

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Kehamilan

Tanggal 25 Mei 2013

Oleh: Munawaroh

Pukul: 16.30 WIB

3.1.1 Subyektif

Identitas

Nama ibu Ny. S, usia 31 tahun, Nama suami Tn. S, usia 32 tahun, mereka berasal dari suku Jawa, bangsa Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir ibu SMK dan pendidikan terakhir suami SMP, pekerjaan ibu dan suami swasta, mereka tinggal di Sidoarjo Surabaya.

Keluhan Utama (PQRST)

Ibu datang dan mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya pada bidan dan mengeluh keputihan sejak 2 hari yang lalu.

Riwayat Kebidanan

a. Kunjungan : Ulang ke 3

1. Tanggal 2 April 2013 dengan keluhan pusing, BB: 55,5 kg.

2. Tanggal 1 Mei 2013, tidak ada keluhan, BB: 57 kg.

b. Riwayat menstruasi : ibu mengatakan mulai menstruasi sejak umur 13 tahun, teratur, banyaknya 2 softex sehari, lamanya 4 hari, sifat darah cair,

warna merah tua, bau anyir. Tidak pernah disminorhoe sejak melahirkan anak pertama. Menstruasi terakhir tanggal 27 Agustus 2012.

Riwayat obstetri yang lalu

Sua mi ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	hamil ke	UK	Peny.	Jeni s	Pnlg	Tmp t	Peny	JK	PB/ BB	Hdp/ Mt	usia	Kead.	Lak
1.	1	9 bln	-	Spt B	Dok ter	RS	-	♂	50/340 0	Hdp	10 th	baik	ya
1	2	9bl n	-	Spt B	Dok ter	RS	-	♀	51/300 0	Hdp	5 th	baik	ya
1	3	H	A	M	I	L		I	N	I			

Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pada awal kehamilan ibu tidak ada keluhan. Pada akhir kehamilan keluhan yang dirasakan ibu yaitu keputihan.
- b. Ibu merasakan pergerakan anak pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan dengan frekuensi sering perharinya.
- c. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan ini untuk ketiga kalinya pada tanggal 25 Agustus 2013 di BPS. Mimiek Andayani, dan penyuluhan yang telah didapat yaitu tentang nutrisi, istirahat, kebersihan diri, persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, dan seksualitas.
- d. Imunisasi yang sudah didapat: Ibu mengatakan waktu kecil imunisasinya lengkap dan saat SD pernah di suntik. TT sebelum nikah, dan TT saat hamil pertama.

e. Pola Kesehatan Fungsional

1. Pola nutrisi

Sebelum hamil : Ibu mengatakan makan 3x sehari dengan porsi 1 piring nasi, lauk, sayur. Minum 7-8 gelas / hari.

Selama hamil : Ibu mengatakan makan 2x lebih banyak dari sebelum hamil. Minum 7 – 8 gelas / hari.

2. Pola Eliminasi

Sebelum hamil : Ibu mengatakan BAK 5-6x sehari, tidak nyeri dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak.

Selama hamil : Ibu mengatakan BAK 6-7x sehari, tidak nyeri dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak.

3. Pola Istirahat.

Sebelum hamil : Ibu mengatakan istirahat hanya malam saja \pm 6-7 jam perhari

Selama hamil : Ibu mengatakan istirahat siang \pm 1 jam, istirahat malam \pm 7-8 jam

4. Pola Aktivitas

Sebelum hamil : Ibu mengatakan bekerja di pabrik sepatu dan sore melakukan pekerjaan rumah

Selama hamil : Ibu mengatakan masih bekerja di pabrik sepatu dan sore melakukan pekerjaan rumah

5. Pola reproduksi seksual

Sebelum hamil : Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat berhubungan seksual

Selama hamil : Ibu mengatakn tidak ada keluhan saat berhubungan seksual

6. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum hamil : Ibu mengatakan tidak merokok,tidak minum alcohol, tidak menggunakan narkoba, obat – obatan, tidak minum jamu, tidak punya binatang peliharaan

Selama hamil : Ibu mengatakan tidak merokok,tidak minum alcohol, tidak menggunakan narkoba, obat – obatan, tidak minum jamu, tidak punya binatang peliharaan.

Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita

Ibu mengatakan ibu dan keluarga tidak pernah mempunyai penyakit yang pernah di derita seperti Jantung, Ginjal, Asma, TBC, Hepatitiis, Diabetes, Hipertensi, TORCH, dan tidak mempunyai keturunan kembar.

1. Riwayat psiko-sosio-spiritual

- a. Riwayat emosional : ibu sangat senang pada saat ibu mengetahui bahwa dirinya hamil, ibu mulai memperkenalkan kehamilannya ini kepada suami dan keluarga besarnya, pada akhir kehamilannya ini ibu merasa cemas dan sekaligus senang karena prkiraan persalinannya sebentar lagi.
- b. Status perkawinan : ibu menikah sekali, saat umur 20 tahun. Lamanya 11 tahun.
- c. Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami.
- d. Ibu tinggal bersama dengan suami, dan hubungan dengan suami baik.
- e. Hubungan dengan orang lain biasa, dikarenakan ibu masih orang baru di lingkungan rumah barunya.
- f. Ibu melakukan shalat 5 waktu.
- g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilaan ini sangat antusias dan senang memperhatikan perkembangan janinnya.
- h. Keluarga sangat mendukung dengan kehamilannya, dukungan keluarga tersebut dapat ditunjukkan seperti suami ikut mengantar ibu saat periksa ke bidan, dan keluarga sering bertanya mengenai kehamilan ini.
- i. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami
- j. Ibu ingin melahirkan di BPS. Mimiék dan ditolong oleh bidan.

- k. Ibu tidak ada tradisi selama kehamilan ini, karena kehamilan ini termasuk kehamilan ke tiga, ibu hanya mengadakan pengajian pada usia kehamilan menginjak 4 bulan.
- l. Ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun setelah kelahiran anak pertama dan suntik 3 bulan selama 3 tahun setelah kelahiran anak kedua.

3.1.2 Obyektif

Pemeriksaan Umum

Kesadaran umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda-tanda vital normal (TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, Suhu 36,5°C). Berat badan ibu sebelum hamil 50 kg, berat badan periksa yang lalu pada tanggal 1 Mei 2013 yaitu 57 kg, berat badan sekarang tanggal 25 Mei 2013 58,5 kg. Tinggi badan 150 cm, lingkaran lengan atas 25 cm, taksiran persalinan 04 Juni 2013, usia kehamilan 38 minggu 5 hari.

Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.
- b. Rambut : Hitam, kelembaban cukup, kebersihan cukup, tidak ada ketombe dan tidak ada rontok.
- c. Mata : Simetris, sklera putih, conjungtiva merah muda, tidak ada gangguan penglihatan.

- d. Mulut dan gigi: Simetris, mukosa bibir lembab, mulut dan gigi bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries dan epulis.
- e. Telinga : Simetris, lubang dan daun telinga bersih, tidak ada secret dan cerumen, tidak ada gangguan pendengaran.
- f. Hidung : Simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan kelenjar vena jugularis.
- h. Dada : Simetris, tidak tampak retraksi dada, tidak ada suara ronchi dan wheezing.
- i. Mamae : Simetris, terdapat hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum sudah keluar.
- j. Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, terdapat striae albican, tidak terdapat bekas operasi.
- Leopold I : TFU 3 jari di bawah processus xipoides, teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
- Leopold II : Teraba bagian janin yang panjang, keras seperti papan di sisi kanan abdomen ibu.
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat dan melenting. Bagian terendah tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP

Teraba 4/5 bagian di atas simpisis (Divergen)

TFU Mc. Donald : 29 cm

TBJ/EFW : 2790 gram

DJJ : 140x/menit terdengar jelas di bagian kanan abdomen ibu (puka).

k. Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada haemorroid pada anus.

l. Ekstremitas : Atas : Simetris, tidak odem, tidak ada gangguan rentan gerak.

