

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1. Asuhan Kebidanan pada Persalinan dengan Grandemulti

4.1.1. Pengkajian data awal

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 05.30WIB

Oleh Erlis Irmayanti dengan Observer Naniek Lestari AMd.Keb

1. Subyektif

1) Identitas

Pada pengkajian didapatkan nama ibu Ny. S usia 36 tahun Suku Madura Agama Islam pendidikan SMP pekerjaan ibu rumah tangga nama suami Tn. H usia 40 tahun Suku Madura Agama Islam pendidikan SMU pekerjaan Wiraswasta alamat Petukangan No.Telp0812323xxx

2) Keluhan Utama

Ibu merasa kenceng-kenceng pada perutnya sejak tanggal 11/02/14 kemudian kenceng-kenceng semakin terasa sejak 12/02/14 pukul 02.00 WIB dan mengeluarkan lendir bercampur darah, serta cairan seperti ketuban dari jalan lahir.

3) Riwayat Kebidanan :

- a. Kunjungan: Ibu datang pertama kalinya di BPS Istiqomah
- b. Riwayaat menstruasi: menarche 13 tahun, siklus 28 hari, banyaknya 3x ganti pembalut, lamanya 5-6 hari sifat darah cair

warna merah tua bau khas, tidak disminorhoe, tidak keputihan,
HPHT ?-5-2013

4) Riwayat Obstetri lalu

Ini merupakan kehamilan yang kelima, dengan suami yang pertama mempunyai dua orang anak usia 13 tahun dan 11 tahun, tidak ada penyulit, lahir di dukun. dengan suami yang kedua mempunyai dua orang anak usia 6 tahun dan 4,5 tahun, tidak ada penyulit, lahir di dukun, kontrasepsi yang digunakan pil.

5) Riwayat kehamilan sekarang

Periksa hamil ke BPS Farida bulan januari 2014 dengan keluhan sering kencing dan nyeri pada punggungnya, mendapatkan tablet tambah darah dan multivitamin, pada 12 Februari datang ke BPS Farida karena merasa kenceng-kenceng setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan keluar ketuban hijau kemudian ibu dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit namun pasien menolak dan datang ke BPS Istiqomah.

Pada trimester akhir ibu merasa sering kencing dan merasa nyeri pada punggungnya. Pergerakan anak pertama kali yang ibu rasakan pada usia kehamilan 4 bulan sebanyak 3-4 kali dalam 3 jam. Selama periksa hamil ibu mendapatkan penyuluhan mengenai tanda-tanda persalinan diketahui dari pengetahuan ibu, ibu mengerti bahwa tanda-tanda persalinan yaitu muncul rasa kenceng-kenceng yang semakin

sering dengan waktu yang lebih lama dari biasanya, kadang diikuti dengan keluarnya cairan ketuban.

Penyuluhan mengenai tanda bahaya pada kehamilan diketahui dari pengetahuan ibu, ibu paham bahwa tanda-tanda bahaya pada kehamilan adalah keluarnya darah dari jalan lahir, keluarnya cairan ketuban sebelum waktunya, gerak janin berkurang.

6) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi.

Saat hamil ibu mengalami peningkatan nafsu makan, ibu makan 3–4 kali/hari dengan porsi sedang dengan menu nasi, lauk, sayur dan buah serta minum air putih 8 – 9 kali per hari.

Saat inpartu ibu makan sepotong roti dan minum air mineral 1 botol kemasan 800 ml.

b. Pola Eliminasi.

Selama hamil ibu BAK 4-5 x/hari dan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak.

Saat inpartu ibu sering BAK sedikit-sedikit.

c. Pola Seksual.

Sebelum dan selama hamil ibu tidak tentu melakukan hubungan seksual karena suaminya berlayar dan tidak menentu pulanginya.

d. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

Pada pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan sebelum dan saat hamil tidak ada perubahan, ibu tidak minum alcohol, menggunakan

narkoba, obat – obatan, maupun jamu serta tidak mempunyai binatang peliharaan.

7) Riwayat Penyakit sistemik yang pernah di deritaibu dan keluarga: tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, hepatitis asma, hipertensi TBC, tidak ada keturunan kembar.

