik.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *persalinan normal*.

1.4.2.2 Bagi penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya. Yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien *persalinan normal*.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan *persalinan normal*.

## **1.5 Metode penulisan**

### 1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu searang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperwatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 1.5.2 Teknik pengumpulan data

#### 1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### 1.5.2.2 Obsevasi

Data yang diambil melalui pengamatan.

#### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### 1.5.3 Sumber data

#### 1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

#### 1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lainnya.

#### 1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, kata pengantar dan daftar isi.

1.6.2 Bagian ini terdiri dari tiga bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub berikut ini:

Bab 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang, masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis *persalinan normal* serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dan asuhan keperawatan *persalinan normal*. Konsep ini akan diuraikan definisi, klasifikasi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan pada ibu dengan diagnose medis *persalinan normal* akan diuraikan masalah-masalah yang muncul dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Persalinan Normal**

##### 2.1.1 Definisi

2.1.1.1 Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Sulistyowati & Nugraheny, 2013)

2.1.1.2 Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan cukup bulan, letak memanjang atau sejajar sumbu badan, presentasi belakang serta dengan tenaga ibu sendiri. (Saifuddin, 2014)

##### 2.1.2 Bentuk-bentuk persalinan

Terdapat beberapa bentuk persalinan, diantaranya :

#### 2.1.2.1 Persalinan Spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir

#### 2.1.2.2 Persalinan Buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar

#### 2.1.2.3 Persalinan Anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan

#### 2.1.3 Etiologi

Penyebab timbulnya persalinan sampai sekarang belum diketahui secara pasti/jelas, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi (Hafifah, 2011)

##### 2.1.3.1. Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus dimulai, terjadi penurunan hormon progesterone dan estrogen. Fungsi progesteron sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesteron menurun.

#### 2.1.3.2 Teori plasenta menjadi tua

Turunnya kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

#### 2.1.3.3 Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

#### 2.1.3.4 Teori iritasi mekanik

Dibelakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterhauss). Bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

#### 2.1.3.5 Induksi partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi pemecah ketuban, oksitosin drip yaitu pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda-tanda permulaan persalinan adalah lightening atau settling atau dropping yang merupakan kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun. Perasaan sering-

sering atau susah buang air kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah di uterus (fase labor pain). Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*). (Hafifah, 2011)

Tanda-tanda impartu :

2.1.4.1 Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur (Dewi Setiawati, 2013 : 54)

2.1.4.2 Keluar lendir dan bercampur darah yang lebih banyak, robekan kecil pada bagian servik (Ai Nursiah dkk, 2014) : 7)

2.1.4.3 Kadang-kadang ketuban pecah (Dewi Setiawati, 2013 : 54)

2.1.4.4 Pada pemeriksaan dalam, servik mendatar (Dewi Setiawati, 2013 : 54)

2.1.5 Faktor Persalinan

2.1.5.1 Passage (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, servik dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Passage terdiri dari :

1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)

2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligament-ligamen

Pintu panggul :

- 1) Pintu atas panggul (PAP) = disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis
- 2) Ruang tengah panggul (RTP) = kira-kira pada spina ischiadica, disebut midlet
- 3) Pintu bawah panggul (PBP) = dibatasi symphysis dan arkus pubis, disebut outlet
- 4) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) = berbeda pada inlet dan outlet

Bidang-bidang :

- 1) Bidang Hodge I :dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
- 2) Bidang Hodge II : sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- 3) Bidang Hodge III : sejajar hodge I dan II setinggi spina Ischiadika kanan dan kiri
- 4) Bidang Hodge IV : sejajar hodge I, II dan III setinggi oscoccyges

(Widia, 2015 : 16)

### 2.1.5.2 Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim

1) Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari :

(1) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amneon kearah segmen bawah rahim dan servik.

(2) Kontraksi otot-otot dinding perut

(3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

(4) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum

2) Kontraksi Uterus / His yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat :

(1) Kontraksi simetris

(2) Fundus dominan

(3) Relaksasi

- (4) Involuntir : terjadi diluar kehendak
- (5) Intermitten : terjadi secara berkala (berselang-seling)
- (6) Terasa sakit
- (7) Terkoordinasi
- (8) Kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis

Perubahan-perubahan akibat His :

- 1) Pada uterus dan servik, Uterus terasa keras / padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intra uterin naik serta menyebabkan servik menjadi mendatar (affacement) dan terbuka (dilatasi)
- 2) Pada ibu rasa nyeri karena iskemia rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah
- 3) Pada janin pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (Bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

Dalam melakukan observasi pada ibu-ibu bersalin hal-hal yang harus diperhatikan dari his :

- (1) Frekuensi his. Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau persepuluh menit

- (2) Intensitas his, kekuatan his diukur dengan mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktivitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini.
- (3) Durasi atau lamanya his. Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik
- (4) Datangnya his apakah sering, teratur atau tidak
- (5) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit
- (6) Aktivitas his. Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo

His palsu :

His palsu adalah kontraksi uterus yang tidak efisien atau spasme usus, kandung kencing dan otot-otot dinding perut yang terasa nyeri. His palsu timbul beberapa hari sampai satu bulan sebelum kehamilan cukup bulan. His palsu dapat merugikan yaitu dengan membuat lelah pasien sehingga pada waktu persalinan sungguhan mulai pasien berada dalam kondisi yang jelek, baik fisik maupun mental.

Kelainan kontraksi otot rahim :

1) Inertia Uteri

- (1) His yang sifatnya lemah, pendek dan jarang dari his yang normal yang terbagi menjadi : Inertia Uteri primer : apabila sejak semula kekuatannya sudah lemah
- (2) Inertia Uteri sekunder : His pernah cukup kuat tapi kemudian melemah dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan, bagian terendah terdapat kaput dan mungkin ketuban telah pecah. His yang lemah dapat menimbulkan bahaya terhadap ibu maupun janin sehingga memerlukan konsultasi atau merujuk penderita ke rumah sakit, puskesmas atau ke dokter spesialis.

2) Tetania Uteri

His yang terlalu kuat dan terlalu sering, sehingga tidak terdapat kesempatan reaksi otot rahim. Akibat dari tetania uteri dapat terjadi :

- (1) Persalinan Presipitatus
- (2) Persalinan yang berlangsung dalam waktu 3 jam. Akibat mungkin fatal
- (3) Terjadi persalinan tidak pada tempatnya
  - ((1) Terjadi trauma janin, karena tidak terdapat persiapan dalam persalinan

((2) Trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan inversion uteri

((3) Tetania uteri menyebabkan asfiksia intra uterin sampai kematian janin dalam rahim

### 3) Inkoordinasi otot rahim

Keadaan Inkoordinasi kontraksi otot rahim dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim dapat meningkatkan pembukaan atau pengeluaran janin dari dalam rahim. Penyebab inkoordinasi kontraksi otot rahim adalah :

(1) Faktor usia penderita relative tua

(2) Pimpinan persalinan

(3) Karena induksi persalinan dengan oksitosin

(4) Rasa takut dan cemas

(Ai Nursiah dkk, 2014 : 31-32)

#### 2.1.5.3 Passanger

Passanger terdiri dari janin dan plasenta, janin merupakan passanger utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Kelainan-kelainan yang sering menghambat

dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka ataupun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang

(Widia, 2015 : 29)

#### 2.1.5.4 Psikologi

Perasaan positif dari kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu muncul rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

Psikologis meliputi :

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negative terhadap persalinan dipengaruhi oleh :

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman pada self-image

3) Medikasi persalinan

4) Nyeri persalinan dan kelahiran

(Widia, 2015 : 29-30)

#### 2.1.5.5 Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

(Ai Nursiah dkk, 2014 : 48)

#### 2.1.6 Proses Persalinan

##### 2.1.6.1 Kala I (Kala Pembukaan)

In partu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah, servik mulai membuka dan mendatar, darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler, kanalis servikalis.

Kala I pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

1) Fase laten :

(1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap

(2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm

(3) Pada umumnya fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif :

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap akurat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)

Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

(Ai Nursiah dkk, 2014 : 66)

#### 2.1.6.2 Kala II (pengeluaran janin)

His terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mengejan karena tekanan pada rectum sehingga merasa seperti BAB dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengejan yang terpimpin akan lahir dan diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi 1,5-2 jam, pada multi 0.5 jam.

Mekanisme persalinan :

1) Engagement :

- (1) Diameter biparietal melewati PAP
- (2) Nullipara terjadi 2 minggu sebelum persalinan
- (3) Multipara terjadi permulaan persalinan
- (4) Kebanyakan kepala masuk PAP dengan sagitalis melintang pada PAP-Flexi ringan

2) Descent (Turunnya Kepala)

Turunnya presentasi pada inlet disebabkan oleh 4 hal :

- (1) Tekanan cairan ketuban
- (2) Tekanan langsung oleh fundus uteri
- (3) Kontraksi diafragma dan otot perut (Kalla II)
- (4) Melurusnya badan janin akibat kontraksi uterus

3) Flexion

Majunya kepala mendapat tekanan dari servik, dinding panggul atau dasar panggul, flexi (dagu lebih mendekati dada)

4) Rotation Internal

- (1) Bagian terendah memutar kedepan kebawah symphysis
- (2) Usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir  
(Bidang tengah dan PBP)
- (3) Terjadi bersama dengan majunya kepala
- (4) Rotasi muka belakang secara lengkap terjadi setelah kepala di dasar panggul

5) Extension

Deflexi kepala, karena sumbu PBP mengarah kedepan dan atas

6) Rotation External

Setelah kepala lahir, kepala memutar kembali kearah panggul anak untuk menghilangkan torsi leher akibat putaran paksi dalam. Ukuran bahu menempatkan pada ukuran muka belakang dari PBP.

7) Expulsi

Bahu depan dibawah symphysis sebagai hypomoklin, lahir bahu belakang, bahu depan, badan seluruhnya.

(Widia, 2015 : 128)

### 2.1.6.3 Kala III (pengeluaran plasenta)

Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir, kontraksi, rahim istirahat sebentar, uterus teraba keras, plasenta menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his, dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir secara spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas symphysis / fundus uteri, seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Tanda-tanda lepasnya plasenta : perubahan ukuran dan bentuk uterus, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba.

Kala III terdiri dari 2 fase :

#### 1) Fase pelepasan uri

Cara lepasnya uri ada beberapa cara :

- (1) Schultze : lepasnya seperti kita menutup payung, cara ini paling sering terjadi. Yang lepas duluan adalah bagian tengah lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak uri mula-mula pada bagian tengah kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan tidak ada sebelum uri lahir.