Bawah : Simetris, tidak oedem, tidak ada varices, tida ada gangguan rentan gerak

Data Penunjang

Laboratorium Tanggal 01 Mei 2013

Darah : Hb 12,4 gr%

Urine : Albumin/Reduksi -/-

USG belum dilakukan, Rencana tanggal 30 Mei 2013 di BPS Mimiek Andayani

3.1.3 Assesment

1) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GIII P20002 UK 38 minggu 5 hari, hidup, tunggal, letkep, intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : cemas karena keputihan yang dialaminya.

Kebutuhan : dukungan emosional

2) Identifikasi Diagnose Dan Masalah Potensial

Tidak ada

3) Identifikasi Kebutuhan Segera tidak ada

3.1.4 Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 30 menit diharapkan kecemasan ibu berkurang.

Kriteria Hasil :

1. Ibu dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan
2. Ibu dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan oleh bidan

1) Intervensi

1. Beritahu kepada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini.

R/ Informasi mendorong penerimaan tanggung jawab dan meningkatkan keinginan untuk melakukan perawatan diri.

2. Jelaskan mengenai keputihan pada ibu hamil

R/ pada wanita hamil produksi lendir meningkat oleh karena meningkatnya hormone estrogen.

3. Berikan HE personal hygien dan cara mengatasi keputihan

R/ kebersihan diri melindungi tubuh dari kuman yang menimbulkan penyakit

4. Anjurkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi dan istirahat

R/ Mempertahankan tingkat defisiensi nutrisi, relaksasi, dan harga diri.

5. Berikan terapi oral

Fe 1x 25mg

6. Anjurkan untuk control ulang

R/ memantau perkembangan bayi dan keadaan ibu.

2) Implementasi

1. Memberitahu pada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini normal.

2. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab keputihan yaitu karena factor kecapaian dan pada ibu hamil lender serviks meningkat oleh karena meningkatnya hormone estrogen.
3. Memberikan HE personal hygien yaitu menganjurkan mandi 3x sehari, mengganti celana dalam 2x sehari dan sewaktu-waktu jika merasa tidak nyaman.
4. Menganjurkan pada ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat, yakni makan 3x sehari dengan porsi 2x lebih banyak dari sebelum hamil yang terdiri nasi, lauk, sayur, buah, dan susu ibu hamil. Istirahat malam ≥ 8 jam dan tidur siang ≥ 2 jam setiap harinya.
5. memberikan terapi oral dan menganjurkan untuk minum secara teratur sangotifik 1x, memberikan lactacid untuk perawatan vulva hygien.
6. menganjurkan untuk kontrol ulang dan USG pada tanggal 30-05-2013

3) Evaluasi (sabtu, 25 Mei 2013)

S : Ibu sudah mengerti tentang informasi dan penjelasan dari petugas kesehatan, ditandai dengan ibu dapat menjelaskan kembali sebagian dari informasi yang disampaikan.

O : k/u ibu baik, TD 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, TFU 3 jari di bawah processus xipoid, TBJ 2790 gram, DJJ 140x/menit.

A : GIII P₂₀₀₀₂ uk 38 minggu 5 hari.

P : Menyepakati kontrol kembali 1 minggu lagi, tanggal 30 Mei 2013 untuk USG.

2.1.5 Catatan Perkembangan

Kunjungan Rumah

Selasa, 28 Mei 2013, 17.00 wib

S :Ibu mengatakan keputihan berkurang dan perut sering terasa kenceng kenceng sejak tadi malam, akan tetapi kenceng hanya sebentar dan tidak sampai mengganggu aktifitas.

O :TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR: 20 x/menit. Muka tidak pucat, tidak oedema. Sklera putih. Conjungtiva merah muda. TFU: 3 jari bawah processus xypoideus (29 cm), puka, presentasi kepala, konvergen. DJJ: positif. Ekstremitas atas/bawah: tidak oedema.

