

## **BAB 4**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **4.1 Kehamilan**

**Pengumpulan Data Dasar tanggal 10-03-2014 jam 09.15 WIB**

#### **I. SUBYEKTIF**

##### **1. Identitas**

Nama ibu Ny. E umur 32 tahun, suku/bangsa Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, tidak bekerja, berdomisili di Wonocolo Gg II Surabaya. G V P30013.

Nama suami Tn. M berusia 47 tahun, suku/bangsa Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai pegawai swasta, berdomisili di Wonocolo Gg II Surabaya.

##### **2. Keluhan utama**

Ibu mengatakan datang ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya yang kelima dan mengeluh sedikit cemas menunggu tanda-tanda persalinan.

##### **3. Riwayat kebidanan**

1) Kunjungan : Ibu mengatakan ini adalah kunjungan ulang yang ke-7.

2) Riwayat menstruasi :

Ibu mengatakan menstruasi pertama kali saat berusia  $\pm 12$  tahun, dengan siklus teratur 1 bulan sekali, lamanya  $\pm 7$  hari, sifat darah cair berwarna merah kehitaman berbau anyir, ibu sering mengalami nyeri haid yang berlangsung  $\pm 2$  hari. Ibu tidak mengalami keluhan keputihan.

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : 21-05-2013

#### 4. Riwayat obstetri yang lalu

Tabel 4.1 Riwayat obstetri yang lalu

S ua m i ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	ha m il ke	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	J K	PB/ BB	Hdp /Mti	Usia	Kead	baik
1	I	4 bln	abortus	curretage									
1	II	9 bln	-	Spt B	bidan	BPS	HPP + Infus	♀	3400	hdp	6 thn	baik	ya
1	III	9 bln	-	Spt B	bidan	BPS	HPP + Infus + Transfusi	♂	4000	hdp	5 thn	baik	ya
1	I	9 bln	-	Spt B	bidan	BPS	HPP + rujuk	♀	4000	hdo	3 thn	baik	ya
II	V	hamil	Ini										

#### 5. Riwayat kehamilan sekarang

##### 1) Keluhan

Trimester I : Ibu mengeluh sering mengalami mual, namun tidak sampai muntah dan tidak berlangsung lama.

Trimester II : Ibu sering mengeluh mengalami mules pada perut, sudah diperiksakan ke puskesmas namun tidak terdapat tanda-tanda bahaya pada kehamilannya.

Trimester III : Ibu sering mengeluh nyeri pinggang, namun sudah mendapat penjelasan dari bidan bahwa hal tersebut adalah normal.

2) Pergerakan anak pertama kali dirasakan saat usia kehamilan  $\pm 5$  bulan.

3) Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir  $\pm 6-7$  kali.

4) Penyuluhan yang sudah didapat :

Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktivitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan dan KB.

5) Imunisasi yang sudah di dapat :

Ibu mengatakan mendapat imunisasi TT I dan II saat masih bayi (berdasar keterangan ibu kandungnya), TT III saat kelas 5 SD, TT IV saat akan menikah yang pertama (CPW), TT V saat hamil yang pertama.

## **6. Pola kesehatan fungsional**

- a. Pola nutrisi : Ibu mengatakan sebelum hamil makan dengan teratur 3 x sehari dengan menu seadanya. Saat hamil ibu makan dengan pola yang teratur, makan dengan nasi, sayur, terkadang dengan daging atau ayam, minum susu hamil.
- b. Pola eliminasi : ibu mengatakan sebelum hamil dan saat hamil dapat buang air kecil dan buang air besar dengan lancar tiap hari tanpa gangguan.
- c. Pola istirahat : Ibu mengatakan sebelum hamil dan saat hamil dapat beristirahat dengan teratur dan nyenyak dengan pola tidur siang  $\pm 2$  jam, untuk tidur malam  $\pm 7-8$  jam.
- d. Pola aktivitas : Ibu mengatakan saat sebelum hamil dan saat hamil melakukan pekerjaan rumah sendiri, tidak mengurus anak karena semua anaknya berada di desa.
- e. Pola seksual : Ibu mengatakan sebelum hamil ibu melakukan hubungan seksual dengan frekuensi  $\pm 2$  x dalam seminggu dan tidak ada

keluhan atau masalah. Saat hamil ibu hanya  $\pm 1$  x dalam seminggu karena sering merasa tidak ingin melakukan hubungan seksual.

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

Ibu mengatakan baik selama sebelum hamil dan saat hamil tidak merokok, tidak minum-minuman beralkohol, tidak mengkonsumsi obat-obatan selain dari dokter atau bidan, tidak mengkonsumsi jamu-jamuan, tidak memelihara binatang di rumah, ibu juga rajin memeriksakan kehamilannya ke puskesmas.

**7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita**

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, dan TORCH.