- (2) Duncan : lepasnya uri mulai dari pinggir, jadi pinggir uri lahir duluan. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Atau serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

## 2) Fase pengeluaran uri

- (1) Kutsner : dengan meletakkan tangan serta disertai tekanan pada/diatas symphysis. Tali pusat ditegangkan maka bila tali pusat masuk artinya belum lepas.
- (2) Klien : sewaktu ada his, rahim kita dorong, bila tali pusat kembali artinya belum lepas. Diam atau turun artinya lepas.
- (3) Strassman : tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar artinya belum lepas. Tak bergetar artinya sudah lepas.

(Ina Kuswanti dkk, 2014 : 199)

### 2.1.6.4 Kala IV (kala pengawasan)

Kala empat persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir selama 2 jam. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan antara lain :

- 1) Tingkat kesadaran ibu
- 2) Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi, pernafasan

3) Kontraksi uterus

4) Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir, mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Dengan menjaga kondisi kontraksi dan retraksi uterus yang kuat dan terus-menerus. Tugas uterus ini dapat dibantu dengan obat-obatan oksitosin.

(Dewi Asri dkk, 2012 : 95)

## 2.1.7 Mekanisme persalinan

### 2.1.7.1 Turunnya kepala

Yaitu maksudnya kepala dalam pintu atas panggul dan majunya kepala.

### 2.1.7.2 Fleksi

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

### 2.1.7.3 Rotasi dalam

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

#### 2.1.7.4 Ekstensi

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

#### 2.1.7.5 Rotasi luar

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

#### 2.1.7.6 Ekspulsi

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.

#### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan. Diantaranya adalah :

- 1) Ketuban pecah dini
- 2) Persalinan Preterm
- 3) Vasa Previa
- 4) Prolaps Tali Pusat

- 5) Kehamilan Postmatur
- 6) Persalinan Disfungsional
- 7) Distosia Bahu
- 8) Ruptur Uterus
- 9) Plasenta Akreta
- 10) Inversi Uterus
- 11) Perdarahan Pasca Partum Dini

(Irmayanti, 2011)

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian komplikasi persalinan adalah :

- 1) Antenatal Care
- 2) Status paritas
- 3) Usia
- 4) Penyakit Penyerta Ibu
- 5) Jarak tempat tinggal ke RS
- 6) Rumah Sakit / Instansi yang merujuk

(Irmayanti, 2011)

## 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

### 2.1.9.1 USG

### 2.1.9.2 Pemeriksaan Hb

## 2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Wiknjastro (2009), penatalaksanaan yang diberikan untuk persalinan normal yaitu :

### 2.1.10.1 Penanganan Umum

- 1) Lakukan evaluasi cepat keadaan ibu
- 2) Upaya melakukan konfirmasi umur kebersalinan bayi

### 2.1.10.2 Prinsip Penanganan

- 1) Coba hentikan kontraksi uterus atau penundaan kebersalinan, atau
- 2) Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya.

### 2.1.10.3 Pengobatan / penanganan

- 1) 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 androgenic untuk

merangsang reseptor pada otot polos uterus sehingga terjadi relaksasi dan hilangnya kontraksi.

Jenis obatnya yaitu Tarbutalin dengan dosis 0,25 mg diberikan dibawah kulit setiap 30 menit maksimum 3 kali, atau Ritodin diberikan secara infus intravena maksimum 0,35 mg/menit sampai 6 jam setelah kontraksi hilang dengan dosis pemeliharaan secara oral 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang. Selain itu perlu membatasi aktivitas atau tirah baring.

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

3) 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-amoksisiklaf karena resiko NEC.

4) 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.

#### 5) Metode kanguru untuk merawat bayi premature

Metode kanguru mampu memenuhi kebutuhan asasi bayi berat lahir rendah dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim ibu, sehingga member peluang untuk dapat beradaptasi dengan dunia luar (Saifuddin, 2009; Rukiyah, 2010)

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### 2.2.1 Pengkajian

#### 2.2.1.1 Anamnesa

##### 1) 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).

## 2) 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)

## 3) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, dll. Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular, adakah riwayat keturunan kembar atau tidak. (Wiknjosastro, 2009)

## 4) 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. (Mitayani, 2009)

(2) Riwayat penyakit sistemik

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.

Riwayat kebidanan. 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 keturunan kembar

Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga.

(6) Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani.

(7) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan klien dan lamanya perkawinan.

(8) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

((1) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan (Wiknjosastro, 2009)

((2) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan. (Wiknjosastro, 2009)

((3) 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.

(9) Riwayat kehamilan sekarang

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

((1) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan (Wiknjosastro, 2009)

((2) Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Untuk mengetahui perkiraan lahir (Wiknjosastro, 2009)

((3) Keluhan-keluhan

Untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada trimester I,II dan II (Wiknjosastro, 2009)

((4) Ante Natal Care (ANC)

Mengetahui riwayat ANC, teratur / tidak, tempat ANC, dan saat kehamilan berapa

(10) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilan ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya (Nursalam, 2013)

## 5) Pemeriksaan fisik

### (1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum baik, sedang, jelek (Prawirohardjo, 2010). Pada kasus persalinan normal keadaan umum pasien baik (Nugroho, 2010)

### (2) 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)

### (3) Tanda vital

((1) Tekanan darah : Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg (Saifuddin, 2010)

((2) Nadi : Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit (Saifuddin, 2010). Batas normalnya 69-100x/ menit (Taufan, 2014)

((3) Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2010). Batas normalnya 12-22x/ menit (Taufan, 2014)

((4) 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  $\geq 38^\circ\text{C}$  (Taufan, 2014).

#### (4) Pemeriksaan fisik B1-B6

##### ((1) Breath (B1)

((1)) Inspeksi : Respirasi rate normal (20x/ menit), tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae.

((2)) Palpasi :Pergerakan dinding dada sama

((3)) Auskultasi : Suara nafas regular, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi

((4)) Perkusi : Suara perkusi sonor

(Nugroho T, 2011)

##### ((2) Blood (B2)

((1)) Inspeksi : Anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)

((2)) Palpasi : Pulsasi kuat, tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok)

((3)) Auskultasi : Pada auskultasi didapatkan suara jantung normal (S1 dan S2 normal), S1 ; Lup dan S2 ; Dup

(Nugroho T, 2011)

### ((3) Brain (B3)

((1)) Inspeksi : Kesadaran : Composmentis, GCS : (eyes : 4, verbal : 5, motorik : 6), tidak ada kejang

((2)) Palpasi : Tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky

(Nugroho T, 2011)

### ((4) Bladder (B4)

((1)) Inspeksi : Disuria, perineum menonjol, vagina dan vulva berwarna kemerahan dan agak kebiru-biruan (livide), cairan ketuban keluar pervaginam berwarna putih keruh mirip air kelapa atau sudah berwarna kehijauan.

((2)) Palpasi : Kandung kemih biasanya kosong, pada VT terdapat pembukaan lengkap

(Nugroho T, 2011)

((5) Bowel (B5)

((1)) Inspeksi : Mulut bersih, mukosa lembab, keadaan anus terbuka, ada striae dan linea

((2)) Palpasi : Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, nyeri perut karena kontraksi uterus.

Pada pemeriksaan Leopold :

(1) Leopold I : TFU : Teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin)

(2) Leopold II : Umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri

(3) Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala)

(4) Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP

Pada tahapan persalinan :

(1) Kala 1 : Umumnya HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan Leopold : Leopold 1 TFU : Umumnya teraba 3 jari

dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin), Leopold II: Pada umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri, Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP, umumnya cairan ketuban merembes, pemeriksaan VT pembukaan lengkap

(2) Kala 2 : Perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingteri ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

(3) Kala 3 : Keluarnya plasenta disertai dengan keluarnya darah pada vulva, umumnya darah yang keluar tidak lebih dari 50-100 cc

(4) Kala 4 : Normalnya keadaan ibu baik, tidak ada penurunan kesadaran, TTV dalam keadaan normal, serta terjadinya perdarahan (keluarnya darah nifas) yang tidak lebih dari 400-500 cc

((3)) Auskultasi : DJJ < 120x/ menit atau > 160x/ menit

(Irmayanti, 2011)

((6) Bone (B6)

((1)) Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih

((2)) Palpasi : Akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor kulit elastis, kulit pasien lembab,

kekuatan otot :

5	5
5	5

(Prawirohardjo, 2010)

(5) VT (pemeriksaan dalam)

Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak (Prawirohardjo, 2010)

(6) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah meliputi haemoglobin, faktor Rh, jenis penentuan, waktu pembekuan, hitung darah lengkap, dan kadang-kadang pemeriksaan serologi untuk sifilis.

## 2.2.2 Analisa Data

Langkah awal dari perumusan keperawatan adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan lainnya, sehingga tergambar fakta (Sulistiyowati, 2012).

## 2.2.3 Diagnosa keperawatan

### 2.2.3.1 Nyeri Akut berhubungan dengan intensitas kontraksi

### 2.2.3.2 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyebab dan akibat persalinan

### 2.2.3.3 Ansietas berhubungan dengan ketidak tahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan

## 2.2.4 Perencanaan

### 2.2.4.1 Tabel 2.1 Perencanaan, Tujuan dan Kriteria hasil pada ibu dengan diagnosa medis *persalinan normal* dengan Nyeri Akut berhubungan dengan intensitas kontraksi (Mitayani, 2009)

No	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan nyeri pasien dapat berkurang / teratasi. Dengan Kriteria Hasil : 1. Pasien dapat menjelaskan kembali tentang nyeri dan penyebab nyeri	1. Jelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri 2. Anjurkan pasien untuk nafas dalam saat nyeri berlangsung 3. Ajarkan teknik	1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang nyeri 2. Untuk membantu mengurangi nyeri pasien 3. Untuk mengalihkan

	2. Pasien mau melakukan nafas dalam saat nyeri 3. Pasien dapat mempraktekkan kembali teknik relaksasi dan distraksi 4. Tingkat kesadaran baik 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120 / 80 mmHg N : 80x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit 6. Kala pembukaan lengkap	relaksasi dan distraksi 4. Observasi tingkat kesadaran pasien 5. Observasi tanda-tanda vital pasien 6. Observasi kala pembukaan pasien 7. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat antipiretik pada pasien	rasa nyeri pasien 4. Untuk mengetahui keadaan pasien 5. Untuk mengetahui keadaan pasien 6. Untuk mengetahui kesiapan persalinan pasien 7. Untuk mempercepat penyembuhan pasien
--	--	--	--

