

## **BAB 4**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **4.1 Kehamilan**

##### **4.1.1 Pengumpulan Data Dasar**

###### **A. Subyektif**

###### **1) Identitas**

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 12 Maret 2014, pukul 07.05 WIB oleh Zahrotun Nisa', dan didapatkan hasil nama ibu Ny. I, usia 32 tahun, suku Jawa bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai SPG, nama suami Tn. D, usia 30 tahun, suku Jawa bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir perguruan tinggi, pekerjaan pegawai kantor, alamat Surabaya.

###### **2) Keluhan utama**

Ibu datang dengan keluhan perutnya kenceng-kenceng teratur dan sangat sering sejak tanggal 11 maret 2014 jam 04.00.

###### **3) Riwayat kebidanan**

Kunjungan ulang ke 10, Ibu mulai menstruasi sejak umur 12 tahun, siklus menstruasi teratur setiap bulan, banyaknya 2-3 pembalut perhari, lamanya 7 hari, sifat darah cair, warna merah tua, bau anyir. Menstruasi terakhir tanggal 24 juni 2013.

**4) Riwayat obstetri yang lalu**

Pada saat ini ibu hamil yang pertama belum pernah keguguran.

**5) Riwayat kehamilan sekarang**

- a. Keluhan yang dirasakan ibu pada trimester 1 yaitu mual dan muntah di pagi hari, mual dan muntah tersebut tidak sampai mengganggu aktifitas ibu sehari – hari dibuktikan dengan ibu tetap menjalankan aktifitasnya seperti biasanya. Keluhan yang dirasakan ibu pada trimester ke 2 yaitu Pada pertengahan kehamilan ibu tidak merasakan ada keluhan. Ibu senang dengan kehamilannya dan ibu melakukan aktifitas seperti biasanya. Keluhan yang di rasakan pada trimester 3 yaitu ibu merasakan kakinya bengkak.
- b. Pergerakan anak pertama kali pada usia 5 bulan serta pergerakannya aktif.
- c. Ibu telah mendapatkan penyuluhan nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara, seksualitas, persiapan persalinan.
- d. Imunisasi yang sudah di dapat : TT4.

**6) Pola kesehatan fungsional**

- a. Pola Nutrisi : Ibu mengatakan sebelum hamil ibu makan 3 kali perhari dengan menu sayur, nasi, ikan, buah dan minum 5-6 gelas perhari. Dan pada saat selama hamil ibu makan 4-5 kali perhari dengan menu ikan, nasi, sayur, buah dan minum 7-8 kali perhari.

- b. Pola Eliminasi : Ibu mengatakan sebelum hamil BAB lancar 1 kali perhari dan BAK 2-3 kali perhari. Dan pada saat selama hamil BAB 1 kali perhari dan BAK 4-5 kali perhari.
- c. Pola istirahat : Ibu mengatakan sebelum hamil tidurnya cukup dan pada saat selama hamil tidurnya berkurang karena ibu merasakan sakit.
- d. Pola Aktivitas : ibu mengatakan sebelum hamil ibu melakukan pekerjaan rumah dan bekerja sebagai SPG dan pada saat selama hamil ibu tetap melakukan pekerjaan rumah dan bekerja.
- e. Pola seksual : Ibu mengatakan sebelum hamil ibu melakukan hubungan seksual dan pada saat selama hamil ibu tidak melakukan hubungan seksual dikarenakan ketakutan.
- f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : Ibu mengatakan pada saat sebelum hamil dan saat hamil ibu tidak merokok, tidak minum alcohol, narkoba, obat-obatan, jamu dan tidak memelihara binatang

**7) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita**

Ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, Diabetes melitus, hipertensi dan TORCH.

**8) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga**

Ibu mengatakan Keluarga tidak mempunyai penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, Diabetes melitus, hipertensi , gemelli dan TORCH.