8) Riwayat psiko-social-spiritual

Ibu dan keluarga menerima kehamilan ini meski kehamilan ini tidak direncanakan sebelum terjadi kehamilan yang kelima ibu menggunakan kontrasepsi pil namun waktu minum ibu tidak teratur sehingga terjadilah kehamilan ini, pada masa bersalin ibu tampak sedikit cemas karena sebelumnya ibu telah di anjurkan untuk bersalin di rumah sakit dikarenakan ketuban mekonial namun ibu menginginkan untuk bersalin di Bidan.

Ibu menikah dua kali, dengan suami yang pertama ibu menikah pada usia 22 tahun selama 3 tahun dan menikah yang kedua pada usia 25 tahun selama 11 tahun.

2. Obyektif

1) Pemeriksaan umum :

Keadaan umum ibu baik, kesadaran kompos mentis, keadaan emosional kooperatif. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD = 120/80 mmHg, Nadi= 81 x/m, suhu = 36,5 °C, RR= 20 x/m, taksiran persalinan menurut HPHT= ?/02/14 berdasarkan USG 16/02/14, dari hasil USG diketahui Usia Kehamilan ibu 39 minggu 2 hari.

2) Pemeriksaan fisik

- a. Wajah tidak pucat tidak odem tidak ada nyeri tekan, konjungtiva merah muda sklera putih, pada abdomen tidak ada bekas luka operasi, TFU $1/2$ Px-pusat, teraba bulat lunak tidak melenting, pada perut bagian kanan ibu teraba panjanag keras seperti papan, pada perut bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin, bagian terndah janin teraba bulat keras, tidak dapat digoyang, penurunan kepala 4/5, TFU Mc.Donald: 31 cm, TBJ 3100 gm, DJJ 140 x/m, His 2x25”
 - b. Pemeriksaan genetalia
 - a) Genetalia eksterna : terdapat pengeluaran pervaginam lendir bercampur darah
 - b) Genetalia interna : VT Ø 4 cm eff 50% ketuban (-) warnahijau, kepala HI, tidak teraba tali pusat dan bagian kecil janin lainnya, tes lakmus (+)
 - c. Ekstremitas : tidak odem
- 3) Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan
 - 4) Pemeriksaan Lain : tidak dilakukan
 - 5) KSPR : 10

4.1.2. Identifikasi Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

- a. Diagnosa : GVP40004 UK 39minggu 2 hari tunggal, hidup, presentasi kepala, Intra Uterin, Kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala I fase aktif

- b. Masalah :
 - a) Nyeri karena kontraksi
 - b) Khawatir dengan keselamatanbayinya.
- c. Kebutuhan :
 - a) Mengajarkan teknik relaksasi
 - b) Memberikan dukungan emosional
 - c) Mempersilahkan keluarga untuk mendampingi ibu

4.1.3. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

- a. Pada Ibu : Inersia Uteri dan Perdarahan pasca partum
- b. Pada janin :Asfiksi

4.1.4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

- a. Kolaborasi dengandokter
- b. Persiapan tindakan resusitasi

4.1.5. Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu \leq 30menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, asfiksiteratasi ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang disampaikan petugas tentang kehamilannya.

Intervensi

- a. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

Rasional : Membantu menentukan kebutuhan akan informasi.

- b. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Rasional : Tanggung gugat dalam hukum.

- c. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional : Persiapan ruangan dalam proses persalinan dapat memperbaiki keadaan akan adanya suatu komplikasi dan terhindar dari resiko infeksi, dan persiapan ruangan untuk bayi dan persiapan resusitasi untuk bayi dapat menyelamatkan bayi dari resiko kematian neonatal.

- d. Persiapan perlengkapan, bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan, persiapan perlengkapan tindakan resusitasi.

Rasional : Ketidak tersediaan bahan – bahan dan obat – obatan esensial pada saat di perlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien.

- e. Beri asuhan sayang ibu.

- a) Berikan dukungan emosional.

Rasional : Dukungan emosional yang adekuat akan dapat menjadikan klien lebih tenang dalam menghadapi proses persalinan.

- b) Atur posisi ibu.