**8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga**

Ibu mengatakan di keluarga, ibu kandung memiliki penyakit DM dan hipertensi.

**9. Riwayat psiko-sosio-spiritual**

a. Riwayat emosional :

Trimester I : Ibu mengatakan merasa sedikit mudah tersinggung terhadap apapun.

Trimester II : Ibu merasa emosi sudah mulai terkendali.

Trimester III : Ibu merasa ingin segera melahirkan anaknya yang keempat ini.

b. Status perkawinan :

Ibu menikah dua kali. Dengan suami pertama ibu menikah ketika umur 20 tahun dan lama menikah selama 10 tahun, namun bercerai. Menikah kedua saat berusia 32 tahun dan lama menikah 1 tahun hingga sekarang.

c. Kehamilan ini tidak direncanakan.

d. Hubungan dengan keluarga akrab.

e. Hubungan dengan orang lain biasa.

f. Ibadah/spiritual cukup taat dan patuh.

g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :

Ibu mengatakan dirinya bahagia dan pasrah dengan kehamilan ini.

h. Dukungan keluarga : Ibu mengatakan keluarga selalu memberikan dukungan emosional, spiritual dan tenaga.

i. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

j. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin adalah puskesmas Jagir dan ditolong bidan.

k. Riwayat KB :

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan.

## **II. OBYEKTIF**

### **1. Pemeriksaan umum**

a. Keadaan umum : Ibu baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional kooperatif.

b. Tanda-tanda vital :1) Tekanan darah 120/80 mmHg diperiksa dengan berbaring.

2) Nadi 88 x/menit teratur.

3) Pernafasan 23 x/menit teratur dan dangkal.

4) Suhu 36,6° C diperiksa di aksila.

c. Antropometri

1) Berat badan sebelum hamil : ibu mengatakan 54 kg.

2) Berat badan periksa yang lalu : 65 kg.

3) Berat badan sekarang : 65 kg.

4) Kenaikan berat badan ibu 11 kg

5) Tinggi badan : 155,5 cm.

6) Lingkar lengan atas : 27 cm.

d. Taksiran persalinan : 28-2-2014.

e. Usia kehamilan : 41 minggu 2 hari

**2. Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)**

a. Wajah : Simetris, tidak odema, tidak pucat.

b. Rambut : Berwarna hitam, bersih, tidak rontok.

c. Mata : Simetris kanan kiri, sklera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, tidak ada gangguan penglihatan.

d. Mulut & gigi : Bersih, tidak ada sariawan, bibir tidak pucat & tidak kering, tidak ada caries gigi.

e. Telinga : Simetris kanan kiri, bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran.

f. Hidung : Simetris, bersih, tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.

g. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada.

- h. **Mamae** : Simetris kanan kiri, puting susu menonjol, tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan, kolostrum belum keluar, tidak ada benjolan/massa.
- i. **Abdomen** : Tidak ada bekas luka operasi.
- Leopold I : Pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting, dapat digoyangkan.
- Leopold II : Teraba keras, memanjang seperti papan pada perut ibu sebelah kiri.
- Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting, dapat digoyangkan.
- Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk PAP (Pintu Atas Panggul) yaitu konvergen.
- Tinggi fundus uteri Mc. Donald : 31 cm
- Taksiran berat janin : 2945 gr
- Denyut jantung janin : 138 x/menit
- j. **Genetalia** : Tidak diperiksa karena ibu tidak bersedia.
- k. **Ektremitas** : Simetris kanan kiri, tidak odema, tidak ada gangguan pergerakan.

**3. Pemeriksaan panggul** : Tidak dilakukan, jalan lahir normal.

#### **4. Pemeriksaan laboratorium**

Dari hasil dokumentasi buku KIA telah diperiksa darah dan urine pada tanggal 7-10-2013 dengan hasil sebagai berikut;

- a. Urine; PP test (+), albumin (-), reduksi (-), VCT (-)
- b. Darah; Hb 11,8 gr/dl, GD (0)

## 5. Pemeriksaan lain

- a. USG : tanggal 28-11-2013 tunggal hidup, letak kepala, BPD 25 minggu, FL 26 minggu, letak plasenta fundus, grade II, ketuban cukup, jenis kelamin laki-laki, EDC 06/III 14.
- b. NST : tidak dilakukan.

## III. ASSESSMENT

### 1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GV P30013 uk 41 minggu 2 hari aterm, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).
- b. Masalah : Cemas, karena menanti datangnya tanda persalinan.
- c. Kebutuhan : 1. HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda persalinan.  
2. HE (*Health Education*) tentang faktor resiko grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

### 2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial : -

### 3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan : -

## IV. PLANNING

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  15 menit, diharapkan masalah ibu dapat teratasi.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, ibu mengerti dan memahami penjelesan bidan, kecemasan ibu berkurang.