2.2.4.2 Tabel 2.2 Perencanaan, Tujuan dan Kriteria hasil pada ibu dengan diagnosa medis *persalinan normal* dengan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyebab dan akibat persalinan (Mitayani, 2009)

No	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan pasien dapat mengetahui tentang penyebab dan akibat dari persalinan. Dengan Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga pasien dapat menjelaskan kembali tentang penyebab dan akibat dari persalinan 2. Pasien dan keluarga pasien dapat menyebutkan kembali akibat-akibat dari persalinan 3. Pasien dan keluarga pasien dapat mengenali tanda-tanda persalinan	1. Jelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang penyebab dan akibat dari persalinan 2. Bantu pasien mengenali akibat-akibat dari persalinan 3. Bantu pasien dan keluarga pasien untuk mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat 4. Observasi tanda-tanda kebingungan	1. Untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga pasien tentang persalinan 2. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang persalinan 3. Untuk membantu pengetahuan pasien dan keluarga 4. Untuk mengetahui adakah penjelasan

yang sudah dekat 4. Tidak ada tanda kebingungan pada pasien dan keluarga 5. TTV dalam batas normal TD : 120 / 80 mmHg N : 80x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit	pada pasien dan keluarga 5. Observasi TTV  6. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan	yang tidak dimengerti  5. Untuk mengetahui keadaan pasien 6. Untuk mempercepat penyembuhan pasien
---	---	--

2.2.4.3 Tabel 2.3 Perencanaan, Tujuan dan Kriteria hasil pada ibu dengan diagnosa medis *persalinan normal* dengan Ansietas berhubungan dengan ketidak tahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan (Mitayani, 2009)

No	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan cemas dapat berkurang. Dengan Kriteria Hasil : 1. Pasien dapat menjelaskan kembali tentang penyebab cemas 2. Pasien terlihat melakukan kegiatan untuk mengurangi cemas 3. Pasien mampu mengidentifikasi dan menunjukkan teknik mengontrol cemas 4. Postur tubuh, ekspresi wajah dan tingkat kecemasan menunjukkan berkurangnya kecemasan 5. Keluarga pasien terlihat selalu memberikan dukungan pada pasien	1. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penyebab cemas 2. Anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang 3. Ajarkan pasien cara mengontrol kecemasan  4. Identifikasi tingkat kecemasan pasien 5. Kolaborasi dengan keluarga pasien untuk memberikan motivasi kepada pasien	1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang cemas 2. Untuk mengalihkan kecemasan yang sedang dirasakan pasien 3. Meningkatkan kenyamanan pasien sehingga bisa mengurangi kecemasan 4. Untuk memantau derajat kecemasan pasien 5. Agar meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pasien

### 2.2.5 Pelaksanaan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat.

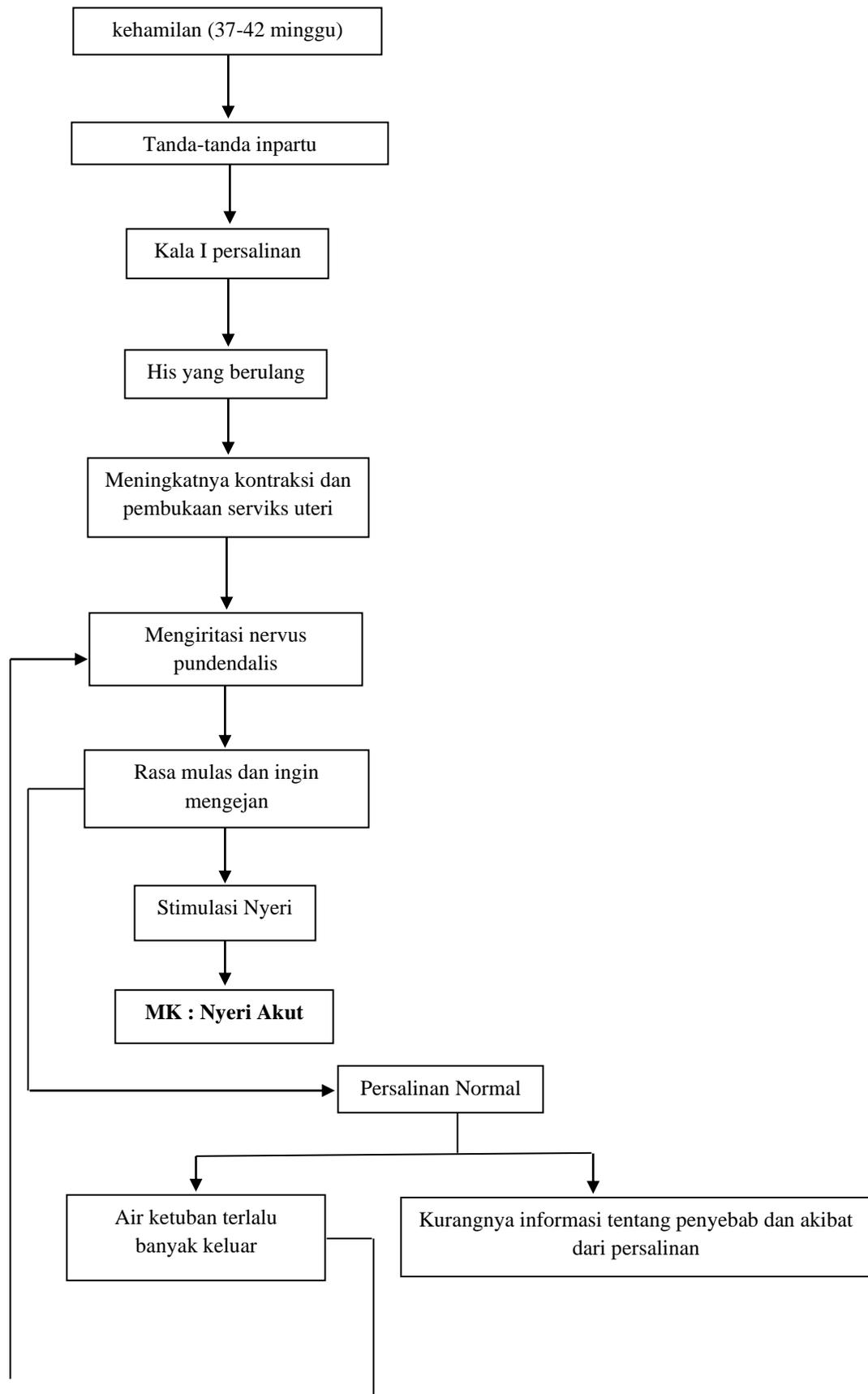
Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.

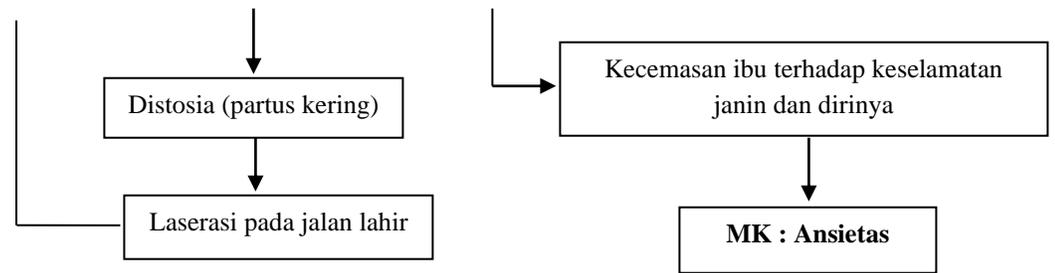
(Mitayani, 2009)

### 2.2.6 Evaluasi

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2009)

### 2.3 Pathway





Gambar 2.1 Pathway / Kerangka masalah pada diagnosa medis *Persalinan Normal*

(Mitayani, 2009)

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 30 November 2019 diruang VK Bersalin.

#### **3.1 PENGKAJIAN PRENATAL**

Tanggal masuk : 30 November 2019                      Jam : 12.00 WIB

Ruang / Kelas : VK    Kamar No : 02

Tanggal Pengkajian :30 November 2019                      Jam : 14.00 WIB

##### **3.1.1 Data Umum Klien**

Inisial Klien : Ny. M

Usia : 27 Tahun

Status Perkawinan : Menikah

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan Terakhir : SMA

### 3.1.2 RIWAYAT KEPERAWATAN

#### 3.1.2.1 Keluhan Utama

Pasien mengatakan kencing-kencing (nyeri) di bagian perut

#### 3.1.2.2 Riwayat Persalinan Sekarang

Pasien mengatakan hamil dengan usia kehamilan 9 bulan lebih, mengeluh merasakan nyeri pada perut (kencing-kencing), nyeri seperti ditusuk-tusuk di perut bagian bawah dengan skala 7, nyeri dirasakan mulai pukul 05.00 WIB dan terasa jarang, pasien mengatakan keluar cairan ketuban merembes warna jernih melalui kemaluan (jalan lahir) saat kencing pada jam 05.00, pada jam 10.00 pasien merasakan nyeri yang sangat hebat kemudian pasien di bawa oleh suami pasien ke bidan terdekat untuk memeriksakan kondisi kandungan pasien, pada pukul 13.00 pasien di rujuk oleh bidan desa ke RSUD Bangil untuk melakukan persalinan, di RSUD Bangil pasien masuk ke ruang MNE untuk observasi keadaan pasien dan pada pukul 14.00 pasien di antar oleh perawat ke ruang VK (Ruang Bersalin) untuk tindakan persalinan

### 3.1.2.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada Ny. M dengan diagnosa medis Persalinan Normal

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas		Anak			
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ
1	2014	9 bulan	Tidak ada	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	L	3,900	50

Riwayat ginekologi : Minarchea : 3 SMP ( $\pm$  15 tahun)

Dismenorhea : iya

Lamanya : 7 Hari

Riwayat KB : Suntik

Keluhan : Berat badan semakin bertambah setelah KB

### 3.1.2.4 Riwayat Kehamilan saat ini

HPHT : 14 Februari 2019

BB sebelum Hamil : 65 Kg

Taksiran partus : 21 November 2019

TD sebelum hamil : 100/80 mmHg

Tabel 3.2 Riwayat kehamilan Saat ini pada Ny. M dengan diagnosa medis Persalinan

## Normal

TD	BB/TB	TFU	Letak / presentasi janin	DJJ	Usia Gestasi	Keluhan	Data lain
120 / 80 mmHg	75 Kg / 155 cm	3 jari dibawah prosesus xifoideus	Normal (sudah masuk PAP)	144x/menit	41-41 minggu	Kencengkenceng	Keluar air ketuban