A :GIII P₂₀₀₀₂ uk 39 minggu 2 hari.

Penatalaksanaan

1. Anjurkan ibu tetap mempraktikkan penjelasan bidan untuk mengurangi ketidaknyamanan yaitu keputihan.
2. Tetap anjurkan ibu untuk merawat dan membersihkan payudara.
3. Persiapkan perlengkapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi, dana untuk biaya persalinan, kendaraan, nama untuk calon bayi.
4. Pastikan ibu untuk minum multivitamin B1 2x/hari.

5. Anjurkan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan jika sewaktu-waktu ada keluhan.

3.2 Catatan Perkembangan

Tanggal : 29 Mei 2013

Pukul : 18.00 WIB

3.2.1 Subyektif

Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan pada tanggal 29 Mei 2013 pukul 17.00 WIB. Kenceng – kenceng dirasakan sejak pada tanggal 28 Mei 2013 pukul 16.00 WIB, dan semakin sering dirasakan pada tanggal 29 Mei 2013 pukul 15.00 WIB.

3.2.2 Obyektif

k/u ibu baik, kesadaran composmentis, TD 120/70 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 36,5°C, colostrum keluar kanan dan kiri, TFU 3 jari dibawah processus xipoides, puka, presentasi kepala, divergen 4/5, His: 3 x 10 “ selama 30 detik, TFU Mc. Donald: 29 cm.

Genetalia: vulva dan vagina tidak oedema dan tidak ada varices, tidak ada candiloma lata atau acuminata, tampak keluar lendir bercampur darah dari vagina. tidak ada hemoroid.

Pemeriksaan dalam: pada tgl 29 Mei 2013, Pukul: 18.00 wib, tidak teraba benjolan spina, arcus pubis lebar, sacrum lebar, tidak teraba promontorium,

VT Ø 4 cm, eff 25 %, ketuban positif, let.kep U, teraba uuk, Hodge I, tidak ada molase, dan tidak teraba bagian terkecil janin.

ekstremitas atas dan bawah : tidak oedema.

3.2.3 Assesment

Diagnosa :GIII P20002 uk 39 minggu 3 hari, hidup, tunggal, letak kepala U, intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase aktif.

Masalah :nyeri

Kebutuhan :Dampingi ibu, teknik relaksasi, dukungan emosional.

3.2.4 Planning

Kala I

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 3 jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap

Kriteria Hasil :

1. Adanya tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka)
2. His semakin adekuat dan teratur (2x atau lebih dalam 10 menit)
3. Terdapat penurunan kepala janin sampai Hodge IV
4. Terdapat pembukaan lengkap 10 cm

5. k/u ibu dan janin baik

1) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

R/ memberikan dukungan emosi, yang dapat menurunkan rasa takut, tingkat ansietas, dan meminimalkan nyeri.

2. Berikan asuhan sayang ibu.

a. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

R/ meningkatkan hidrasi dan rasa umum terhadap kesejahteraan.

b. Berikan posisi yang nyaman (miring kiri)

R/ meningkatkan aliran balik vena dengan memindahkan tekanan dari uterus gravid terhadap vena kava inferior dan aorta desenden.

c. Berikan kesempatan pada ibu untuk memilih pendamping persalinan.

R/ peningkatan ansietas dan / atau kehilangan kontrol bila dibiarkan sendiri.

3. Ajarkan ibu teknik relaksasi

R/ menurunkan ansietas dan memberikan distraksi yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral.

4. Persiapan peralatan persalinan.

R/ risiko penyebaran agen dan membatasi kontaminan.

5. Lakukan pemantauan kontraksi, DJJ, dan pembukaan

R/ tingkat ketidaknyamanan meningkat sesuai dilatasi serviks dan penurunan janin.