## 1. Intervensi

1. Jelaskan tentang hasil pemeriksaan pada ibu.

Rasionalisasi : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif (Sulistyowati, 2009).

2. Berikan HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

Rasionalisasi : Meningkatnya ketanggapan ibu untuk pergi ke fasilitas kesehatan terdekat.

3. Berikan HE (*Health Education*) tentang faktor resiko riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

Rasionalisasi : Apabila sebelumnya penderita sudah pernah mengalami perdarahan postpartum, persalinan harus berlangsung di rumah sakit.

4. Berikan HE (*Health Education*) tentang pemenuhan nutrisi.

Rasionalisasi : Asupan kalori yang baik sangat membantu pertumbuhan janin dan kesehatan ibu.

5. Berikan terapi Fe 1x1 dan multivitamin 1x1.

Rasionalisasi : Ibu hamil dengan usia kehamilan trimester III masih mendapat pengaruh dari hemodilusi yang terjadi pada trimester III sehingga perlu pemenuhan kebutuhan zat besi (Fe) dan vitamin.

6. Sepakati waktu kontrol ulang untuk ibu tanggal 20-3-2014 atau jika sewaktu-waktu ada keluhan.

Rasionalisasi : Sebagai deteksi dini adanya komplikasi atau penyulit.

7. Dokumentasikan pada buku KIA.

Rasionalisasi : Jika tidak dicatat, dianggap asuhan tersebut tidak pernah dilakukan  
(Marmi, 2012).

8. Rencanakan dengan ibu Kunjungan Rumah (KR) 3 hari lagi tanggal 14-03-2014.

Rasionalisasi : Memantau perkembangan ibu dan janin.

## **2. Implementasi**

**Senin, 10-03-2014 jam 09.25 WIB**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.

Respon : Ibu mengerti dan aktif bertanya.

2. Memberikan HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan kepada ibu.

Respon : Ibu dapat mengulangi penjelasan bidan.

3. Memberikan HE (*Health Education*) tentang faktor resiko riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

Respon : Ibu mengerti dan bertanya cara mengantisipasinya.

4. Memberikan HE (*Health Education*) tentang pemberian nutrisi.

Respon : Ibu memahami dan akan mengusahakan.

5. Memberikan terapi Fe dan multivitamin; Fe 1x1 sebagai penambah darah, B1 1x1 sebagai multivitamin.

Respon : Ibu mengerti dan bersedia mengambil obat di ruang obat PKM.

6. Menyesepakati waktu kontrol untuk ibu tanggal 20-03-2014 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Respon : Ibu bersedia dan mampu mengulangi tanggal kapan harus kembali kontrol.

7. Mendokumentasikan pada buku KIA dan status pasien.

Hasil : Tertulis dengan rapi dan diketahui oleh bidan PKM.

8. Menyesepakati dengan ibu untuk kunjungan rumah 3 hari kedepan tanggal 14-03-2014.

Respon : Ibu bersedia dengan senang hati jika akan dilakukan kunjungan rumah.

### **3. Evaluasi (SOAP)**

**Senin, 10-03-2014 jam 09.35 WIB**

**S** : Ibu mengatakan mengerti dan paham atas penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk dilakukan kunjungan rumah 3 hari lagi.

**O** : Ibu mampu mengulangi penjelasan bidan dan aktif bertanya jawab.

**A** : GV P30013 uk 41 minggu 2 hari, aterm, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

**P** :1. Anjurkan ibu untuk tetap beraktivitas, membatasi aktivitas yang berat.

2. Anjurkan ibu untuk tetap istirahat dengan teratur dan cukup.

3. Anjurkan ibu untuk tetap memantau gerak janin.

## 4.2 Persalinan

### Pengumpulan Data Dasar tanggal 11-3-2014 jam 01.20 WIB

#### I. SUBYEKTIF

1. Keluhan utama : Ibu mengatakan kenceng-kenceng dirasakan sejak tanggal 10-03-2014 jam 00.30 WIB, keluar air dan lendir bercampur darah dari kemaluannya bersamaan dengan rasa sakit pada perutnya.
2. Frekuensi pergerakan janin dalam 3 jam terakhir :  $\pm$  5-6 kali
3. Pola Kesehatan Fungsional (saat bersalin):
  - a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : Ibu mengatakan tidak minum jamu ataupun air rumput fatimah.
4. Riwayat emosional : Ibu mengatakan cemas dan takut akan terjadi perdarahan lagi nantinya.

#### II. OBYEKTIF

##### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum ibu baik.
- b. Tekanan darah 120/80 mmHg diperiksa dengan berbaring.
- c. Nadi 86 x/menit teratur.
- d. Pernapasan 20 x/menit teratur dangkal.
- e. Suhu 36,5° C di aksila.

##### 2. Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

- a. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi.  
Leopold I : Pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting, dapat digoyangkan.