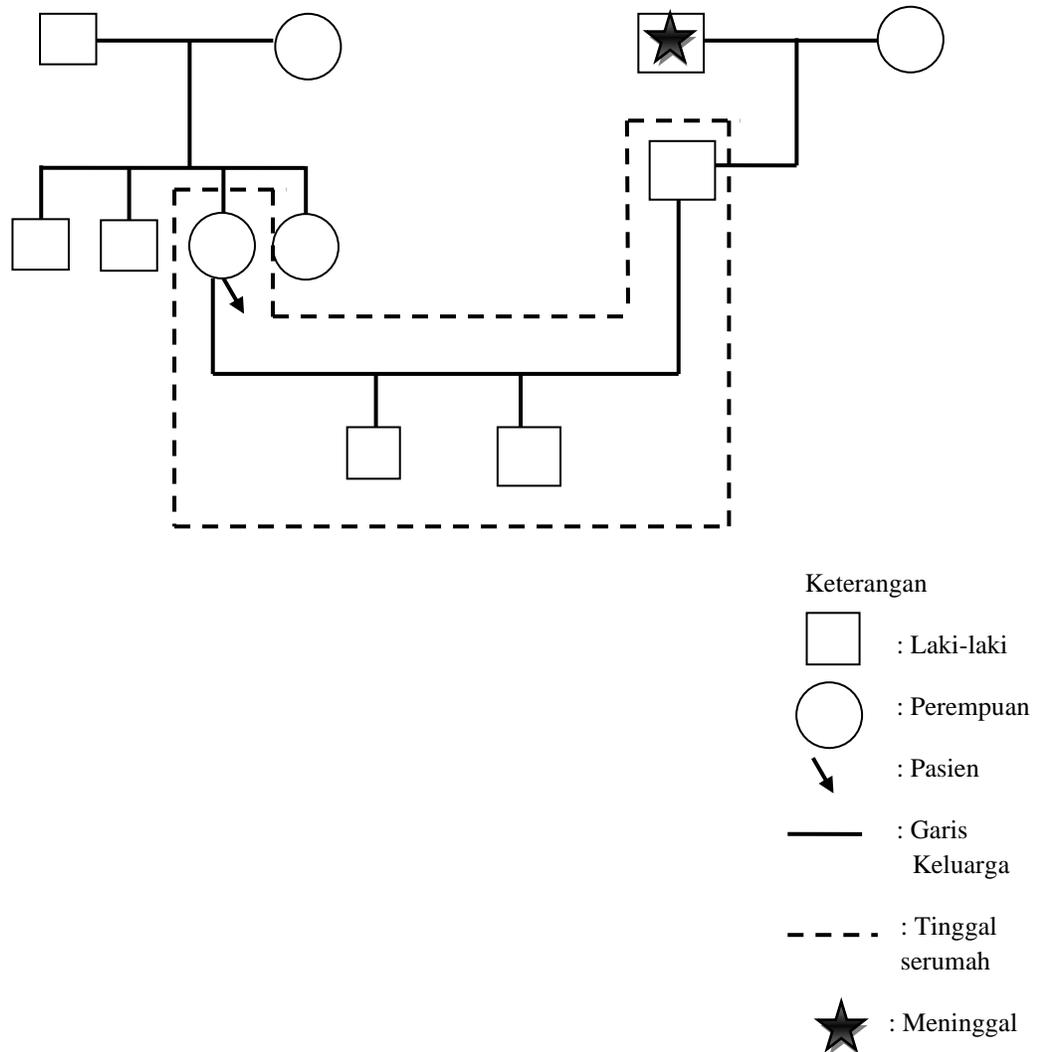
## 3.1.2.5 Riwayat Keluarga

Keturunan Kembar	: Ada
Dari pihak	: Suami
Siapa	: Budhe
Penyakit Keturunan	: Tidak ada
Jenis penyakit dari pihak siapa	: Tidak ada
Penyakit lain yang ada dalam pihak siapa :	
Nama penyakit	: Tidak ada
Yang diderita	: Tidak ada
Kapan diderita	: Tidak ada
Program pengobatan	: Tidak ada

Tempat perawatan : Tidak ada

Yang memberi pengobatan / perawatan : Tidak ada

### 3.1.2.6 Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. M dengan diagnose medis Persalinan Normal

Di Ruang VK Bersalin RSUD Bangil Pasuruan

### 3.1.2.7 Keadaan Psikososial

Kehamilan diharapkan : Sangat diharapkan

Dilanjutkan / Tidak : Dilanjutkan

Direncanakan / Tidak : Direncanakan

Senang : Sangat senang

Menerima : Iya

Menimbulkan masalah : Tidak

Harapan terhadap kehamilan

Jenis kelamin : Apapun yang diberikan oleh Allah

Penolong : Bidan

Tempat pertolongan : Rumah Sakit

Lain-lain : Tidak ada

**Masalah keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.2.8 Latar belakang budaya

Makanan pantangan : Tidak ada

Penolong persalinan : Bidan dan Dokter

Lain-lain : Tidak ada

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

#### 3.1.3.1 Keadaan Umum Pasien

Keadaan Umum : Cukup

Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-5-6

#### Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmHg Nadi : 87x/ menit

Respirasi : 20x/ menit Suhu : 36,2°C

Berat Badan : 75 Kg Tinggi Badan : 155 cm

#### 3.1.3.2 Pemeriksaan Fisik B1-B8

##### 3.1.3.1 *Breathing* (B1)

- 1) Inspeksi : Didapatkan data yaitu respirasi rate 20x/ menit, pola nafas pasien teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, terlihat hiperpigmentasi pada pappila dan areola mammae, susunan ruas tulang belakang normal, dan tidak terdapat luka di area dada.

- 2) Palpasi : Didapatkan data bentuk dada simetris tidak ada kelainan seperti pectus, barrel chest dan funnel chest, Susunan ruas tulang belakang normal, Irama nafas pasien teratur, colostrum belum keluar, pergerakan dinding dada simetris
- 3) Auskultasi : Didapatkan suara nafas regular dan tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ; wheezing, ronchi dan creacles
- 4) Perkusi : Pada perkusi didapatkan suara sonor pada area dada

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.3.2 *Blood (B2)*

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi tidak terdapat nyeri dada dan luka di area dada, tidak terdapat cianosis, dan tidak terdapat clubbing finger, konjungtiva normal tidak anemis
- 2) Palpasi : Pada palpasi tidak terdapat nyeri tekan di area dada, Pulsasinya kuat, Tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik
- 3) Auskultasi : Pada auskultasi didapatkan suara jantung normal (S1 dan S2 normal), S1 ; Lup dan S2 ; Dup

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.3.3 *Brain* (B3)

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan kesadarannya composmentis, kesadaran composmentis dengan GCS : 4-5-6, tidak terdapat kejang
- 2) Palpasi : Pada palpasi tidak terdapat kaku kuduk, tidak terdapat brudzinsky

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.3.4 *Bladder*(B4)

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan bentuk alat kelamin normal dan tidak ada kelainan, kebersihan alat kelamin ; bersih, terdapat lendir yang keluar dari lubang vagina, frekuensi berkemih 1500 cc/ 24 jam dengan warna kuning jernih
- 2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan kandung kemih kosong, VT pembukaan 8 cm

**Masalah Keperawatan** : Tidak terdapat masalah keperawatan

### 3.1.3.5 *Bowel* (B5)

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan mukosa bibir lembab, bentuk bibir simetris, keadaan gigi bersih, pada abdomen terdapat stretc mark pada linea dan striae, kebiasaan BAB 1x/ hari dengan konsistensi lembek, warna ; hitam kecoklatan, bau ; khas, pasien tidak menggunakan obat pencahar

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus

Pada pemeriksaan Leopold :

- 1) Leopold I : TFU : Teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin)
- 2) Leopold II : Saat di palpasi bagian kiri teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kanan
- 3) Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala)
- 4) Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP

Pada tahapan persalinan :

- 1) Kala 1 : HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan Leopold : Leopold I TFU : Teraba 2 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin), Leopold II: Saat di palpasi bagian kiri teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kanan, Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV

: Di palpasi teraba sudah masuk PAP, DJJ : 144x/ menit, cairan ketuban merembes pada jam 05.00 WIB, pemeriksaan VT sudah masuk ke pembukaan 8

2) Kala 2 : Ibu semakin sering mengejan, presentasi kepala bayi sudah masuk ke perineum, bayi lahir pukul 14.30

3) Kala 3 : Plasenta keluar pukul 14.40 disertai dengan keluarnya darah sebanyak 50 cc

4) Kala 4 : Tidak terjadi perdarahan / tidak ada tanda-tanda Hemoragig Post Partum (HPP) pada ibu, kondisi ibu baik, ibu tidak tampak pucat.

3) Auskultasi : DJJ janin : 144x/ menit

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.3.6 Bone (B6)

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor kulit < 2 detik, kulit pasien lembab dan elastis, kekuatan otot

:

5	5
5	5

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.3.6 *Pengindraan* (B7)

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan pada pemeroksaan mata : pupil isokor kanan / kiri +, reflek cahaya nya normal, konjungtiva normal dan tidak anemis, sclera nya putih tidak ikterik, tidak ada pembengkakan di area pelpebra, tidak strabismus, ketajaman penglihatannya normal dan pasien tidak memakai alat bantu penglihatan. Pada pemeriksaan hidung : mukosa hidung pasien bersih dan tidak terdapat secret, indra penciumannya normal dan tidak ada kelainan lain. Pada pemeriksaan telinga : pasientidak memiliki keluhan apapun, bentuk telinga normal, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan indra peraba normal

**Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.3.8 *Endokrin* (B8)

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan tidak terdapat luka gangrene

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan parotis

Lain-lain : Tidak ada

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.4 Data Penunjang

Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium Ny. M pada tanggal 30 November 2019

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit (WBC)	<b>12,79</b>		4,5-11 Nilai kritis : < 2 Or > 3
Neutrofil	<b>9,7</b>		1,5-8,5
Limfosit	2,19		1,1-5,0
Monosit	0,8		0,14-0,66
Eosinofil	.0362		0-0,33
Basofil	0,09		0-0,11
Neutrofil%	<b>75,5</b>		35-66
Limfosit%	<b>17,1</b>		24-44
Monosit%	<b>6,4</b>		3-6
Eosinofil%	0,3		0-3
Basofil%	0,7		0-1
Eritrosit (RBC)	4,656		4-5,2