6. Lakukan pemantauan tanda gejala kala II

R/ mengesampingkan kemungkinan komplikasi yang dapat disebabkan atau memperberat ketidaknyamanan / menurunkan kemampuan coping.

2) Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan normal.
2. Memberikan asuhan sayang ibu.
 - a. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan yang cukup (Minum air putih 7-8 gelas perhari). Makan sedikit – sedikit di sela – sela kontraksi.
 - b. Memberikan posisi yang nyaman yaitu miring kiri untuk kemajuan proses persalinan
 - c. Memberikan kesempatan pada ibu untuk memilih pendamping persalinan.
3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara nafas panjang.
4. Mempersiapkan peralatan persalinan
5. Melakukan pemantauan kontraksi, DJJ, dan pembukaan
6. Melakukan observasi tanda gejala kala II

Lembar observasi

No	Waktu	TTV	His	DJJ	Ket (VT, urin, input)
	18.30	N: 88 x/menit	3 x 10' 30"	142 x/ menit	
	19.00	N: 96 x/menit	3 x 10' 30"	150 x/ menit	
	19.30	N: 90 x/menit	3 x 10' 35"	140 x/ menit	Minum teh manis
	20.00	N: 86 x/menit	3 x 10' 35"	140 x/ menit	BAK ke kamar mandi
	20.30	N: 90 x/menit	4 x 10' 30"	140 x/ menit	
	21.00	N: 90 x/menit	4 x 10' 35"	136 x/ menit	Makan sedikit dan minum the manis
	21.30	N: 82 x/menit	4 x 10' 35"	140 x/ menit	
	22.00	N: 82 x/menit TD:120/80mm Hg S: 36,5 °c	4 x 10' 42"	140 x/ menit	VT Ø 8 cm, eff 75 %, ket (+), tidak ada molase, kep HI.
	22.30	N: 84 x/menit	4 x 10' 45"	140 x/ menit	
	23.00	N: 86 x/menit	4 x 10' 43"	145 x/ menit	
	23.30	N: 86 x/menit	5 x 10' 50"	145 x/ menit	
	00.00	N: 86 x/menit	5 x 10' 50"	145 x/ menit	Ketuban (-) jernih, VT Ø 10cm, eff 100%, ket (+), tidak ada molase, kep HI

3) Evaluasi Kala I (kamis, 30 Mei 2013)

S : Ibu mengatakan perutnya kenceng dan rasanya ingin seperti BAB.

O :k/u ibu baik, acral hangat, TFU 29cm, punggung kanan, DJJ 145x/menit, His 5x50" dalam 10', vulva dan vagina tidak oedem, tidak teraba tonjolan spina, ketuban pecah secara amniotomi, warna jernih, VT Ø 10cm effecement 100%, presentasi kepala HIII, sutura tidak ada molase, tidak teraba tali pusat dan bagian kecil janin.

A :kala II

P :

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaasn sudah lengkap
2. Mengajarkan ibu cara meneran yang benar.
3. memimpin ibu meneran jika ada kontraksi.

Kala II

1) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ≤ 30 menit diharapkan bayi dapat lahir spontan pervaginam dan bernafas spontan.

Kriteria : Ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, tangis bayi kuat.

2) Implementasi

1. Mengenali gejala dan tanda kala II (ibu merasa ada dorongan meneran, ibu yang merasakan tekanan semakin meningkat padarektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka).
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan.
3. Memakai celemek plastik
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril)
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depah kebelakang dengan menggunakan kapas savlon atau kapas DTT.
8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam sarung tangan dalam keadaan terbalik.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi atau his untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap serta membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu istirahat diantara kontraksi (jika tidak ada kontraksi)

15. Meletakkan handuk bersih diperut ibu jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. –
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi potongan under pad. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat, jika tidak ada lanjutkan proses kelahiran bayi.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).
25. Melakukan penilaian bayi (tangis dan gerak bayi)
26. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3) Evaluasi kala II (Kamis, tanggal 30 Mei 2013, pukul: 00.15 wib)

Subyektif :Ibu sangat lega karena bayinya lahir dengan selamat

Obyektif :Bayi lahir spt.B tanggal 30 Mei 2013 pukul 00.15 WIB bernafas spontan dan tangis bayi kuat. Jenis kelamin ♂, anus (+).