Leopold II : Teraba keras, memanjang seperti papan pada perut ibu sebelah kiri.

Leopold III : Teraba bulat,keras, melenting, tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul) yaitu divergen.

TFU (Tinggi Fundus Uteri)	: 31 cm
TBJ (Taksiran Berat janin)	: 3100 gram
DJJ (Denyut Jantung Janin)	: 144 x/menit
His/kontraksi	: 3 x 35"

### 3. Pemeriksaan Dalam

Pada tanggal 11-03-2014 pukul 01.30 WIB, vulva kebersihan cukup, tidak ada varises, tidak ada condiloma akuminata, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini dan skene, tidak ada nyeri tekan, vagina terdapat lendir darah dan air seperti ketuban, tidak ada perdarahan aktif.

VT Ø 2 cm, eff 25%, ketuban (+) merembes, presentasi kepala, hodge I.

**4. Pemeriksaan Penunjang** : tes lakmus (+).

## III. ASSESSMENT

### 1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : GV P30013 uk 41 minggu 2 hari aterm, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala U, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik in partu kala I fase laten dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

b. Masalah : Cemas,karena takut jika terjadi perdarahan lagi.

c. Kebutuhan : Asuhan sayang ibu.

**2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial :**

- 1) HPP (Hemorrhagic Post Partum) ulang.
- 2) Syok.

**3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan :**

Kolaborasi dengan dokter SPOG.

**IV. PLANNING**

**KALA I**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  4 jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap dan terdapat tanda-tanda gejala kala II.

Kriteria hasil : 1. His/kontraksi tetap adekuat.  
 2. Terjadi pembukaan lengkap (10 cm).  
 3. Adanya doran, teknus, perjol, vulka.

**1. Intervensi**

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rasionalisasi : Menjelaskan kemajuan persalihan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan termasuk sebagai bagian dari persalihan bersih dan aman (Marmi 2012).

2. Kolaborasi dengan dokter SPOG.

Rasionalisasi : Terkait kondisi ibu dengan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*), berpotensi untuk HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) ulang.

3. Lakukan informed consent dengan ibu dan keluarga.

Rasionalisasi : Sebagai bukti tanggung gugat yang sah akan hukum.

4. Berikan asuhan sayang ibu.

Rasionalisasi : Asuhan sayang ibu membantu ibu dan keluarganya untuk merasa aman dan nyaman selama proses persalinan (Marmi, 2012).

5. Lakukan persiapan persalinan; alat, perlengkapan, ruangan, dan lingkungan.

Rasionalisasi : Dimanapun tempat ibu akan melahirkan pastikan upaya pencegahan infeksi dilaksanakan sesuai dengan standart yang ditetapkan dan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai (Marmi, 2012).

6. Lakukan observasi k/u ibu dan janin, yaitu *Cortonant*, His, Penurunan, Bendel (CHPB) ; DJJ (Denyut Jantung Janin), tekanan darah, nadi, suhu.

Rasionalisasi : Waspada terhadap masalah atau penyulit yang mungkin timbul, menunda memberikan asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan BBL (Marmi, 2012).

7. Dokumentasikan pada lembar observasi.

Rasionalisasi : Jika tidak dicatat, dianggap asuhan tersebut tidak pernah dilakukan (Marmi, 2012).

## **2. Implementasi**

**Selasa, 11-03-2014 jam 01.35 WIB**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Respon : Ibu dan keluarga mengerti dan aktif bertanya.

2. Melakukan kolaborasi dengan dr. SPOG.

Hasil : Dokter memberi advis;

1) Observasi kemajuan persalinan selama 6 jam.

2) Pasang infus RL 8 tetes/menit.

3. Melakukan informed consent dengan ibu dan keluarga.

Respon : Ibu dan keluarga setuju bahwa ibu dirawat di PKM, setuju untuk dipasang infus, dan setuju untuk dirujuk ke RS apabila sewaktu-waktu terdapat keadaan gawat darurat.

4. Memasang infus RL 8 tetes/menit sesuai advis dokter.

Hasil : Infus terpasang di tangan kiri ibu dengan menetes lancar.

5. Memberikan asuhan sayang ibu.

Respon : Ibu merasa lebih tenang, dalam posisi berbaring miring kiri, asupan nutrisi dan cairan terpenuhi, dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam.

6. Melakukan persiapan persalinan.

Hasil : Perlengkapan ibu dan bayi, alat dan lingkungan telah disiapkan.

7. Melakukan observasi k/u ibu dan janin yaitu *Cortonaut*, His, Penurunan, Bendel (CHPB); DJJ (Denyut Jantung Janin), tekanan darah, nadi, suhu.

Hasil : Terlaksana dan diketahui oleh bidan puskesmas.