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunya aliran darah dari siklus ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau

kekurangan pasokan oksigen pada janin. Selain itu posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses kemajuan persalinan.

c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan / atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi, yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin, dan memperlama persalinan.

f. Lakukan pencegahan infeksi pada alat, ibu dan bayi.

Rasional : Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi

g. Observasi tanda-tanda vital, pembukaan serviks, penurunan kepala janin setiap 4 jam.

Rasional : Dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan dan DJJ serta mempengaruhi penurunan pada kepala bayi.

h. Observasi nadi, DJJ dan his setiap 30 menit.

Rasional : Deteksi dini apabila terdapat tanda gawat janin, mengetahui kesejahteraan janin, dan kemajuan proses persalinan

i. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasional :Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi implus nyeri dalam korteks serebral.

j. Persiapkan rujukan dan tempat rujukan.

Rasional : Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan / atau bayinya

4.1.6. Implementasi

Pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 05.50 WIB

a. Menjelaskan kondisi ibu dan janinnya saat ini.

Menjelaskan semua hasil pemeriksaan dan memastikan kondisi ibu dan janinnya masih dalam keadaan yang normal.

b. Melakukan informed consent mengenai tindakan yang akan di lakukan.

Ibu dan keluarga memberikan kepercayaan kepada bidan untuk dilakukan tindakan medis berupa pertolongan persalinan normal.

c. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Ruangan dikondisikan dalam keadaan yang bersih dengan cara disapu dan lantai dibersihkan dengan pengharum lantai.

d. Mempersiapkan perlengkapan, alat dan obat – obatan yang diperlukan, mempersiapkanruanganperlengkapantindakanresusitasi

e. Memberikan asuhan sayang ibu.

a) Memberikan dukungan emosional.

Dukungan emosional dapat diberikan berupa memberi semangat dan support, meyakinkan ibu bahwa ibu pasti dapat melewati keadaan ini, menunggu saat proses persalinan.

b) Mengatur posisi.

Menyarankan ibu untuk tidur miring kiri, sebab disebelah kanan terdapat vena cava superior dimana vena ini berperan untuk mengalirkan oksigen ke janin. Jika ibu miring kanan maka vena cava superior tersebut akan terjepit

c) Memberi nutrisi dan cairan yang cukup.

Memberikan makan 1 porsi nasi, lauk dan sayur serta teh 1 gelas dan air putih.

d) Keluarga dianjurkan berperan untuk menyuapi ibu saat ibu merasa tidak kencang – kencang.

e) Menganjurkan pada ibu untuk mengosongkan kandung kemih.

Menyarankan ibu untuk kencing saat ibu ingin kencing sebab jika kandung kemih penuh maka kepala janin akan terhalangi untuk turun.

f. Melakukan pencegahan infeksi pada alat, ibu dan bayi.

Alat yang digunakan harus steril, setiap kali petugas melakukan pemeriksaan dalam harus menggunakan handskun yang steril.

g. Mengobservasi tanda- tanda vital, pembukaan serviks, penurunan kepala janin, setiap 4 jam.

h. Mengobservasi nadi, DJJ dan his setiap 30 menit.

- i. Mengajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi.

Tarik nafas panjang dari hidung dan di hembuskan dari mulut secara perlahan – lahan, dan dapan di lakukan berulang kali.

- j. Melakukan persiapan rujukan dan tempat rujukan.

Jika terjadi suatu kegawatan pasien ingin di rujuk ke RS. Soewandhie

Tabel 4.1 Lembar observasi pada kala 1

Tanggal	Jam	His	DJJ	TTV (TD,nadi)	Keterangan
12/03/14	06.00	2x25"	140x/mnt	120/80 mmHg 84 x/mnt	VT 4 cm eff 50% ketuban (-) warna hijau, kepala HI
	06.30	2x25"	138 x/mnt	87 x/mnt	
	07.00	2X52"	140 x/mnt	80 x/mnt	
	07.30	2x30"	145 x/mnt	84 x/mnt	
	08.00	2x25"	151 x/mnt	94 x/mnt	
	08.30	3x25"	144 x/mnt	88 x/mnt	
	09.00	3X25"	153 x/mnt	88 x/mnt	
	09.30	3X25"	144 x/mnt	120/80 mmHg 88 x/mnt	