Assesment : kala III

Penatalaksanaan: Lanjutkan Asuhan Persalinan Normal Langkah 28 sampai 40.

1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
2. Melakukan penegangan tali pusat terkkendali.
3. Massase fundus uteri.

Kala III**1) Intervensi**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 30 menit diharapkan plasenta lahir.

Kriteria hasil : plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

2) Implementasi

28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas distal lateral. Menjepit tali pusat dengan klem umbilikal kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

30. menjepit tali pusat dengan klem umbilical ± 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit kembali 2 cm dari klem pertama.

31. Memotong tali pusat diantara 2 klem.

32. -

33. -

34. Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakkan satu tangan di tepi atas symphysis untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan.
39. Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir
40. Memeriksa kelengkapan plasenta.
 - a. Maternal : Kotiledon lengkap, terdapat 20 kotiledon, selaput utuh.
 - b. Fetal : Diameter 19 cm, tebal 1,5 cm, panjang tali pusat 48 cm, tali pusat sentralis. Berat \pm 500 gram.
 - c. Perdarahan : 100 cc.

3) Evaluasi kala III (Kamis, tanggal 30 Mei 2013, pukul: 00.35 wib)

S : Ibu merasa perutnya masih terasa mulas.

O :Plasenta lahir lengkap secara schutzle, selaput utuh, berat 500 gram, terdapat 19 kotiledon, selaput korion dan amnion utuh, diameter 20 cm, tebal 1,5 cm, panjang tali pusat 48 cm.

- a. Uterus teraba keras
- b. Perdarahan \pm 50cc
- c. Tidak terdapat laserasi
- d. TFU 2 jari bawah pusat
- e. Kandung kemih kosong

A : Masuk kala IV

P : Lanjutkan Asuhan Persalinan Normal Langkah 41 sampai 58

(Observasi TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan perdarahan)

Kala IV

1) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan tidak ada perdarahan dan komplikasi.

Kriteria hasil : TTV dalam batas normal, uterus berkontraksi baik, tidak ada perdarahan, dapat mobilisasi dini.

2) Implementasi

41. Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum.

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan ibunya.
44. setelah 1 jam lakukan penimbangan dan pengukuran, beri injeksi neo-K 1mg di paha kanan bayi, dan beri salep mata tetrasiklin.
45. -
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
 - a. Setiap 15 menit pada 1 jam PP.
 - b. Setiap 30 menit pada 1 jam PP kedua.
47. Mengajarkan pada ibu cara massase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan mengamati perdarahan.
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, setelah itu cuci dan bilas.
52. Membuang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan air ketuban dan lendir darah, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

54. Memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan pada suami untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu.
55. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan kotor, balikkan bagian dalam ke luar kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan observasi kala IV.

3) Evaluasi kala IV (Pukul 05.50 WIB)

S : Ibu mengatakan merasa lega proses persalinan berjalan dengan lancar dan normal

O : k/u ibu baik, kesadaran composmentis, BB bayi 2700 gram, PB 49 cm, BAK (+), TD 110/70 mmHg, nadi 86x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 25 cc.

A : P₃₀₀₀₃ 2 jam post partum fisiologis.

P :

1. Observasi 6 – 8 jam postpartum
2. Berikan HE tentang mobilisasi dini, asupan nutrisi ibu nifas, ASI eksklusif, tanda bahaya nifas
3. Ajarkan ibu cara masase uterus
4. Pindah ibu keruang nifas

5. Lakukan rawat gabung

3.3 Nifas

Postpartum 6 jam

Tanggal : 30 Mei 2013

Pukul : 06.35 WIB

3.3.1 Subyektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas, dirasakan sejak setelah bayinya lahir, melahirkan tanggal 30 Mei 2013 pukul 00.15 WIB. Ibu mulai memberikan ASI pada bayinya.