8. Mendokumentasikan semua tindakan dan hasil tindakan pada lembar observasi.

Hasil : Diketahui dan terdokumentasikan dengan rapi pada lembar observasi.



**Tabel 4.2 Lembar Observasi**

No.	Waktu	TTV	His	DJJ	Keterangan
1.	Selasa, 11-03-2014 02.30 WIB	N:83x/menit	3 x 40''	136x/menit	
2.	03.30 WIB	N: 84 x/menit	3 x 45''	132x/menit	
3.	04.30 WIB	N: 82x/menit	3 x 50''	140x/menit	
4.	05.00 WIB	N: 85x/menit	3 x 50''	132x/menit	Ibumengatakan ketuban terasa pecah vt Ø 10 cm, eff 100%, ketuban (-) spontan jernih, kepala Hodge IV, tidak ada molase.

**3. Evaluasi (SOAP)****Selasa, 11-03-2014 jam 05.00 WIB**

**S** : Ibu mengatakan ketuban terasa pecah dan ingin meneran.

**O** : Ketuban pecah spontan berwarna jernih, his 3 x 50'', DJJ (Denyut Jantung Janin) 132 x/menit, vt Ø 10cm, eff 100%, ketuban (-) jernih, kepala Hodge IV, tidak ada molase.

**A** : G V P30013 fase aktif kala II dengan grande multi dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

**P** : Lakukan asuhan persalinan normal langkah 1 sampai 27.

**KALA II**

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 1 jam, diharapkan bayi lahir spontan.

**Kriteria hasil** : His/kontraksi tetap adekuat, ibu meneran dengan benar dan adekuat, bayi lahir spontan, gerak tangis kuat, tidak ada bayi kedua.

## 1. Implementasi

(1) Melakukan asuhan persalinan normal langkah 1 sampai 28 :

1. Melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala II ibu merasakan dorongan kuat dan meneran. Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. Perineum tampak menonjol. Vulva dan sfingter ani membuka.
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinanmenolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Siapkan 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Memakai celemek plasrik.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Memakai sarung tangan DTT utnuk melakukan pemeriksaan dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, seka hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).

8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
11. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran: membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan memperbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, brjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, ketika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

17. Membuka tutup partus set dan perhatikan 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 dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Saat kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut menggerakkan ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong dan kaki. Memegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

25. Melakukan penilaian segera pada BBL.

Hasil : Air ketuban jernih, bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerak bayi aktif dan kuat, A-S:7-8.

26. Mengeringkan dan memposisikan tubuh bayi di atas perut ibu. Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya. Mengganti handuk basah dengan handuk kering. Memastikan bayi di atas perut ibu.

27. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus.

(2) Melakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberikan tetes mata (tetracyclin 1%), dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri.

Hasil : Telah dilakukan oleh asisten.

## **2. Evaluasi (SOAP)**

**Selasa, 11-03-2014 jam 05.45 WIB**

**S** : Ibu menanyakan jenis kelamin bayinya.

**O** : Tanggal 11-03-2014 jam 05.45 WIB, bayi lahir spontan B, dengan ketuban jernih, gerak tangis kuat, bernapas spontan, warna kulit kemerahan, A-S:7-8, jenis kelamin laki-laki, BB: 3350 gr, PB: 48 cm, disuntik vit.K, diolesi salep mata tetracyclin.

**A** : Kala III.

**P** : Lanjutkan asuhan persalinan normal langkah 28 sampai 40.

### **KALA III**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15-30 menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan dan lengkap.

Kriteria hasil : Tinggi fundus uteri setinggi pusat, tali pusat memanjang, adanya semburan darah, plasenta lahir spontan dan lengkap, kontraksi uterus baik, darah yang keluar < 500 ml.

### **1. Implementasi**

(2) Melakukan asuhan persalinan normal langkah 28 sampai 40 :

28. Memberitahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin.
29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan menggunakan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian melakukan penggungtingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara dua klem. Mengikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan benang dengan simpul kunci. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
32. Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi.  
Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada.

Hasil : Tidak dilakukan karenaantisipasi terjadinya perdarahan ulang pada ibu.

33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Hasil : Tidak dilakukan karena antisipasi terjadinya perdarahan ulang pada ibu.

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

35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.

36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Plasenta tidak lahir 30-40 detik. Menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial). Tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan.

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi.

Hasil : Fundus teraba lembek, kontraksi uterus tidak baik, terjadi perdarahan aktif  $\pm 1000$  ml.

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kendil.

Hasil : Plasenta bagian maternal, fetal, dan selaput ketuban utuh dan lengkap.

(2) Mencari sumber perdarahan, membersihkan serviks dari bekuan darah, mengecek laserasi.

Hasil : Sumber perdarahan dari cavum uteri, tidak ada selaput ketuban yang tertinggal.