4.1.7. Evaluasi Kala 1

1) Evaluasi 4 jam Kala 1 pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 09.30

WIB

Subyektif :Ibu merasa perutnya kenceng semakin sering

Obyektif :Keadaanmum ibu baik, kesadaran kompos mentis TD=
120/80 mmHg, S=36.5 °C N= 88^x/m, RR= 20x/m,TFU ½
Px-pusatDJJ 153 x/menit His 3x25" hasil periksa
dalamVTØ 4 cm eff 50% ketuban (-) hijau kepala HI

tidak teraba tali pusat dan tidak teraba bagian kecil janin lain

Assesment :GVP40004 inpartu kala I fase aktifdengansecondary arrest

Planning :

- a) Menyampaikan hasil pemeriksaan
- b) Menganjurkan untuk makan minum secukupnya
- c) Menganjurkan ibu untuk miring kiri
- d) Memberikan motifasi rujukan
- e) Lanjut observasi sesuai partograf

Tabel 4.2 lembar observasi kala I fase aktif lanjutan

Tanggal	Jam	His	DJJ	TTV (TD, Nadi)	Keterangan
12/02/14	10.00	3x30"	148 x/mnt	86 x/mnt	Ibu ingin meneran VT 10 cm, eff 100% ketuban(-) mekonial kep.HIII Ibu dipimpin meneran
	10.30	4x35"	146 x/mnt	84 x/mnt	
	11.00	4x40"	151 x/mnt	80 x/mnt	
	11.30	4x40"	147 x/mnt	84 x/mnt	
	12.00	5x40"	155 x/mnt	80 x/mnt	
	12.30	5x45"	148 x/mnt	84 x/mnt	
	12.45	5x45"	143 x/mnt	80 x/mnt	

2) Evaluasi Kala 1 pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 12.30 WIB

Subyektif :Ibu ingin meneran

Obyektif :Keadaan umum ibu baik VTØ10 cm eff 100% ketuban(-) warna hijau kepala UUK HIII tidak teraba talipusat dan bagian kecil

janin lainnya DJJ (+)=151 Terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka

Assesment : Kala II

Planning : Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal(langkah 1-25)

4.1.8. Asuhan Kala II Persalinan

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \leq 1 jam diharapkan bayi lahir

Kriteria Hasil :Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan, tidak terjadi asfiksi.

Intervensi :Lakukan pertolongan persalinan sesuai Asuhan Persalinan Normal (langkah 1-25)

Implementasi Pukul 12.30 WIB :

1. Mengenali tanda gejala kala II, dorongan ingin meneran, tekanan yang semakin meningkat pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.
2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan masukkan spuit ke dalam partuspak. Mempersiapkan slemzhuinger, oksigen, ruangan untuk kelahiran bayi dan tindakan resusitasi.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk.

5. Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan di gunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin 10 IU ke dalam spuit yang telah di sediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan steril dan letakkan dalam partus pak.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas savlon dari arah depan ke belakang.
8. Melakukan periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap.
9. Mendekontaminasi sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% kemudian lepas terbalik serta rendam dalam larutan clorin selama 10 menit.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap,beri posisi yang nyaman untuk meneran.
12. Meminta keluarga membantu memposisikan ibu dan memberi dukungan.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk menerandan istirahat jika tidak ada kontraksi dan dorongan meneran serta memberi cukup cairan.
14. Menganjurkan pada ibu untuk kembali mengambil posisi yang nyaman saat ada dorongan meneran.
15. Letakkan kain bersih di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan underpad di bawah bokong ibu
17. Membuka partus set dan mendekatkannya.
18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.