3.3.2 Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda – tanda vital normal. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,8°C.

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum ibu baik.

Mamae : Simetris, bersih, hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar kanan dan kiri.

Abdomen : Tidak ada bekas jahitan operasi, terdapat striae albican, TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong

Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholine, terdapat bekas luka jahitan, keluar lochea rubra 5cc.

3.3.3 Assesment

Diagnosa : P30003 postpartum fisiologis 6 jam.

Masalah : Mules

Kebutuhan : KIE tentang penyebab dan cara mengatasi mules.

3.3.4 Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan ibu memahami masalah nifas

Kriteria hasil :

1. K/U ibu baik
2. Ibu mengerti tentang penyebab mules
3. Tidak terjadi komplikasi

1) Intervensi

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya

R/ Informasi dapat mengurangi ansietas berkenaan dengan rasa takut tentang ketidaktahuan yang dapat memperberat persepsi nyeri.

2. Jelaskan penyebab mules

R/ menambah pengetahuan ibu bahwa mules merupakan hal fisiologis yang dialami ibu nifas

3. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi mules

R/ dengan teknik relaksasi dapat meregangkan otot-otot sehingga dapat mengatasi rasa mules

4. Berikan HE tentang:

1) Personal hygien dan perawatan luka perineum

R/ menjaga kebersihan dan kenyamanan, serta mencegah terjadinya infeksi.

2) Nutrisi

R/ memenuhi kebutuhan nutrisi yang diperlukan oleh tubuhnya serta mengembalikan tenaga setelah melahirkan. Membantu memulihkan penyembuhan pada luka perineum, serta melancarkan pengeluaran ASI.

3) Tanda bahaya nifas

R/ deteksi dini dan mengantisipasi jika terjadi komplikasi secara tiba-tiba.

5. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan karena atonia uteri

R/ mencegah terjadinya komplikasi perdarahan karena atonia uteri

6. Anjurkan pada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif

R/ ASI mengandung semua zat gizi dalam susunan dan jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi dan merupakan makanan terbaik untuk bayi dalam 4-6 bulan pertama

7. Berikan KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir

R/ mengidentifikasi masalah potensial yang memerlukan intervensi oleh pemberi pelayanan kesehatan.

8. Berikan obat

Antibiotic 1x 500 mg

Analgesic 1x 500 mg

FE 1x 25 mg

Vit A 200.000 IU

9. Anjurkan ibu control ulang 3 hari lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu

R/ mengantisipasi adanya masalah sejak dini

2) Implementasi

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan bayi baik

2. Menjelaskan penyebab mules

Bahwa mules merupakan hal yang fisiologis yang timbul dikarenakan menandakan adanya proses kembalinya rahim ibu dalam keadaan tidak hamil.

3. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi mules

Yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang lewat hidung dan mengeluarkan perlahan lewat mulut, lakukan berulang ketika mules muncul.

4. Memberikan HE tentang:

1) Personal hygien dan perawatan luka perineum

Jika membersihkan kemaluan dari arah depan ke belakang, dengan air bersih yang mengalir, sering mengganti pembalut jika terasa penuh atau setiap kali BAK, jangan mengompres luka jahitan dengan air hangat.

2) Nutrisi

Menganjurkan ibu makan makanan gizi seimbang (karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral) ibu tidak boleh terek atau pantang makanan apapun kecuali alergi.

3) Tanda bahaya nifas

Bengkak pada wajah, tangan, dan kaki, pusing yang hebat sampai penglihatan kabur, perdarahan tiba-tiba dari kemaluan, nyeri hebat di perut bagian bawah, demam tinggi 38° C

5. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan karena atonia uteri, yaitu jika uterus (rahim) teraba lembek maka lakukan masase.
6. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif, menyusui bayinya minimal 2 jam sekali, dan membangunkan bayinya ketika tidur jika ingin menyusui.
7. Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir.