(3) Melakukan KBI selama  $\pm 5$  menit, drip infus RL dengan 2 ampul pitogin, injeksi methergin 1 ampul secara IM, masukkan misoprostol 4 tablet/rectal.

Hasil : Jam 06.15 WIB, uterus berkontraksi baik, perdarahan aktif berhenti.

(4) Memantau tanda-tanda vital ibu. (*dilakukan oleh asisten*).

Hasil : Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 37,2° C.

## **2. Evaluasi (SOAP)**

### **1. Selasa, 11-03-2014 jam 06.00 WIB**

**S** : Ibu mengatakan perut terasa agak mules.



- O** : Tidak ada bayi kedua, tinggi fundus uteri setinggi pusat, plasenta lahir lengkap dan utuh jam 06.00 WIB, kontraksi uterus tidak baik, fundus teraba lembek, darah aktif yang keluar  $\pm$  1000 ml.
- A** : P50014 kala III dengan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.
- P** : 1) Lakukan KBI (Kompresi Bimanual).  
 2) Drip infus RL dengan 2 ampul pitogin.  
 3) Injeksi metergin 1 ampul secara IM.  
 4) Masukkan misoprostol 4 tablet/rectal.  
 5) Pantau tanda-tanda vital dan perbaiki perdarahan.

## **2. Selasa, 11-03-2014 jam 06.15 WIB**

- S** : Ibu mengatakan perut terasa lebih mules dari yang tadi.
- O** : Telah dilakukan KBI, drip infus dengan 1 ampul pitogin, injeksi 1 ampul metergin secara IM, dan berhasil. Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 37,2° C, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar  $\pm$  50 cc.
- A** : P50014 kala IV dengan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.
- P** : 1) Lanjutkan penatalaksanaan kala IV.  
 2) Pantau keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, perbaiki perdarahan.

### **KALA IV**

- Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  2 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda bahaya nifas yang muncul pada ibu.

- Kriteria hasil : 1) Keadaan umum ibu baik.
- 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
  - 3) Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat.
  - 4) Kontraksi uterus baik dan keras.
  - 5) Kandung kemih kosong.
  - 6) Tidak ada perdarahan aktif.

### **1. Implementasi**

**Selasa, 11-03-2014 jam 06.15 WIB**

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan luka jalan lahir.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Hasil : Tidak dilakukan karena ibu mengalami perdarahan.

44. Melakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberikan tetes mata (tetrasiklin 1%), dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri.

Hasil : Sudah dilakukan oleh asisten saat kala II segera setelah bayi dipotong tali pusatnya.

45. Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B kepada bayi (setelah satu jam pemberian vit K) secara IM di paha.

Hasil : Dilakukan saat ibu dan bayi akan dipindah ke ruang perawatan nifas (2 jam post partum).

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.  
Hasil : Jumlah darah yang keluar  $\pm 1050$  ml.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur ibu setiap satu jam sekali pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
53. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Memembersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang diinginkan ibu.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Mencilupkan sarung tanagn kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk kering dan bersih.
58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan lakukan asuhan kala IV.

## 2. Evaluasi (SOAP)

**Selasa, 11-03-2014 jam 07.00 WIB**

- S** : Ibu mengatakan perut masih terasa mules.
- O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 22 x/menit, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar  $\pm$ 50 cc, laserasi derajat II dilakukan penjahitan, cairan infus ke-I habis.
- A** : P50014 kala IV dengan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.
- P** : 1) Ganti cairan infus dengan RL kolf ke II drip 1 ampul pitogin 12 tetes/menit.
- 2) Lanjutkan pemantauan 2 jam PP pada lembar partograf.
- 3) Cek Hb ibu.
- 4) Ajarkan ibu mobilisasi dini.
- 5) Berikan pemenuhan nutrisi dan cairan.
- 6) Pindahkan ke ruang perawatan nifas.

## 3. Evaluasi (SOAP)

**Selasa, 11-03-2014 jam 08.00 WIB**

- S** : Ibu mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri, duduk, dan ingin segera dipindah ke ruang perawatan nifas.
- O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar  $\pm$  50 cc, Hb

12,2 gr/dl, terpasang infus RL kolf ke-II drip 1 ampul pitogin 12 tetes/menit. Bayi disuntik imunisasi hepatitis B.

**A** : P50014 2 jam pertama post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.

**P** : 1) Cek kembali darah yang keluar.  
 2) Pindahkan ibu ke ruang perawatan nifas.  
 3) Berikan terapi ; vit A 2kapsul 1x1, Fe 1x1, antalgin 3x1, Bc & kalk 3x1.  
 4) Berikan HE (*Health Education*) tentang : Pola nutrisi, pola aktivitas & istirahat, personal hygiene, tanda bahaya nifas, dan pemberian ASI eksklusif.