### 9) Riwayat psiko-sosio-spiritual

- a. Riwayat emosional ibu mengatakan senang dengan kehamilannya karena yang ditunggu-tunggu, dan ibu sangat menikmati kehamilannya dan sedikit cemas menghadapi persalinan.
- b. Status perkawinan Ibu mengatakan nikah 1 kali umur 27 tahun, lamanya 5 tahun.
- c. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : Ibu dan keluarganya senang terhadap kehamilan ini
- d. Dukungan keluarga sangat mendukung dengan kehamilannya saat ini dibuktikan dengan ibu selalu diantarkan periksa ke puskesmas.
- e. Pengambil keputusan dalam keluarga suami
- f. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin ibu mengatakan ingin melahirkan ditolong oleh Bidan di puskesmas jagir surabaya
- g. Riwayat KB ibu tidak menggunakan KB apa-apa.

## B. OBYEKTIF

### 1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum ibu baik, compos mentis, dan kooperatif. Tanda-tanda vital : TD 110/80 mmHg, Nadi 82x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu 36,9<sup>0</sup>C, BB sebelum hamil 60 kg, BB periksa yang lalu 71,5 kg, BB sekarang 71 kg, TB 165 cm, Lila 29 cm.
- b. Taksiran pesalinan 31-03-2014, Usia Kehamilan 37 minggu 2 hari.

## 2) Pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a. Abdomen :Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan terdapat striae gravidarum, terdapat linea nigra, terdapat hiperpigmentasi, tidak terdapat luka bekas operasi.

Leopold I : TFU 3 jari dibawah proesus xiphoideus, bagian fundus uteri teraba bulat, tidak melenting dan lunak.

Leopold II : pada bagian kiri perut ibu teraba keras, panjang seperti papan.

Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bundar, keras, melenting, presentasi kepala.

Leopold IV : didapatkan bagian terendah janin tidak bisa digoyangkan (divergen)

TFU Mc. Donald : 27 cm

TBJ/EFW : 2480 gram

DJJ : 11-12-11

b. Genetalia : vulva bersih, tidak ada varises, tidak ada infeksi menular seksual seperti condiloma akumunata, gonorrhoe, tidak odem, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini dan skene, tidak terdapat hemoroid pada anus

c. Ekstremitas : tangan : tidak odem, reflek baik dan kaki : kanan dan kiri odem, reflek baik.

## 3) Pemeriksaan Laboratorium

Urine : albumin negative, reduksi negative (tanggal 12/3/14)

4) **Pemeriksaan Lain** : USG : tunggal/ hidup/ kepala/ letak plasenta di fundus/ jenis kelamin laki-laki/ 2495 gram (26/2/14)

#### 4.1.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GIP<sub>00000</sub>, UK 37 minggu 2 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : bengkak pada kaki

Kebutuhan: menjelaskan tentang penyebab oedema kaki dan cara mengatasinya

4.1.3 **Antisipasi terhadap diagnose/masalah potensial** : Tidak ada

4.1.4 **Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan** :

Tidak ada

#### 4.1.5 Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama  $\pm$  30 menit, diharapkan ibu mengetahui kondisi kehamilannya, baik pada kondisi dirinya atau pada janinnya.

Kriteria Hasi : Ibu merasa lebih nyaman, ibu merasa lebih tenang, ibu memahami kondisinya saat ini

#### **Intervensi**

a. Lakukan pendekatan pada pasien secara therapeutik

Rasional : kemampuan membina rasa percaya antara petugas kesehatan dan pasien.

- b. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasional : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

- c. Beritahu ibu tentang penyebab odem kaki dan cara mengatasinya

Rasional : Hal ini disebabkan oleh akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah dan Berbaring pada sisi kiri saat beristirahat atau saat malam untuk mengurangi tekanan pada pembuluh darah besar.

- d. Beritahu tentang tanda-tanda persalinan

Rasional : Membantu ibu mengenali terjadinya persalinan sehingga membantu dalam proses penanganan yang tepat waktu.

- e. Anjurkan control sewaktu-waktu jika ada keluhan

Rasional : kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 1 minggu sekali.