Bayi sasuk nafas (bernafas cepat), suhu tubuh bayi panas atau terlalu dingin, warna kulit kuning (terutama 24 jam pertama), biru tau pucat., hisapa lemah, mengantk berlebihan, banyak muntah, tali pusat merah, bengkak dan kelua cairan bau busuk, berdarah., tidak BAK dalam 24 jam, bayi kejang.

8. Memberikan obat

Amoxilin 1x 500 mg

Asam mefenamat 1x 500 mg

FE 1x 25 mg

Vit A 200.000 IU

9. Menganjurkan ibu control ulang 3 hari lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

3) Evaluasi

S : Ibu mengatakan mengerti dan memahami penjelasan yang telah diberikan

O : Ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang telah diberikan, ibu dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tenaga kesehatan.

TD : 110/80 mmHg

N : 84 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36,5° C

TFU : 2 jari bawah pusat

A : P30003 8 jam post partum fisiologis

P :menganjurkan ibu control ulang 3 hari lagi atau jika sewaktu-waktu ada keluhan.

3.3.5 Catatan Perkembangan

Kunjungan rumah I (Postpartum 7 hari)

Rabu, tanggal 5 Juni 2013. Pukul 16.00 wib

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, dan jahitan sudah tidak terasa sakit.

O : k/u ibu baik,ASI keluar lancar, TFU: 2 jari diatas symphysis pubis, kontraksi uterus keras, lochea serosa.

TD: 110/70 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 20 x/menit.

Pemeriksaan Fisik

Mamae : Simetris, bersih, hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar kanan dan kiri.

Abdomen :Tidak ada bekas jahitan operasi, terdapat striae albican, TFU pertengaha pusat - syimpisis, kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholine, bekas jahitan tampak agak kering, keluar lochea sanguinolenta 10 cc.

A : P₃₀₀₀₃ post partum fisiologis kari ke 6

Penatalaksanaan

1. Anjurkan ibu tetap mempraktikkan penyuluhan tentang masa nifas yang disampaikan oleh bidan.
2. Tetap anjurkan ibu untuk meningkatkan kebutuhan nutrisi protein tinggi dan meningkatkan cairan.
3. Pertahankan untuk menjaga kebersihan
4. Tetap anjurkan ibu untuk meningkatkan tidur dan istirahat.
5. Kaji tanda-tanda bahaya ibu nifas

6. Tetap anjurkan untuk memberi ASI Eksklusif.
7. Pastikan bayi sudah mendapatkan imunisasi HB
8. Beritahu ibu untuk peka terhadap tanda-tanda bahaya BBL
9. Ingatkan ibu untuk datang ke tempat pelayanan kesehatan jika sewaktu-waktu ibu atau bayi ada keluhan.

Kunjungan rumah II (Postpartum 14 hari)

Kamis, tanggal 13 Juni 2013. Pukul 15.30 wib

S :Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa, ASInya lancar dan bayi menyusu dengan lahap.

O :Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda – tanda vital normal (Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 89x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C).

Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tidak ada bekas jahitan operasi, terdapat striae albican, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholine, bekas jahitan tampak kering, keluar lochea alba 5 cc.

A : P₃₀₀₀₃ post partum fisiologis kari ke 14

Penatalaksanaan

1. Tetap anjurkan ibu untuk pertahankan kebutuhan nutrisi protein tinggi dan meningkatkan cairan.
2. Pertahankan untuk menjaga kebersihan
3. Tetap anjurkan ibu untuk meningkatkan tidur dan istirahat.
4. Tetap anjurkan untuk memberi ASI Eksklusif.
5. Beritahu ibu untuk peka terhadap tanda-tanda bahaya BBL
6. Ingatkan ibu untuk datang ke tempat pelayanan kesehatan jika sewaktu-waktu ibu atau bayi ada keluhan.