Hemoglobin (HGB)	13,64		12-16 Nilai kritis : < 7 Or > 21
Hematokrit (HCT)	39,5		33-51 Nilai kritis : < 21 Or > 65
MCV	84,76		80-100
MCH	29,30		26-34
MCHC	34,57		32-36
RDW	<b>13,17</b>		11,5-13,1
PLT	189		150-450 Nilai kritis : < 50 Or > 1000
MPV	11,58		6,90-10,6
<b>Kimia Klinik</b>			
<b>Gula Darah</b>			
Glukosa Darah Sewaktu	72		< 200 Nilai Kritis : < 40 Or > 450

USG : -

Rontgen : -

Terapi :

- Infus : RL : 2 Kholif (Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang)
- Injeksi : Oksitosin : Kegunaannya untuk memperkuat kontraksi pada otot rahim
- Lidocain : Kegunaannya untuk menghentikan atau mengurangi nyeri
- Vit K : Kegunaannya untuk membantu proses pembekuan darah
- Oral : - Asamefenamat : 3x1 (Kegunaannya untuk mengurangi nyeri)
- Cefadroxil : 3x1 (Kegunaannya untuk mencegah infeksi)

### 3.2 Analisa Data

Tanggal : 30 November 2019

Nama Pasien : Ny. M

Dx Medis : G2 P1001 Ab000 41-42 minggu T/ H + Post Term + Kala II

No RM : 00410xxx

Tabel 3.4 Analisa data hasil pengkajian Ny. M di ruang VK Bersalin RSUD

Bangil

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Ds : Pasien mengatakan kenceng-kenceng</p> <p>P : Pasien mengatakan kenceng-kenceng</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Di bagian perut</p> <p>S : Skala nyeri 7 (0-10)</p>	<p>Kontraksi Uterus</p> <p>↓</p> <p>Adekuat</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi Uterus Kuat</p> <p>↓</p> <p>Involusi</p> <p>↓</p>	Nyeri Akut

	<p>T : Nyeri jarang (hilang timbul)</p> <p>Do : - Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS : 4-5-6</li> <li>- TTV : TD : 120 / 80 mmHg</li> <li style="padding-left: 40px;">N : 87x/ menit</li> <li style="padding-left: 40px;">S : 36,2°C</li> <li style="padding-left: 40px;">RR : 20x/ menit</li> <li>- Pasien tampak meringis dan memegangi perutnya</li> <li>- VT pembukaan 8</li> </ul>	Nyeri	
2	<p>Ds : Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang hal-hal yang harus dilakukan untuk mempercepat persalinan</p> <p>Do : - Pasien selalu menanyakan keadaannya kepada perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kebingungan</li> </ul>	<p>Rasa mulas dan ingin mengejan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persalinan Normal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurangnya informasi</p>	Defisit Pengetahuan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien selalu mengeluh nyeri pada perutnya</li> </ul>	<p>tentang penyebab dan akibat dari persalinan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit Pengetahuan</p>	
3	<p>Ds : Pasien mengatakan cemas dengan keadaan bayinya</p> <p>Do : - Pasien selalu menanyakan kapan bayinya akan lahir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien selalu menanyakan kondisi bayinya</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Pasien fokus pada diri sendiri</li> <li>- Pasien tampak gemetar</li> </ul>	<p>Persalinan Normal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Air ketuban terlalu banyak keluar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketakutan ibu terhadap keselamatan janin dan dirinya</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ansietas</p>	Ansietas

### **3.3 Daftar Masalah Keperawatan**

3.3.1 Nyeri Akut

3.3.2 Defisit Pengetahuan

3.3.3 Ansietas

### **3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas**

3.4.1 Nyeri Akut berhubungan dengan Kontraksi Uterus

3.4.2 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang persalinan

3.4.3 Ansietas berhubungan dengan Ketakutan ibu terhadap keselamatan janin dan dirinya

### 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 30 November 2019

Nama Pasien : Ny. M

Dx Medis : G2 P1001 Ab000 41-42 minggu T / H + Post Term + Kala II

No RM : 00410xxx

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan hasil pengkajian Ny. M di ruang VK Bersalin RSUD Bangil

No	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan nyeri pasien dapat berkurang / teratasi</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat menjelaskan kembali tentang nyeri dan penyebab nyeri</li> <li>2. Pasien mau melakukan nafas dalam saat nyeri</li> <li>3. Pasien dapat mempraktekkan kembali teknik relaksasi dan distraksi</li> <li>4. Tingkat kesadaran baik</li> <li>5. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120 / 80 mmHg N : 90x/ menit S : 36,2 °C RR : 20x/ menit</li> <li>6. Kala pembukaan lengkap</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri</li> <li>2. Anjurkan pasien untuk nafas dalam saat nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi</li> <li>4. Observasi tingkat kesadaran pasien</li> <li>5. Observasi tanda-tanda vital pasien</li> <li>6. Observasi kala pembukaan pasien</li> <li>7. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat analgesik pada pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</li> <li>2. Untuk membantu mengurangi nyeri</li> <li>3. Untuk mengalihkan rasa nyeri pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui keadaan pasien</li> <li>5. Untuk mengetahui keadaan pasien secara keseluruhan</li> <li>6. Untuk mengetahui kesiapan persalinan</li> <li>7. Untuk mengurangi rasa nyeri pasien</li> </ol>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan pengetahuan pasien tentang persalinan dapat bertambah</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat menjelaskan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada pasien tentang penyebab dari persalinan</li> <li>2. Bantu pasien mengenali akibat-akibat dari persalinan</li> <li>3. Bantu pasien dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien</li> <li>3. untuk membantu</li> </ol>

	<p>kembali tentang persalinan</p> <p>2. Pasien dapat menyebutkan kembali akibat-akibat dari persalinan</p> <p>3. Pasien dan keluarga dapat mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat</p> <p>4. Tidak ada tanda kebingungan pada pasien dan keluarga</p> <p>5. TTV dalam batas normal  TD : 120 / 80 mmHg  N : 87x/ menit  S : 36,2 °C  RR : 20x/ menit</p>	<p>keluarga untuk mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat</p> <p>4. Observasi tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga</p> <p>5. Observasi TTV</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan</p>	<p>pengetahuan pasien dan keluarga</p> <p>4. Untuk mengetahui adakah penjelasan yang tidak dimengerti</p> <p>5. Untuk mengetahui keadaan pasien</p> <p>6. Untuk mempercepat proses persalinan pasien</p>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan kecemasan pasien dapat berkurang / hilang</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Pasien dapat menjelaskan kembali tentang cemas</p> <p>2. Pasien terlihat melakukan kegiatan untuk mengurangi cemas</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan cara untuk mengontrol cemas</p> <p>4. Cemas tampak berkurang</p> <p>5. Keluarga pasien terlihat selalu memberi dukungan pada pasien</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien tentang penyebab cemas</p> <p>2. Anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang</p> <p>3. Ajarkan pasien cara mengontrol cemas</p> <p>4. Identifikasi tingkat kecemasan pasien</p> <p>5. Kolaborasi dengan keluarga pasien untuk pemberian motivasi pada pasien</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang cemas</p> <p>2. Untuk mengalihkan kecemasan pasien</p> <p>3. meningkatkan kenyamanan pasien hingga bisa mengurangi cemas</p> <p>4. Memantau derajat kecemasan pasien</p> <p>5. Meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pasien</p>

### 3.6 Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. M

No RM : 00410xxx

Umur : 27 Tahun

Tabel 3.6 Implementasi keperawatan hasil pengkajian Ny. M di ruang VK Bersalin RSUD Bangil

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama / Tanda tangan
1	30/11/2019	14.00	1. Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik	
		14.00	2. Menjelaskan pada pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri	
		14.05	2. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas dalam saat nyeri	
		14.10	3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam kepada pasien dengan cara menarik nafas dalam dengan hidung kemudian di hembuskan perlahan melalui mulut. Dilakukan secara bertahap	
		14.15	4. Mengkaji skala nyeri (0-10) yaitu : jika 0 (tidak nyeri), 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-9 (nyeri berat), dan 10 (nyeri sangat berat)	
		14.15	5. Mengobservasi Tingkat kesadaran pasien	
		14.20	6. mengobservasi kala pembukaan pasien	
		14.30	7. Mengobservasi Tanda-tanda vital pasien	
		14.30	8. Berkolaborasi untuk pemberian terapi	
2	30/11/2019	14.00	1. Menjelaskan pada pasien tentang penyebab dari persalinan	
		14.05	2. Membantu pasien mengenali akibat-akibat dari persalinan	
		14.10	3. Membantu pasien dan keluarga untuk mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat	
		14.20	4. Mengobservasi tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga	
		14.40	5. Mengobservasi TTV	
		14.55	6. Berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan	
3	30/11/2019	14.00	1. Menjelaskan pada pasien tentang penyebab cemas	
		14.10	2. Menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang	

		14.15	3. Mengajarkan pasien cara mengontrol cemas	
		14.20	4. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien	
		14.30	5. Berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk pemberian motivasi pada pasien	

### 3.7 Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Ny. M

No RM : 00410xxx

Usia : 27 Tahun

Tabel 3.8 Evaluasi keperawatan hasil pengkajian Ny. M di ruang VK Bersalin RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
30/11/2019 Jam 17.00	Nyeri Akut berhubungan dengan Kontraksi Uterus	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri  O : - Keadaan umum cukup - GCS : 4-5-6 - TTV : TD : 120 / 80 mmHg N : 87x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit - Pasien sudah terlihat rileks  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan (Pasien dipindahkan ke ruang Nifas)	
30/11/2019 Jam 17.00	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang persalinan	S : Pasien mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan perawat  O : - Pasien sudah tidak terlihat bingung - Pasien sudah terlihat tenang  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan, Pasien dipindahkan ke ruang Nifas	
30/11/2019 Jam 17.00	Ansietas berhubungan dengan Ketakutan ibu terhadap keselamatan janin dan dirinya	S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas  O : - Pasien sudah tidak menanyakan kondisi bayinya  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan, Pasien dipindahkan ke ruang Nifas	

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. M dengan diagnosa medis G2P100 41-42 mg diruang VK RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

##### **4.1.1 Identitas Pasien**

Pada tinjauan pustaka data yang di dapat untuk ibu bersalin dengan persalinan normal dengan usia ibu dalam kategori usia subur (15-49 tahun), usia ibu terlalu muda (kurang dari 20 tahun), dan usia ibu dengan kelompok resiko tinggi atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun). (Taufan, 2014)

Sedangkan pada tinjauan kasus data yang di dapat untuk ibu bersalin dengan persalinan normal adalah ibu dengan usia 27 tahun.