#### **4.1.6 Melaksanakan perencanaan**

##### **Implementasi**

Hari/Tanggal: rabu , 12-03-2014      Jam : 07.05 WIB

- a. Melakukan pendekatan pada pasien secara therapeutic
- b. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- c. Memberitahu ibu tentang penyebab odem kaki dan cara mengatasinya  
(odem kaki disebabkan karena aktifitas yang lama seperti duduk terlalu

lama dan berdiri terlalu lama, bisa juga karena tekanan dari rahim yang membesar pada vena-vena panggul dan cara mengatasinya dengan Tidur dengan kaki lebih tinggi, Berbaring pada sisi kiri saat beristirahat atau saat malam untuk mengurangi tekanan pada pembuluh darah besar, Hindari mengenakan pakaian atau asesoris yang ketat, misalnya arloji, cincin, atau kaos kaki yang terlalu ketat, jika duduk kakinya jangan menggantung dan jangan duduk dan berdiri terlalu lama)

- d. Memberitahu tentang tanda-tanda persalinan (keluar lendir bercampur darah dari kemaluan, keluar air ketuban dari kemaluan, kencing-kencingnya sering)
- e. Mengajukan control sewaktu-waktu jika ada keluhan

#### **4.1.7 Evaluasi**

Hari/Tanggal: Rabu, 12-03-2014      Jam : 07.30 WIB

**S** : Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang telah diberikan

**O** : Ibu dapat mengulang kembali beberapa penjelasan yang telah diberikan

**A** : GIP<sub>00000</sub>, primi, tunggal, hidup, UK 37 minggu 2 hari, letak kepala ,  
intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik.

**P** : menyepakati tanggal control ulang

#### **4.1.8 Catatan Perkembangan (Kunjungan rumah)**

Hari/Tanggal : Rabu, 12/3/2014      Jam : 16.00 WIB

**S** : Ibu mengatakan kondisinya masih kencing-kencing

**O** : Dari hasil pemeriksaan obyektif di dapatkan hasil sebagai berikut,  
keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, dengan hasil

tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x / menit teratur, suhu 36,6 °C diukur pada aksila, RR 20 x / menit teratur, His 2x10'x10", kaki kanan dan kiri masih bengkok

**A** : GIP<sub>00000</sub>, UK 37 minggu 2 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik.

**P** : **a.** Menganjurkan pada ibu tetap menjaga pola nutrisi, pola istirahat dan memperhatikan tanda persalinan, ibu mengerti

b. Memastikan bahwa ibu sudah mempersiapkan pakaian dan kebutuhan dalam persalinan, ibu sudah mempersiapkan kebutuhan yang akan di bawah saat proses persalinan akan di mulai dan di letakkan pada sebuah tas yang kapan saja bisa langsung di bawa saat persalinan tersebut akan di mulai.

c. Menganjurkan pada ibu untuk datang ke puskesmas jagir surabaya jika ada keluhan sewaktu – waktu

d. mengingatkan untuk USG

#### **4.1.9 Catatan Perkembangan (di puskesmas jagir surabaya)**

Pada hari kamis 13/3/14 jam 07.45

**S** : Ibu mengatakan kencing-kencing dan keluar lendir bercampur darah

**O** : K/U ibu baik, kesadaran : Compos Mentis, Tekanan Darah: 110/70 mmHg, S: 36,8°C, RR : 23 x/menit, N : 80 x/menit, His 2x10'x35", Djj 11-11-12 ,VT : Ø 1cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala , H I. Hasil USG tunggal/ hidup/ kepala/ letak plasenta di fundus/ jenis kelamin laki-laki/ 2900 gram, kaki kanan dan kiri masih bengkok

**A :** GIP<sub>00000</sub>, UK 37 minggu 3 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik. Kala 1 fase laten

**P :** Melakukan observasi TTV/ His / DJJ tiap 1 jam

Mengantarkan pasien untuk USG

Memberikan penjelasan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini dan menganjurkan untuk istirahat di rumah

#### **4.1.10 Catatan Perkembangan (di puskesmas jagir surabaya)**

Pada hari sabtu 15/3/14 jam 10.35

**S :** Ibu mengatakan kenceng-kenceng

**O :** K/U ibu baik, kesadaran : CM, TD: 110/60 mmHg, S: 36,8°C His 2x10'x35", N : 80 x/menit, RR : 23 x/menit, Djj 11-11-12 ,VT : Ø 1cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala , H I, lakmus (-), kaki kanan dan kiri bengkoknya berkurang

**A :** GIP<sub>00000</sub>, UK 37 minggu 5 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik. Kala 1 fase laten

**P :** Melakukan observasi TTV/ His/ DJJ tiap 1 jam

Evaluasi 6 jam jika tidak ada perkembangan pasien dianjurkan pulang

Memberikan penjelasan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini dan menganjurkan untuk istirahat di rumah

## 4.2 PERSALINAN

### 4.2.1 Pengumpulan data dasar

#### Subyektif

Ibu mengatakan kencing-kencing Pada tanggal 15 Maret 2104, pukul 21.00 WIB, ibu datang ke puskesmas jagir Surabaya dengan keluhan kencing-kencing teratur dan sangat sering dan mengatakan keluar air banyak berwarna putih jernih sejak jam 20.00 WIB.