19. Lindungi perineum dengan pembalut dan tahan kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat melahirkan kepala.
20. Melakukan cek kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala putar paksi luar.
22. Melahirkan bahu depan dan belakang dengan teknik biparietal.
23. Melahirkan badan dengan teknik sangga.
24. Melahirkan kaki dengan teknik susur.
25. Menilai segera bayi baru lahir

4.1.9. Evaluasi Kala 2

1) Evaluasi Kala 2 Pukul 12.49 WIB

Subyektif : -

Obyektif : usaha nafas lambat, tidak menangis spontan, gerakan pasif dan warna kulit pucat

Assesment : Bayi baru lahir dengan asfiksi

Planning :

26. Melakukan langkah awal resusitasi, melakukan penghisapan lendir, rangsangan taktil.
27. Mengeringkan tubuh bayi, bungkus kepala, dan tubuh serta tali pusat di bungkus dengan kasa steril dan kering.

2) Evaluasi Kala 2 pukul 12.50 WIB

- Subyektif : Ibu senang karena bayinya sudah lahir dan dapat menangis
- Obyektif : Bayi menangis kuat, warna kulit tumbuh kemerahan, tonus otot aktif, TFU setinggi pusat, tidak ada bayi kedua.
- Assesment :Kala III
- Planning :Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal(langkah 28-42)

4.1.10. Asuhan Kala III Persalinan

Pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 12.52 WIB

- Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III \pm 15-30 menit ibukooperatif dan kelahiran plasenta spontan dan lengkap.
- Kriteria Hasil :Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap.
- Intervensi : lanjutkan langkah APN 28-42
- Implementasi :
28. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.
29. Memberitahu pada ibu bahwa akan di suntik oksitosin 10 IU

30. Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM setelah bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal.
31. Menjepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit kembali tali pusat dengan klem umbilikal pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
32. Menggantung tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem, penggantungan di lakukan di antara 2 klem tersebut, dengan tangan lain melindungi perut bayi.
33. Ikat tali dengan klem tali pusat.
34. Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusu dini.
35. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 6 cm dari vulva.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas symphysis dan tangan lain meregangkan tali pusat.
37. Melakukan peregang tali pusat sambil tangan lain mendorong ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
38. Menyuntikkan oksitosin dosis 10 IU kedua karena 15 menit plasenta belum lahir.
39. Melakukan dan mendorong dorso cranial hingga plasenta lepas, meminta klien jangan meneran sambil penolong menarik tali pusat

dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).

40. Melahirkan plasenta dengan ke dua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian di lahirkan dan di tempatkan pada tempat yang telah di sediakan.
41. Meletakkan telapak tangan dan melakukan massage hingga fundus teraba keras (kurang lebih 15 detik).
42. Memeriksa ke dua sisi plasenta bagian maternal dan fetal

4.1.11. Evaluasi Kala III

Pada tanggal 12 Februari 2014 Pukul 13.10 WIB

Subyektif : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules

Obyektif :Keadaan umum ibu cukup 120/80 mmHg, plasenta lahir lengkap, selaput ketuban dan kotiledon lengkap, selaput corion utuh dan panjang tali pusat 50 cm, tidak ada kelainan baik sisi fetal maupun maternal, insersi sentralis, diameter 20 cm, tebal 2 cm, TFU 2 jari bawah pusat, UC baik/ keras, jumlah darah 150cc, ruptur

Assesment :Kala IV

Planning :Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal (langkah 43-60)

4.1.12. Asuhan Kala IV Persalinan

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi. kandung kemih kosong, TTV normal.

Intervensi : lanjutkan langkah Asuhan Persalinan Normal (langkah 43-60)

Implementasi pukul 13.12 WIB :

43. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
44. Melakukan Heacting
45. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
46. Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
47. Timbang berat badan bayi, mengolesi mata dengan salep mata tetrasiklin 1%. Vit K 1 mg
48. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - b) Setiap 30 menit pada 1 jam ke dua post partum.
49. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai sendiri kontraksi uterus.
50. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah perdarahan.
51. Memeriksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

52. Memeriksa pernapasan dan temperature setiap jam pada 2 jam Post partum.
53. Menempatkan semua alat bekas pakai pada larutan klorin 0,5% rendam selama 10 menit, lalu di cuci dan bilas.
54. Membuang bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan tubuh ibu, ganti pakaian dengan yang bersih dan kering.
56. Memastikan ibu nyaman, beri makan dan minum.
57. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
58. Celupkan sarung tangan dan lepas secara terbalik dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit.
59. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Dokumentasikan proses persalinan dan lakukan asuhan kala IV dan lanjutkan partograf.