Menurut pendapat penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan data yang di dapat saat pengkajian, karena usia ibu yang didapat saat pengkajian merupakan termasuk dalam kategori usia subur dan bukan ibu dengan resiko

bersalin tinggi. Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

#### 4.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama : Pada tinjauan pustaka klien persalinan normal akan mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, keluaranya lendir dan darah. (Rohani, 2011). Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan data yang sama yaitu pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah (kenceng-kenceng) disertai dengan adanya his yang teratur dan keluar cairan ketuban merembes warna jernih melalui kemaluan. Menurut pendapat penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus, karena jika waktu persalinan sudah dekat selaput ketuban akan pecah, ketika selaput ketuban sudah pecah maka akan merembeslah air ketuban yang disertai dengan lendir dan darah serta bayi akan mendorong / mendesak keluar sehingga terciptalah nyeri dan his yang teratur pada tiap menitnya.

#### 4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang : Pada tinjauan pustaka 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. (Mitayani, 2009). Sedangkan pada tinjauan kasus Pasien mengatakan hamil dengan usia kehamilan 9 bulan lebih, mengeluh merasakan nyeri pada perut (kenceng-kenceng), nyeri seperti ditusuk-tusuk di perut bagian bawah dengan skala 7, nyeri dirasakan mulai pukul 05.00 WIB dan terasa jarang, pasien mengatakan keluar cairan ketuban merembes warna jernih melalui kemaluan (jalan lahir) saat kencing pada jam 05.00

Menurut pendapat penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus, karena jika waktu persalinan sudah dekat selaput ketuban akan pecah, ketika selaput ketuban sudah pecah maka air ketuban akan merembes yang disertai dengan lendir dan darah serta bayi akan mendorong / mendesak keluar sehingga terciptalah nyeri dan his yang teratur pada tiap menitnya.

#### 4.1.4 Pengkajian B1-B8

##### 4.1.4.1 Pada pengkajian B1 (*Breath*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

- 1) Inspeksi : Respirasi rate normal (20x/ menit), tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae.
- 2) Palpasi : Pergerakan dinding dada sama

3) Auskultasi : Suara nafas regular, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi

4) Perkusi : Suara perkusi sonor

(Nugroho T, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus :

1) Inspeksi : Didapatkan data yang sama yaitu respirasi rate 20x/ menit, pola nafas pasien teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, terlihat hiperpigmentasi pada pappila dan areola mammae, susunan ruas tulang belakang normal, dan tidak terdapat luka di area dada.

2) Palpasi : Didapatkan data bentuk dada simetris tidak ada kelainan seperti pegin, barrel chest dan funnel chest, Susunan ruas tulang belakang normal, Irama nafas pasien teratur, collostrum belum keluar, pergerakan dinding dada simetris

3) Auskultasi : Didapatkan suara nafas regular dan tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ; whezzing, ronchi dan creacles

4) Perkusi : Didapatkan suara sonor pada area dada

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.2 Pada pengkajian B2 (*Blood*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

- 1) Inspeksi : Anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)
  - 2) Palpasi : Pulsasi kuat, tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok)
  - 3) Auskultasi : Pada auskultasi didapatkan suara jantung normal (S1 dan S2 normal), S1 ; Lup dan S2 ; Dup
- (Nugroho T, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan :

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi tidak terdapat nyeri dada dan luka di area dada, tidak terdapat cianosis, dan tidak terdapat clubbing finger, konjungtiva normal tidak anemis
- 2) Palpasi : Pada palpasi tidak terdapat nyeri tekan di area dada, Pulsasinya kuat, Tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik
- 3) Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, suara jantung regular, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur dan gallop.

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.3 Pada pengkajian B3 (*Brain*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

- 1) Inspeksi : Kesadaran : Composmentis, GCS : (eyes : 4, verbal : 5, motorik : 6), tidak ada kejang
- 2) Palpasi : Tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky

(Nugroho T, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan :

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan kesadarannya composmentis, dengan GCS : 4-5-6, tidak terdapat kejang
- 2) Palpasi : Pada palpasi tidak terdapat kaku kuduk, tidak terdapat brudzinsky

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.4 Pada pengkajian B4 (*Bladder*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

- 1) Inspeksi : Disuria, perineum menonjol, vagina dan vulva berwarna kemerahan dan agak kebiru-biruan (livide), cairan ketuban keluar

pervaginam berwarna putih keruh mirip air kelapa atau sudah berwarna kehijauan.

2) Palpasi : Kandung kemih biasanya kosong, pada VT terdapat pembukaan lengkap

(Nugroho T, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan :

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan bentuk alat kelamin normal dan tidak ada kelainan, kebersihan alat kelamin ; bersih, terdapat lendir yang keluar dari lubang vagina, frekuensi berkemih 1500 cc/ 24 jam dengan warna kuning jernih

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan kandung kemih kosong, VT pembukaan 8 cm

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.5 Pada pengkajian B5 (*Bowel*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

1) Inspeksi : Mulut bersih, mukosa lembab, keadaan anus terbuka, ada striae dan linea

2) Palpasi : Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, nyeri perut karena kontraksi uterus.

Pada pemeriksaan Leopold :

(1) Leopold I : TFU : Teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin)

(2) Leopold II : Umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri

(3) Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala)

(4) Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP

Pada tahapan persalinan :

(1) Kala 1 : Umumnya HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan Leopold : Leopold 1 TFU : Umumnya teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin), Leopold II: Pada umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri, Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba

keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP, umumnya cairan ketuban merembes, pemeriksaan VT pembukaan lengkap

(2) Kala 2 : Perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

(3) Kala 3 : Keluar nya plasenta disertai dengan keluarnya darah pada vulva, umumnya darah yang keluar tidak lebih dari 50-100 cc

(4) Kala 4 : Normalnya keadaan ibu baik, tidak ada penurunan kesadaran, TTV dalam keadaan normal, serta terjadinya perdarahan (Keluarnya darah nifas) yang tidak lebih dari 400-500 cc

3) Auskultasi : DJJ < 120x/ menit atau > 160x/ menit

(Irmayanti, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan :

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan mukosa bibir lembab, bentuk bibir simetris, keadaan gigi bersih, pada abdomen terdapat strech mark ada linea dan striae, kebiasaan BAB 1x/ hari dengan konsistensi lembek, warna ; hitam kecoklatan, bau ; khas, pasien tidak menggunakan obat pencahar

2) Palpasi : Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, nyeri perut karena kontraksi uterus.

Pada pemeriksaan Leopold didapatkan :

- (1) Leopold I : TFU : Teraba 2 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin)
- (2) Leopold II : Saat di palpasi bagian kiri teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kanan
- (3) Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala)
- (4) Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP

Pada tahapan persalinan :

- (1) Kala 1 : HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan Leopold : Leopold 1 TFU : Teraba 2 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin), Leopold II: Saat di palpasi bagian kiri teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kanan, Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP, DJJ : 144x/ menit, cairan ketuban

merembes pada jam 05.00 WIB, pemeriksaan VT sudah masuk ke pembukaan 8

(2) Kala 2 : Ibu semakin sering mengejan, presentasi kepala bayi sudah masuk ke perineum, bayi lahir pukul 14.30

(3) Kala 3 : Plasenta keluar pukul 14.40 disertai dengan keluarnya darah sebanyak 50 cc

(4) Kala 4 : Tidak terjadi perdarahan / tidak ada tanda-tanda Hemoragig Post Partum (HPP) pada ibu, kondisi ibu baik, ibu tidak tampak pucat.

3) Auskultasi : DJJ janin : 144x/ menit

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.6 Pada pengkajian B6 (*Bone*)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

1) Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih

2) Palpasi : Akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor kulit elastis, kulit pasien lembab, kekuatan otot :

5	5
5	5

(Prawirohardjo, 2010)

Sedangkan dari tinjauan kasus didapatkan :

- 1) Inspeksi : Didapatkan kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih
- 2) Palpasi : Didapatkan akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor elastis, kulit pasien lembab, kekuatan otot :

5	5
5	5

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.7 Pada pengkajian B7 (Pengindraan)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

- 1) Inspeksi : Penglihatan normal tidak terdapat rabun, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, mukosa hidung bersih dan lembab, tidak ada sekret
- 2) Palpasi : Perabaan normal

(Muttaqin, 2011)

Sedangkan dari tinjauan kasusu didapatkan :

1) Inspeksi : Pada pemeroksaan mata : pupil isokor kanan / kiri +, reflek cahaya nya normal, konjungtiva normal dan tidak anemis, sclera nya putih tidak ikterik, tidak ada pembengkakan di area pelpebra, tidak strabismus, ketajaman penglihatannya normal dan pasien tidak memakai alat bantu penglihatan. Pada pemeriksaan hidung : mukosa hidung pasien bersih dan tidak terdapat secret, indra penciumannya normal dan tidak ada kelainan lain. Pada pemeriksaan telinga : pasientidak memiliki keluhan apapun, bentuk telinga normal, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

2) Palpasi : Indra peraba normal

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B7 dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### 4.1.4.8 Pada pengkajian B8 (Endokrin)

Dari tinjauan pustaka didapatkan :

1) Inspeksi : Pada inspeksi didapatkan tidak terdapat luka gangrene

2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan parotis

(Muttaqin, 2011)

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan :

- 1) Inspeksi : Tidak terdapat luka gangrene, kulit bersih
- 2) Palpasi : Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar parotis

Menurut pendapat penulis, setelah dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik B8 dan dengan teori yang didapat di tinjauan kasus keduanya tidak terdapat kesenjangan

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka adalah nyeri akut berhubungan dengan intensitas kontraksi, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyebab dan akibat dari persalinan, ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan (Sulistyowati, 2009)

Pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul, antara lain nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan, dan ansietas berhubungan dengan ketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya.

Diagnosa yang muncul pada tinjauan pustaka disesuaikan dengan kondisi patologis pasien secara umum, sedangkan diagnose keperawatan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan intensitas kontraksi (Mitayani, 2009) karena pasien mengeluh nyeri pada perut akibat pecahnya ketuban yang menyebabkan tidak ada tahanan pada plasenta. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses persalinan dengan data pasien mengeluh nyeri kenceng-kenceng pada perut bagian bawah disertai data objektif yang mendukung pasien tampak menyeringai, pasien memegang perutnya, pasien tampak mengerutkan alisnya, skala nyeri 7. Hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada pasien persalinan normal.