#### Obyektif

Pada pemeriksaan umum di dapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis dan keadaan emosional kooperatif. Dengan tekanan darah 120/80 mmhg dengan posisi berbaring, nadi 80 kali / menit teratur, pernafasan 20 x / menit teratur dan suhu 36,9 °C diukur pada rectal, Usia Kehamilan 37 minggu.

#### 1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dalam : tidak odem, tidak terdapat air ketuban, tidak ada tonjolan spina, VT pembukaan 2 cm, eff 25 %, ketuban negatif, lakmus positif, presentasi kepala, H 1.

### 4.2.2 Interpretasi data dasar

Diagnosa :GIP<sub>0000</sub>, UK 37 minggu 5 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik. Kala 1 fase laten.

Masalah : ibu cemas akan menghadapi operasi

Kebutuhan : dukungan emosional yang diberikan suami dan keluarga

### 4.2.3 Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial : tidak ada.

**4.2.4 Mengidentifikasi Kebutuhan Segera :** Kolaborasi dengan dokter SpOG dalam pemberian terapi dan tindakan selanjutnya/ rujukan.

**4.2.5 Merencanakan asuhan yang menyeluruh :**

Kala I

Tujuan : setelah diberikan asuhan kebidanan selama kurang lebih 8 jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap dan diharapkan dalam proses persalinan berjalan normal sesuai patograf dan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria hasil : ada tanda gejala kala II, tidak terjadi peningkatan suhu rektal  $>37,6^{\circ}\text{C}$ , KU ibu dan janin baik.

**Intervensi**

- a. Lakukan observasi TTV/ His / DJJ / VT.

Rasional : memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan. DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

- b. Laporkan hasil pemeriksaan kepada dr.SpOG

Rasional : dokter lebih berwenang dalam pemberian terapi

- c. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini.

Rasional : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

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

Rasional : adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

- e. Lakukan persiapan rujukan.

Rasional : apabila terdapat penyulit dalam melakukan Asuhan, langsung dapat merujuk ke fasilitas yang sesuai tanpa adanya suatu keterlambatan.

#### **4.2.6 Melaksanakan perencanaan**

##### **Implementasi**

Hari/tanggal : sabtu, 15/3/14                      jam : 21.00 WIB

- a. Melakukan observasi TTV/ His / DJJ / VT (TD : 120/80 mmhg, N : 80 x/mnt, S: 36,9 °C, RR: 24 x/mnt, DJJ 11-12-11, TFU : 27 cm, UK 37 minggu 5 hari, His : 3x10x30, VT pembukaan 2 cm, eff 25 %, ketuban tidak ada, lakmus positif, presentasi kepala, H 1.)
- b. Melaporkan hasil pemeriksaan kepada dr.SpOG tentang hasil pemeriksaan, advise (evaluasi 2 jam jika tidak ada perkembangan maka di rujuk)
- c. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini (bahwa kondisi ibu saat ini kehabisan ketuban maka penanganannya harus di tempat yang lebih tepat maka ibu harus dirujuk ke rumah sakit)

- d. Melakukan informed consent pada suami
- e. Melakukan persiapan rujukan (B:bidan A:alat K:keluarga S:surat O:obat  
K:kendaraan U:uang )

#### 4.2.7 Evaluasi

Hari/tanggal : Sabtu, 15-03-2014      Jam: 00.18 WIB

**S :** Ibu mengatakan faham apa yang dijelaskan petugas.

**O:** K/U ibu dan janin baik, TD 120/80 mmhg, nadi 82x/menit, pernafasan 24x/menit, DJJ 12-12-11, his 3x10'x30'' TFU : 27 cm, UK 37 minggu 5 hari, VT pembukaan 2 cm, eff 25 %, ketuban tidak ada, lakmus positif, presentasi kepala, H 1.