#### **4.3 Nifas**

**Pengumpulan Data Dasar tanggal 11-03-2014 jam 12.00 WIB**

##### **I. Subyektif**

###### **1. Keluhan utama**

Ibu mengatakan mengapa perutnya masih terasa mules, tetapi ibu tidak ingin BAB.

##### **II. Obyektif**

###### **1. Riwayat persalinan**

###### **a. Ibu :**

Kala I : Berlangsung selama 4 jam 30 menit.

Kala II : Selama 45 menit, dipimpin meneran 45 menit.

Komplikasi : Tidak ada komplikasi pada kala I dan kala II.

Air ketuban : Pecah spontan pada pukul 05.00 WIB dengan warna jernih.

Kala III : Berlangsung selama 15 menit.

Komplikasi : Perdarahan setelah plasenta lahir karena atonia uteri.

**b. Plasenta :**

Maternal dan fetal : lengkap.

Panjang tali pusat :  $\pm 50$  cm, insersi centralis.

Perdarahan : Kala I dan kala II : tidak ada.

Kala III dan kala IV :  $\pm 1100$  cc.

**c. Bayi :** Bayi lahir spontan B pada hari selasa tanggal 11-03-2014 jam 05.45 WIB, dengan berat badan 3350 gr, panjang badan 48 cm, AS 7-8, masa gestasi 41 minggu 2 hari.

**2. Pemeriksaan umum**

a. Tekanan darah : 100/60 mmHg diperiksa dengan berbaring.

b. Nadi : 80 x/menit teratur.

c. Pernapasan : 21 x/menit teratur dangkal.

d. Suhu :  $36,5^{\circ}$  C diperiksa di aksila.

**3. Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)**

a. Mamae : ASI telah keluar dengan lancar.

b. Abdomen : Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras.

c. Genetalia : Terdapat luka jahitan perineum baik dan bersih, tidak ada perdarahan aktif, lochea rubra.

### III. ASSESMENT

#### 1. Interpretasi Data Dasar

**a. Diagnosa** : P50014 6 jam pertama post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.

**b. Masalah** : Perut terasa mules.

**c. Kebutuhan** : 1) Teknik relaksasi napas dalam.

2) HE (*Health Education*) tentang mules/nyeri perut.

3) HE (*Health Education*) tentang mobilisasi dini.

**2. Antisipasi terhadap diagnosa potensial/masalah potensial** : -

**3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan** : -

### IV. PLANNING

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  30 menit diharapkan masalah ibu dapat teratasi.

**Kriteria hasil** : 1) Keadaan umum ibu baik.

2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.

3) Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras.

4) Luka jahitan baik.

5) Tidak ada perdarahan aktif, lochea rubra.

6) Ibu paham bahwa mules perut adalah hal yang normal terjadi pada ibu nifas.

#### 1. Intervensi

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

**Rasionalisasi** : Pengetahuan meningkatkan kemandirian dalam merawat tubuh.

2. Ajarkan ibu teknik relaksasi napas dalam saat terasa mules.

Rasionalisasi : Relaksasi napas dalam efektif mengurangi rasa nyeri.

3. Berikan HE (*Health Education*) tentang mules/nyeri perut.

Rasionalisasi : Rasa sakit akibat kontraksi rahim biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan dan kondisi ini normal.

4. Berikan HE (*Health Education*) tentang mobilisasi dini.

Rasionalisasi : Mobilisasi dini terbukti bermanfaat untuk mempercepat pemulihan kekuatan ibu.

5. Ajarkan ibu untuk menyusui dengan cara yang baik dan benar.

Rasionalisasi : Rangsangan puting yang dihisap bayi sangat membantu proses involusi uterus.

6. Anjurkan ibu untuk tetap disiplin dalam minum obat yang diberikan.

Rasionalisasi : Selain dari nutrisi dan proses alamiah, obat-obatan sangat membantu proses penyembuhan pada masa nifas.

7. Dokumentasikan tindakan dan hasil tindakan dengan rapi dan benar.

Rasionalisasi : Sebagai bukti tanggung gugat profesi.

## **2. Implementasi**

**Selasa, 11-03-2014 jam 12.05 WIB**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Respon : Ibu dan keluarga mengerti penjelasan bidan.

2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi napas dalam.

Respon : Ibu dapat melakukan dengan sendiri.

3. Memberikan HE tentang mules/nyeri perut.

Respon : Ibu mengerti dan tidak khawatir lagi.



4. Memberikan HE dan mengajarkan ibu tentang mobilisasi dini.

Respon : Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan mobilisasi dini.

5. Mengajarkan ibu untuk menyusui dengan benar

Respon : Ibu bersedia dibantu dan kooperatif, terbukti ibu dan bayi dalam posisi nyaman, bayi dapat menyusu dengan baik, terdokumentasi.

6. Mengajarkan ibu untuk tetap disiplin minum obat yang diberikan ; vit A 2 kapsul 1x1, Fe 1x1, antalgin 3x1, Bc&kalk 3x1.