Penulis mengangkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah. Data objektif : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah (kenceng-kenceng). Pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif : Nyeri kenceng-kenceng, Kualitas : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region : Perut, Skala : skala nyeri 7, Time : tidak tentu kadang hilang kadang timbul. Data objektif : klien tampak meringis kesakitan dan memegang perutnya, skala nyeri 7. Jadi diagnose yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan informasi tentang penyebab dan akibat dari persalinan (Mitayani, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan hal yang sama yaitu pasien mengeluhkan hal apa yang harus dilakukan agar bayinya segera lahir.

Penulis mengangkat dengan problem defisit pengetahuan karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan kurang mengetahui tentang hal-hal yang harus dilakukan untuk mempercepat persalinan. Data objektif : Pasien selalu menanyakan keadaannya kepada perawat, Pasien tampak kebingungan, Pasien selalu mengeluh nyeri pada perutnya. Dari data-data diatas penulis mengangkat masalah Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan (Mitayani, 2009). Pada tinjauan kasus juga ditemukan hal yang sama yaitu pasien mengeluhkan takut terjadi sesuatu dengan janinnya karena kurangnya pengetahuan pada pasien tentang persalinan.

Penulis mengangkat dengan problem ansietas karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan Pasien mengatakan takut dengan keadaan bayinya. Data objektif : Pasien selalu menanyakan kondisi bayinya kepada perawat, Pasien selalu menanyakan kapan bayinya akan lahir. Dari data-data diatas penulis mengangkat masalah Ansietas berhubungan denganketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya

### 4.3 Perencanaan Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tujuan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku klien (asektif) dan keterampilan mengenai masalah (psikomotor).

#### 4.3.1 Intervensi diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus. Alasannya karena data yang didapat : Pasien mengatakan kenceng-kenceng, nyeri seperti di tusuk-tusuk, di perut bagian bawah, dengan skala nyeri 7, nyeri tersa jarang (hilang timbul). Diagnose ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan oleh klien. Dengan data objektif yang mendukung pasien tampak meringis dan memegang perutnya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan nyeri pasien dapat berkurang / teratasi dengan kriteria hasil : Pasien dapat menjelaskan kembali tentang nyeri dan penyebab nyeri, Pasien mau melakukan nafas dalam saat nyeri, Pasien dapat mempraktekkan kembali teknik relaksasi dan distraksi, Tingkat kesadaran baik, Tanda-tanda vital dalam batas normal, Kala pembukaan lengkap. Dilakukan intervensi menjelaskan pada pasien tentang

nyeri dan penyebab dari nyeri, menganjurkan pasien untuk nafas dalam saat nyeri, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, mengobservasi tingkat kesadaran pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengobservasi kala pembukaan pasien, berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat antipiretik pada pasien

Penulis mengangkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah. Data objektif : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah (kenceng-kenceng). Pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif : Nyeri kenceng-kenceng, Kualitas : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region : Perut, Skala : skala nyeri 7, Time : tidak tentu kadang hilang kadang timbul. Data objektif : klien tampak meringis kesakitan dan memegang perutnya, skala nyeri 7. Jadi diagnose yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Diagnosa nyeri merupakan diagnosa yang aktual karena nyeri akut merupakan keluhan utama yang dirasakan pada saat pengkajian. Untuk pemilihan etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut b/d kontraksi uterus adalah diagnosa yang tepat menurut (Mitayani, 2009) karena nyeri akut berlangsung setelah tanda-tanda persalinan telah jelas.

Tindakan yang dilakukan penulis untuk mengurangi rasa nyeri adalah menjelaskan pada pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri, rasional :dengan menjelaskan tentang nyeri dan penyebab nyeri dapat menambah pengetahuan pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri. Anjurkan pasien untuk nafas dalam saat nyeri, rasional : tehnik nafas dalam diyakini dapat

membantu mengurangi nyeri. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi, rasional : untuk mengalihkan rasa nyeri pasien. Observasi tingkat kesadaran pasien, rasional : untuk mengetahui keadaan pasien. Observasi tanda-tanda vital pasien, rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien secara keseluruhan. Observasi kala pembukaan pasien, rasional : untuk mengetahui kesiapan persalinan. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat antipiretik pada pasien, rasional : untuk mempercepat penyembuhan pasien, rasional : untuk mengurangi rasa nyeri pasien

#### 4.3.2 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyebab dan akibat dari persalinan

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus. Alasannya karena data yang didapat : Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang hal-hal yang harus dilakukan untuk mempercepat persalinan. Dengan data objektif yang mendukung : Pasien selalu menanyakan keadaan nya kepada perawat, Pasien tampak kebingungan, Pasien selalu mengeluh nyeri pada perutnya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan pengetahuan pasien tentang persalinan dapat bertambah. Dengan Kriteria Hasil : pasien dapat menjelaskan kembali tentang persalinan, pasien dapat menyebutkan kembali akibat-akibat dari persalinan, pasien dan keluarga dapat mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat, tidak ada tanda kebingungan pada pasien dan keluarga, TTV dalam batas normal. Dilakukan intervensi : menjelaskan pada pasien tentang penyebab dari persalinan, membantu pasien mengenali akibat-akibat dari

persalinan, membantu pasien dan keluarga untuk mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat, mengobservasi tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga, mengobservasi TTV, berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan

Penulis mengangkat dengan problem defisit pengetahuan karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan kurang mengetahui tentang hal-hal yang harus dilakukan untuk mempercepat persalinan. Data objektif : Pasien selalu menanyakan keadaannya kepada perawat, Pasien tampak kebingungan, Pasien selalu mengeluh nyeri pada perutnya. Dari data-data diatas penulis mengangkat masalah Defisit pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan.

Diagnosa defisit pengetahuan merupakan diagnosa yang aktual karena merupakan masalah yang sering dialami oleh seluruh wanita yang akan melahirkan. Untuk pemilihan etiologi dari masalah keperawatan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan adalah diagnosa yang tepat menurut (Mitayani, 2009).

Tindakan yang dilakukan penulis untuk menambah pengetahuan pasien tentang persalinan adalah menjelaskan pada pasien tentang penyebab dari persalinan, rasional : untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab persalinan. Membantu pasien mengenali akibat-akibat dari persalinan, rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang akibat-akibat dari persalinan. Membantu pasien dan keluarga untuk mengenali tanda-tanda

persalinan yang sudah dekat, rasional : untuk membantu pengetahuan pasien dan keluarga. Mengobservasi tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga, rasional : untuk mengetahui adakah penjelasan yang tidak dimengerti. Mengobservasi TTV, rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien secara keseluruhan. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan, rasional : untuk mempercepat proses persalinan pasien

#### 4.3.3 Ansietas berhubungan dengan ketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya.

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus. Alasannya karena data yang didapat pasien mengatakan takut dengan keadaan bayinya. Data objektif : Pasien selalu menanyakan kondisi bayinya kepada perawat, Pasien selalu menanya kapan bayinya akan lahir. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit, diharapkan kecemasan pasien dapat berkurang / hilang. Dengan Kriteria Hasil : Pasien dapat menjelaskan kembali tentang cemas, Pasien terlihat melakukan kegiatan untuk mengurangi cemas, Pasien mampu menyebutkan cara untuk mengontrol cemas, Cemas tampak berkurang, Keluarga pasien terlihat selalu memberi dukungan pada pasien. Dilakukan intervensi : menjelaskan pada pasien tentang penyebab cemas, menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang, mengajarkan pasien cara mengontrol cemas, mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien, berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk pemberian motivasi pada pasien

Penulis mengangkat dengan problem ansietas karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan Pasien mengatakan takut dengan keadaan bayinya. Data objektif : Pasien selalu menanyakan kondisi bayinya kepada perawat, Pasien selalu menanyaan kapan bayinya akan lahir. Dari data-data diatas penulis mengangkat masalah Ansietas berhubungan denganketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya

Diagnosa Ansietas merupakan diagnosa yang aktual karena merupakan masalah yang sering dialami oleh seluruh wanita yang akan melahirkan. Untuk pemilihan etiologi dari masalah keperawatan, Ansietas berhubungan denganketakutan ibu akan kondisi janin dan dirinya adalah diagnosa yang tepat menurut (Mitayani, 2009).

Tindakan yang dilakukan penulis untuk mengurangi kecemasan pasien adalah menjelaskan pada pasien tentang penyebab cemas, rasional : untuk menambah pengetahuan pasien tentang cemas. Menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang, rasional : untuk mengalihkan kecemasan pasien. Mengajarkan pasien cara mengontrol cemas, rasional : meningkatkan kenyamanan pasien hingga bisa mengurangi cemas. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien, rasional : memantau derajat kecemasan pasien. Berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk pemberian motivasi pada pasien, rasional : meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pasien

## 4.4 Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun dan ditetapkan pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

### 4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Pada implementasi tinjauan pustaka sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan tindakan seperti menjelaskan pada pasien tentang nyeri dan penyebab dari nyeri, menganjurkan pasien untuk nafas dalam saat nyeri, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, mengobservasi tingkat kesadaran pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengobservasi kala pembukaan pasien, berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat antipiretik pada pasien. Dapat dilakukan sesuai dengan rencana karena klien dapat bekerja sama dengan baik. Menurut opini penulis untuk mengatasi nyeri yang dialami klien dapat dilakukan terapi farmakologi dan non farmakologi yaitu dengan cara relaksasi dan distraksi yaitu dengan melakukan teknik nafas dalam dan dikeluarkan secara perlahan-lahan, mengalihkan perhatian dengan berjalan-jalan, berbincang-bincang dengan pasien lainnya dan dengan perawat. Sedangkan

tindakan farmakologi yaitu dengan cara pemberian obat analgetik hal ini dapat mengurangi nyeri.

Menurut penulis, pada implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan untuk mengatasi nyeri klien. Nyeri klien dapat diatasi dengan teknik tarik nafas dalam relaksasi dan pemberian analgesik yang telah diberikan dan sudah dikolaborasikan dengan dokter.