4.1.13. Evaluasi Kala IV

Pada tanggal 12 Februari 2014 pukul 15.10 WIB

Subyektif : Ibu senang karena persalinan berlangsung secara normal.

Obyektif : K/U ibu dan bayi baik, TD 100/80 mmHg, Nadi= 80 x/menit, RR=24x/menit, Suhu=37⁰C, kolostrum sudah keluar. Abdomen= TFU=1 jari bawah pusat, Kontraksi uterus = bulat, keras. Genetalia= terdapat luka jahitan derajat I, jumlah darah yang keluar ± 150 cc. Bayi : jenis

kelamin perempuan, BB: 3190 gram, PB: 51 cm, Warna kulit kemerahan

Assesment : P50005 Post Partum Fisiologis 2 jam

Planning :

1. Beri HE tentang : tanda bahaya ibu nifas, pola eliminasi, mobilisasi dini, istirahat, asupan nutrisi, personal hygiene, pemberian ASI dan menyusui dini, massage kontraksi uterus.
2. Beri Terapi.
 - Asame fenamat 3x1 tab 500 mg
 - Amoxicilin 3x1 tab 500 mg
 - Vit A 2x1 200.000 unit
 - Tablet Fe 1 X 1
3. Fasilitasi pemenuhan nutrisi
4. Observasi TTV, TFU, kontraksi uterus, Perdarahan, lokhea, ASI 6 – 8 jam Post Partum.

4.2. Asuhan Kebidanan Nifas pada Grandemulti

4.2.1 Pengumpulan data dasar

1. Subyektif

Tanggal 14 Februari 2014 Pukul : 21.00 WIB.

Keluhan Utama

Ibu mengatakan masih terasa mulas – mulas sejak setelah bayinya lahir tetapi hal tersebut tidak sampai mengganggu aktivitas dan ibu sudah mulai memberikan ASI kepada bayinya.

2. Obyektif

1) Keadaan Umum

Keadaan umum ibu baik, ibu nampak menerima kehadiran bayinya, ibu memberikan asi kepada bayinya.

2) Pemeriksaan Umum

TD= 120/80 mmHg, Nadi= 82 x/m

Suhu= 36,6°C, RR= 22 x/m

3) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan mammae didapatkan kolostrum sudah keluar, TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong, pada genitalia terdapat luka jahitan masih basah, terdapat lochea rubra bau khas, tidak terdapat perdarahan aktif.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : P50005 Post partum 6 jam
- b. Masalah : After pain
- c. Kebutuhan :
 - a) Jelaskan penyebab dari mulas yang di rasakan
 - b) ajarkan cara massase uterus.

4.2.3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4.2.4. Identifikasi Kebutuhan Segera

Tidak ada.

4.2.5 Planning

Tujuan : Setelah di lakukan Asuhan Kebidanan selama \pm 30 menit diharapkan ibu dapat memahami penjelasan dari bidan dan dapat menjalankan nifas dengan normal dan tanpa adanya keluhan yang mencemaskan klien.

Kriteria Hasil : Mampu menjelaskan tentang penyebab mulas yang di rasakan, mampu mempraktekan cara massage uterus, tidak terjadi komplikasi, suhu tubuh normal.

Intervensi

- a. Informasikan tentang hasil pemeriksaan.

Rasional : Informasi dapat mengurangi rasa takut tentang ketidaktahuan yang dapat memperberat pada keadaan klien.

- b. Lakukan observasi TTV, UC,TFU, kandung kemih, perdarahan

Rasional : Deteksi dini tentang komplikasi.

- c. Jelaskan tentang penyebab mulas yang di alami.

Rasional : Selama 12 jam pertama post partum, kontraksi uterus, kuat dan reguler, dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya.

- d. Diskusikan dengan ibu tentang :

- a) Massage kontraksi uterus.

Rasional : merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan.

- b) Proses menyusui dan kandungan ASI.

Rasional : Pemberian ASI sejak dini dapat meningkatkan kekebalan tubuh pada bayi dan mencukupi gizi yang di butuhkan oleh bayi.

e. Berikan HE tentang :

a) Tanda bahaya nifas.