Respon : Ibu mengerti dan menunjukkan obat sudah diminum.

7. Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan.

Hasil : Terdokumentasikan dengan rapi dan diketahui oleh bidan PKM.

### **3. Evaluasi (SOAP)**

**Selasa, 11-03-2014 jam 12.30 WIB**

**S** : Ibu mengatakan mules sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Menyusui bayi juga lebih nyaman dengan posisi yang benar.

**O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,5° C. Ibu memahami dan aktif bertanya dengan penjelasan yang diberikan, ibu juga mampu mempraktikkan teknik-teknik yang diajarkan. Cairan infus RL kolf ke-II dengan drip pitogin 1 ampul telah habis.

**A** : P50014 6 jam pertama post HPP (*Hemorrhagic Post partum*) karena atonia uteri.

**P** : 1) Ganti cairan infus dengan RL kolf ke-III tanpa drip pitogin 20 tetes/menit.

2) Anjurkan ibu tetap menjaga pola nutrisi.

3) Anjurkan ibu untuk tetap menyusui bayi sesering mungkin.

#### 4.4 Catatan Perkembangan

##### 1) Selasa, 11-03-2014 jam 20.00 WIB (Laporan shift sore)

**S** : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu merasa keadaannya baik. Infus habis, ingin dilepas saja jika sudah diizinkan.

**O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,8° C, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, tidak ada perdarahan aktif, luka jahitan baik, lochea rubra, buang air kecil (+), buang air besar (-). Cairan infus RL kolf ke-III tanpa drip pitogin telah habis.

**A** : P50014 hari ke-1 post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.

**P** : 1) Lepaskan infus.  
2) Lanjutkan pemantauan berkala.  
3) Rencana pasien pulang tanggal 12-03-2014.

##### 2) Rabu, 12-03-2014 jam 07.00 WIB (Laporan shift malam)

**S** : Ibu mengatakan sudah siap mengurus administrasi dan segera pulang dari puskesmas jika diizinkan.

**O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,6° C, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, tidak ada perdarahan aktif, luka jahitan baik, lochea rubra, BAK (+), BAB (+).

**A** : P50014 hari ke-2 post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.

- P** : 1) Bantu ibu mengurus persiapan pulang ; administrasi, bayi.
- 2) Berikan HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda bahaya nifas dan tanda bahaya pada bayi.
- 3) Sepakati tanggal kontrol ulang 3 hari lagi 15-03-2014 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

### **3) Kunjungan Rumah I**

**Senin, 17-03-2014 jam 06.00 WIB (dilakukan di Puskesmas)**

**S** : Ibu mengatakan datang ke puskesmas untuk memeriksakan keadaannya, tadi pagi ketika akan mandi keluar darah yang cukup banyak, kira-kira satu kotak ubin. Ibu mengatakan tahu nanti akan dilakukan kunjungan rumah namun karena tidak ingin merepotkan maka ibu datang saja ke puskesmas. Ibu mengatakan bayi diadopsi dan dirawat oleh kakak dari suaminya yang tidak memiliki anak sejak pulang dari puskesmas, yang berdomisili di Sidoarjo.

**O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,6° C, tinggi fundus uteri 1 jari atas symphysis, kontraksi uterus baik dan keras, tidak ada perdarahan aktif, lochea sanguilenta, luka jahitan baik dan mulai mengering.

**A** : P50014 hari ke-6 post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri.

**P** : 1) Lakukan pemeriksaan Hb ibu.

Hasil : Hb 11,3 gr%/dl.

2) Berikan HE (*Health Education*) tentang lochea nifas.

3) Berikan HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda bahaya nifas.

- 4) Berikan HE (*Health Education*) tentang pola nutrisi.
- 5) Berikan HE (*Health Education*) tentang pola aktivitas dan istirahat.
- 6) Berikan HE (*Health Education*) tentang personal hygiene.

#### **4) Kunjungan Rumah II**

**Rabu, 26-03-2014 jam 11.00 WIB**

- S** : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, ibu merasa keadaan ibu baik-baik saja. ASI juga sudah tidak keluar karena memang tidak disusukan pada bayi.
- O** : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 37° C, tinggi fundus uteri tidak teraba, tidak ada perdarahan aktif, lochea alba, luka jahitan baik dan kering.
- A** : P50014 hari ke-15 post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri
- P** :1) Diskusikan tentang metode KB dan rencana KB ibu.
- 2) Berikan HE (*Health Education*) tentang pola nutrisi.
  - 3) Berikan HE (*Health Education*) tentang pola aktivitas dan istirahat.
  - 4) Berikan HE (*Health Education*) tentang personal hygiene.
  - 5) Berikan HE (*Health Education*) tentang tanda-tanda bahaya nifas.