#### 4.4.2 Implementasi keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyebab dan akibat dari persalinan

Pada implementasi tinjauan pustaka sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan tindakan seperti menjelaskan pada pasien tentang menjelaskan pada pasien tentang penyebab dari persalinan, membantu pasien mengenali akibat-akibat dari persalinan, membantu pasien dan keluarga untuk mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat, mengamati tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga, mengamati TTV, berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan. Dapat dilakukan sesuai dengan rencana karena klien dapat bekerja sama dengan baik. Menurut opini penulis untuk menambah pengetahuan pasien tentang persalinan dapat dilakukan dengan menjelaskan penyebab dan akibat dari persalinan dan dengan mengamati tanda kebingungan pada pasien

Menurut penulis, pada implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan untuk menjelaskan tentang persalinan pada pasien, karena dengan

menjelaskan tentang persalinan dapat menambah wawasan terhadap pasien dan keluarga

#### 4.4.3 Implementasi keperawatan ansietas berhubungan dengan ketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya

Pada implementasi tinjauan pustaka sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan tindakan seperti menjelaskan pada pasien tentang penyebab cemas, menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang, mengajarkan pasien cara mengontrol cemas, mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien, berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk pemberian motivasi pada pasien. Dapat dilakukan sesuai dengan rencana karena klien dapat bekerja sama dengan baik. Menurut opini penulis untuk mengurangi / mengatasi cemas pada pasien dapat dilakukan dengan menjelaskan penyebab cemas yang di alami pasien dan menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang membuat hati pasien tenang.

Menurut penulis, pada implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan untuk menjelaskan tentang penyebab kecemasan pada pasien, karena dengan menjelaskan tentang kecemasan yang dialami pasien dapat menambah wawasan terhadap pasien

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Dalam pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat ada beberapa hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat dan dokter ruangan dan tim

kesehatan lain, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerima yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawat diruang VK kepada penulis.

Pada tinjauan pustaka dan kasus, implementasi yang dilakukan pada klien tidak ada kesenjangan karena peneliti menggunakan implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat terlaksana karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus sudah dilakukan dalam waktu 1 x 60 menit karena tindakan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim medis ajarkan untuk nyerinya dan telah berhasil dilaksanakan dan tujuan kriteria hasil telah tercapai.

Menurut penulis, dari hasil evaluasi akhir pada tanggal 30 November 2019 pukul 17.00 WIB, masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus teratasi, skala nyeri klien berkurang menjadi 3, klien tampak bersemangat dan tidak pucat, walaupun keadaan klien sudah mulai membaik tetap harus dilakukan pemantauan keadaan klien untuk mencegah komplikasi lain dan menghentikan intervensi.

Pada diagnosa deficit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan sudah dilakukan dalam 1 x 60 menit dengan

penjelasan yang dapat di mengerti oleh pasien, pasien juga dapat menjelaskan kembali apa yang sudah di jelaskan oleh perawat dan telah berhasil di laksanakan dan tujuan kriteria hasil telah tercapai.

Menurut penulis, dari hasil evaluasi akhir pada tanggal 30 November 2019 pukul 17.00 WIB, masalah keperawatan Defisit pengetahuan berhubungan dengankurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan teratasi, pasien mengerti tentang persalinan, pasien tampak bersemangat dan tidak mengalami kebingungan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi ansietas dilakukan dalam waktu 1 x 60 menit pasien dapat mengurangi rasa kecemasannya terhadap dirinya dan janinnya, karena penulis dapat menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan apa yang akan dirasakan saat prosedur dilaksanakan, serta penulis menemani pasien saat proses persalinan berlangsung, sehingga rasa cemas pasien dapat teratasi dengan baik dan didukung dengan keadaan janin pasien yang tidak terdapat masalah apapun.

Menurut penulis, dari hasil evaluasi akhir pada tanggal 30 November 2019 pukul 17.00 WIB, masalah keperawatan Ansietas berhubungan denganketakutan ibu akan kondisi janin dan dirinya teratasi, pasien mengerti tentang cemas, pasien tampak bersemangat dan tidak mengalami ketakutan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. M sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien pindah

dari ruang VK bersalin menuju ruang nifas pada tanggal 30 November 2019 dan pada jam 17.00 WIB.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Persalinan Normal Diruang VK RSUD Bangil, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Persalinan Normal.

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Persalinan Normal, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut :

- 5.1.1 Pada tinjauan kasus data pengkajian didapatkan data fokus. Pada tinjauan pustaka dengan persalinan normal berdominan terjadi pada ibu-ibu dengan usia kehamilan 38-42 minggu. Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan hal yang sama pada tinjauan pustaka yaitu pada kehamilan 41-42 minggu.
- 5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara mempercepat persalinan, dan Ansietas berhubungan dengan ketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya.

- 5.1.3 Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan nyeri dapat berkurang. Kriteria hasil keadaan umum baik, TTV normal (TD : 120/80 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36,5°C, RR : 20x/ menit), wajah tampak rileks, tingkat nyeri berkurang, skala nyeri berkurang 3-1
- 5.1.4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyebab dan akibat dari persalinan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan pengetahuan pasien tentang persalinan dapat bertambah. Kriteria hasil pasien dapat menyebutkan akibat-akibat dari persalinan, pasien dapat mengenali tanda-tanda persalinan yang sudah dekat, tidak ada tanda kebingungan pada pasien, TTV normal (TD : 120/80 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36,5°C, RR : 20x/ menit)
- 5.1.5 Ansietas berhubungan dengan ketakutan ibu akan keselamatan janin dan dirinya. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan kecemasan pasien dapat berkurang / hilang. Kriteria hasil pasien mampu menyebutkan cara untuk mengontrol cemas, cemas tampak berkurang, keluarga pasien terlihat selalu memberi dukungan pada pasien.
- 5.1.6 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena pasien dengan persalinan normal tidak memiliki resiko apapun. Hasil evaluasi pada Ny. M telah selesai dan pasien saat ini sudah pulang.

## 5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

- 5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- 5.2.2 Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan persalinan normal.
- 5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan pada klien.
- 5.2.4 Pendidikan atau pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
- 5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif, sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, A., Mustafa, A., Emil, S. A. V., Amekah, E., Engmann, C., Adanu, R., et al. (2013). "Social Support During Delivery In Rural Central Ghana : A Mixed Methods Of Women's Preferences For and Against Inclusion Of A Lay Companion In The Delivery Room". *Journal Of Biosocial Science*. Cambridge University Press. (<http://journals.cambridge.org/S002193201300041> diakses tanggal 08 Agustus 2019 jam 16:15 WIB).
- Anwar, Saifuddin. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonata*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar ; 2014.
- Arif, Ulfa., dkk. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kecemasan pada Ibu Hamil Primigravida di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Kemis Tangerang Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 8, No. 49-56, Desember 2014. ISSN : 2086-9266
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. D. (2014). *Pregnancy Hypertension*. Dalam F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. C. Hauth, L. Gilstrap, & K. D. Wenstrom (Penyunt.), *Williams Obstetrics* (24<sup>th</sup> Edition ed.). New York : The McGraw-Hill Companies
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2016). [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2016/15\\_jatim\\_2016.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2016/15_jatim_2016.pdf)
- Elzahra, A. 2012. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini. Available online at :<http://thynha.blogspot.com/2012/12/asuhan-keperawatan-pada-nys-dengan.html>. Diakses tanggal 08 Agustus 2019
- Hafifah. (2011). Laporan Pendahuluan pada Pasien dengan Persalinan Normal. Dimuat dalam <http://D:/MATERNITY%20NURSING/LP%20PERSALINAN/laporan-pendahuluan-pada-pasien-dengan.html> (Diakses tanggal 19 Agustus 2019)

- Irmayanti., 2011. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dan Pemeriksaan Kehamilan dengan Komplikasi Persalinan di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Medan
- Mitayani. (2009). Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC
- Mochtar, Rustam. (2013). Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi edisi 2. EGC : Jakarta
- Normanita, nita, dkk. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta : Nuha Medika. 2013
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Prawirohardjo, S. 2010. Ilmu Kebidanan. Edisi 4 : cetakan 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Saswono Prawirohardjo.
- Rukiyah, A. Y, dkk. (2009). Asuhan Kebidanan II (Persalinan). Jakarta : CV. Trans Info Media
- Rohani. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. Jakarta : Salemba Medika
- Saifuddin, A.B. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009; 115.
- Sulistiyawati A, Nugraheny E. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Jakarta : Salemba Medika ; 2010
- Sulistiyawati, A. & Nugraheny, E. (2013). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Jakarta : Salemba Medika
- Sulistiyawati, Ari. 2012. Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan. Jakarta : Salemba Medika
- Shodiqoh, E.R., & Syahrul, F. (2014). Perbedaan Tingkat Kecemasan dalam Menghadapi Persalinan antara Primigravida dan Multigravida. Jurnal Berkala Epidemiologi. 2(1), 141-150. Diterima dari <http://www.journal.unair.ac.id/download-full/JBE8534-d73df33709fullabstract.pdf> pada tanggal 05 September 2019
- Tasnim et all. (2011).[http://eprints.ums.ac.id/30133/2/BAB\\_I.pdf](http://eprints.ums.ac.id/30133/2/BAB_I.pdf)

Taufan. (2014). Askep Kehamilan. Yogyakarta : Nuha Medika

WHO. (2014) <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>

Wijaya, D.E., Rillyani, Wandini, R., & Wardiyah, A. (2015). Pengaruh Pendampingan Suami Terhadap Lamanya Persalinan Kala II di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung. *Jurnal Keperawatan*, 6, 6-14.

Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009; 523-529

**INFORMED CONSENT**

Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Persalinan Normal Di Ruang VK RSUD Bangil"

Tanggal pengambilan studi kasus ..... Bulan ..... Tahun .....

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Sekar Mega Oktavina** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan ....., dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan ..... Partisipan  
(*Muhaimin ah*)

Tanda tangan ..... Saksi  
(*HUZAIMA*)

Tanda tangan ..... Peneliti  
(.....)



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 21 November 2019

Nomor : 445.1/3128.01/424.202/2019  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada  
Yth. Direktur Akademi Keperawatan  
Kerta Cendekia  
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul  
SIDOARJO

Merindaklanjuti surat Saudara Nomor 135KM/XII/2019 tanggal 18 November 2019 perihal Pengambilan Data Studi Kasus atas nama:

Nama : SEKAR MEGA OKTAVINA  
NIM : 1601029  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Persalinan Normal di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 22 November – 21 Desember 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Kepala Bidang Penunjang

u.b

Kasi Diklat



**DIDIK MARIYONO, SKM.**

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Bersalin
2. Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900; 747739 Faks. (0343) 744940, 747789



Pasuruan, 19 November 2019

Nomor : 445.1/3094.11/424.202/2019  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Pengambilan Data

Kepada  
Yth. Direktur Akademi Keperawatan  
Kerta Cendekia  
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul  
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 135/KM/XII/2019 tanggal 18 November 2019 perihal Permohonan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : SEKAR MEGA OKTAVINA  
NIM : 1601029  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Persalinan Normal di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 23 November 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Kepala Bidang Penunjang



**DIDIK MARIYONO, SKM.**

Penata Tingkat I

Nip. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