Rasional : Deteksi dini akan adanya komplikasi yang mungkin terjadi.

b) Eliminasi.

Rasional : Kembalinya fungsi kandung kemih normal dapat memerlukan waktu 4 –7 hari

c) Nutrisi dan istirahat.

Rasional : Makan makanan yang kaya zat besi akan mengembalikan simpanan besi dalam tubuh, serta beristirahat yang cukup agar kekentalan volume darah ibu meningkat sehingga ibu tidak anemia.

d) Pola personal hygiene.

Rasional : Meningkatkan kenyamanan, perasaan, bersih dankesejahteraan. Kebutuhan psikologis lebih tinggi dapat di penuhi hanya setelah kebutuhan fisik dasar terpenuhi.

e) Perawatan bayi baru lahir

Rasional : Memberi kesempatan kepada klien/ pasangan untuk bekerja dan lebih menerima menambah ikatan kasih sayang antara bayi dan ibu.

4.2.7. Implementasi

12 Februari 2014, pukul 21.20 WIB

- 1) Menginformasikan semua hasil pemeriksaan.
- 2) Melakukan observasi TTV, UC,TFU, kandung kemih, perdarahan
Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 kali / menit teratur, suhu 36,5⁰C,
pernapasan 23 kali/menit teratur, UC keras, TFU 2 jari bawah pusat,
kandung kemih kosong, perdarahan aktif tidak ada.
- 3) Menjelaskan tentang penyebab mulas yang di alami.
Mulas yang di alami oleh ibu akibat dari adanya kontraksi uterus, hal ini normal jadi tidak perlu khawatir.
- 4) Mendiskusikan pada ibu tentang :
 - (1) Cara massage kontraksi uterus dan mendeteksi kontraksi uterus.
Meletakkan tangan di atas fundus dan memberitahu pada ibu jika kontraksi baik maka rahim akan keras jika kontraksi jelek maka rahim tersebut terasa lembek. Jika kontaksi rahim tidak terasa ibu segera memanggil petugas kesehatan.
 - (2) Pemberian ASI eksklusif
Bayi di berikan ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan dan tidak di perbolehkan untuk mendapatkan makanan selain ASI, kemudian setelah 6 bulan bayi di perbolehkan untuk mendapatkan makanan pendamping asi.

5) Berikan HE tentang :

(1)Tanda bahaya nifas.

- a) Pandangan kabur.
- b) Demam yang tinggi.
- c) Bengkak pada seluruh tubuh.
- d) Keluar darah yang banyak dari jalan lahir atau ketika ibu diam terasa keluar darah banyak seperti air yang mengalir.

(2)Eliminasi.

Jika ibu ingin BAK atau BAB segeralah ke kamar mandi dan jangan di tahan sebab jika di tahan dapat menyebabkan kontraksi rahim yang jelek dan dapat mengakibatkan perdarahan.

(3)Pola personal hygiene.

- a) Ganti pembalut 3 – 4 kali/hari atau jika ibu merasa tidak nyaman segera berganti pembalut.
- b) Ganti celana dalam minimal 2 kali/ hari
- c) Cebok yang bersih. Cebok dari arah depan (vulva) ke arah belakang (anus) dan jangan di balik sebab jika di balik kuman yang ada pada anus akan masuk ke saluran kencing yang dapat mengakibatkan penyakit saluran infeksi kencing.
- d) Keringkan daerah kewanitaan setelah BAB atau BAK.
- e) Jika bisa gunakan sabun pembersih daerah kewanitaan untuk membersihkan. Gunakan 2 kali/ hari

(4) Perawatan bayi baru lahir

a) Perawatan bayi baru lahir.

Setelah BAK atau BAB segera di bersihkan dengan air biasa, jaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, berikan ASI sesering mungkin maksimal setiap 2 jam, mandikan bayi 2 kali sehari dengan air hangat, jemur bayi setiap pagi hari antara jam 6 – 7 pagi, jika menjemur baju di lepas semua, bayi hanya di gunakan popok dan mata di tutup.

b) Perawatan tali pusat.

Bungkus tali pusat di ganti minimal 2 kali / hari, dan tali pusat di bungkus dengan kasa kering steril

4.2.8. Evaluasi Post Partum 6 jam

Pada tanggal 12 februari 2014 pukul 21.30 WIB.

Subyektif :Ibu sudah mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan oleh petugas kesehatan serta ibu dapat mengulang kembali apa yang telah dijelaskan.

Obyektif :Pada hasil pemeriksaan didapatkan hasil tekanan darah 110 /70 mmHg, nadi 80 x/mnt teratur, suhu 36,5⁰C, RR 23x/mnt teratur, TFU 3 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, UC keras, perdarahan aktif tidak ada.

Assessment : P50005 post partum 6 jam

Planning :

Lanjutkan intervensi tentang :

- a. Observasi TTV,TFU,UC, kandung kemih dan perdarahan.
- b. Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
Ibu mengerti dan memahami.

4.3. Catatan Perkembangan

4.3.1. Kunjungan Rumah I

Hari/Tanggal/Jam: 20-02-2014 , 18.00 WIB

Subyektif : Ibu terlihat senang mendapatkan kunjungan rumah Ibu tidak ada keluhan. Ibu tetap menyusui bayinya tanpa menggunakan susu formula dan makanan tambahan lain. tali pusat bayi sudah lepas tanggal 16-02-2014. Bayi mendapat imunisasi BCG tanggal 25-02-2014.

Obyektif : Keadaan umum ibu dan bayi baik, TD 100/60 mmHg, N: 87x/menit, RR: 22x/ menit, Suhu: 37⁰C , Mata konjungtiva tidak pucat, Wajah tidak odem, Payudara terdapat ASI yang tidak terlalu penuh, TFU 1 jari atas simpisis, Genetalia : simetris, tidak odem dan varises, lochea sanguinolenta berwarna merah kekuningan, anus tidak terdapat haemoroid.

Assesment :P50005 Post Partum 7 hari

Planning :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang keadaannya bahwa ibu dan bayinya baik-baik saja, Ibu dan keluarga mengerti penjelasan yang disampaikan
2. Menganjurkan ibu dan keluarga agar melepas gurita bayi dan mengantikannya dengan kaos dalam saja, Ibu dan keluarga menerima dan melepas gurita bayi
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan makanan tambahan setelah 6 bulan, Ibu menerima dan akan melakukan apa yang dianjurkan
4. Mengingatkan ibu tentang pentingnya ASI eksklusif, Ibu mengerti dan akan melakukan apa yang telah disampaikan
5. Menganjurkan ibu untuk membawanya ke tenaga kesehatan jika terjadi tanda-tanda bahaya bayi, Ibu mengerti dan akan melakukan apa yang dianjurkan

4.3.2. Kunjungan Rumah II

Tanggal 27-02-2014 pukul 16.00 WIB

Subyektif : Ibu tidak ada keluhan.

Obyektif : Keadaan umum ibu, TD 110/70 mmHg, N : 84x/menit, RR: 24x/menit Suhu : 37⁰C, Payudara: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat bendungan ASI, TFU tidak teraba diatas simpisis, Abdomen: tidak

terdapat massa abnormal, pengeluaran pervaginam lochea serosa.

Assesment :P50005 Post Partum 14 hari

Planning :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu dan bayi baik-baik saja, Ibu dan keluarga mengerti
2. Memberikan konseling tentang pola seksual. Hubungan seksual boleh dilakukan jika ibu tidak nyeri saat berhubungan dan hendaknya dilakukan saat selesai 40 hari setelah persalinan. Diharapkan pada 40 hari setelah persalinan keadaan ibu pulih kembali, Ibu memahami penjelasan yang diberikan
3. Menganjurkan ibu untuk selalu menimbang berat badan bayi setiap bulannya untuk mengetahui status gizi bayi, Ibu menerima dan akan menimbang bayinya.
4. Menganjurkan ibu untuk datang ke petugas kesehatan jika ada keluhan, Ibu menerima anjuran yang diberikan.
5. Menganjurkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang, Ibu menerima anjuran dan akan menggunakan kontrasepsi.