**A:** GIP<sub>00000</sub>, UK 37 minggu 5 hari, tunggal, hidup, letak kepala , intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik. Kala 1 fase laten

**P:** Melakukan rujukan

## Lembar Observasi

Tabel 4.1 lembar observasi

| No. | Tgl/Waktu            | TTV  | His        | DJJ      | Ket   |
|-----|----------------------|--|------------|----------|---|
| 1   | 13/3/14<br>jam 07.45 | TD:110/70mmhg<br>S: 36,8 °C<br>N : 80x/menit<br>RR:23x/menit | 2x10'x35'' | 11-11-12 | VT : Ø 1cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala ,<br>H I |
| 2   | 08.45                | N :80 x/menit  | 2x10'x35'' | 11-12-12 |   |
| 3   | 09.45                | N :80x/menit   | 2x10'x35'' | 12-11-12 |   |
| 4   | 10.45                | N :82 x/menit  | 2x10'x35'' | 11-11-12 |   |
| 5   | 11.45                | TD:120/70mmhg<br>S: 36,4 °C<br>N: 82 x/menit<br>RR:23x/menit | 2x10'x35'' | 11-11-11 | VT : Ø 1cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala ,<br>H I |
| 6   | 12.45                | N: 82 x/menit  | 2x10'x35'' | 11-12-12 |   |
| 7   | 13.45                | N: 82 x/menit  | 2x10'x35'' | 12-11-12 | Pasien pulang   |
| 8   | 15/3/14<br>jam 10.35 | TD:110/60mmhg<br>S: 36,8 °C<br>N : 80x/menit<br>RR:23x/menit | 2x10'x35'' | 12-11-12 | VT : Ø 2cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala ,<br>H I |
| 9   | 11.35                | N :81 x/menit  | 2x10'x35'' | 11-11-12 |   |
| 10  | 12.35                | N :81x/menit   | 2x10'x35'' | 11-11-12 |   |
| 11  | 13.35                | N :82 x/menit  | 3x10'x35'' | 11-12-12 |   |
| 12  | 14.35                | TD:110/70mmhg<br>S: 36,4 °C<br>N: 82 x/menit                 | 3x10'x35'' | 11-12-12 | VT : Ø 2cm, eff 25 %, ket (+) , letak kepala ,<br>H I |

|    |       |  |           |          |  |
|----|-------|--|-----------|----------|--|
|    |       | RR:23x/menit   |           |          |  |
| 13 | 15.35 | N: 82 x/menit  | 3x10'x35" | 11-11-11 |  |
| 14 | 16.35 | N: 82 x/menit  | 3x10'x35" | 11-11-12 | Pasien pulang  |
| 15 | 21.00 | TD : 120/80<br>mmhg, N : 80<br>x/mnt, RR : 24<br>x/mnt, S : 36,9<br>°C | 3x10'x30" | 11-12-11 | Pasien mengeluh keluar air ketuban banyak pada jam 20.00. VT pembukaan 2 cm eff 25 %, ketuban tidak ada, lakmus positif, presentasi kepala, H 1. Melaporkan ke dr.SpOG advise (evaluasi 2 jam jika tidak ada perkembangan maka dirujuk.) |
| 16 | 22.00 |  | 3x10'x30" | 12-11-12 |  |
| 17 | 23.00 |  | 3x10'x30" | 12-11-12 |  |
| 18 | 00.00 | S : 36,9   | 3x10'x30" | 11-12-11 | Malaporkan hasil pemeriksaan ke dr.SpOG advise dokter pasang infuse RL   |

|    |       |                             |  |  |                            |
|----|-------|-----------------------------|--|--|----------------------------|
|    |       |                             |  |  | kemudian rujuk             |
| 19 | 00.15 | Pasang RL 20<br>tetes/menit |  |  | Pasien berangkat ke<br>RSI |

### 4.3 NIFAS

#### 4.3.1 Pengumpulan data dasar

##### Subyektif

Hari/Tanggal : kamis, 20-03-2014      Jam : 15.00 WIB

##### 1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan kakinya sudah tidak bengkak

##### 2) Pola kesehatan fungsional

- a. Nutrisi : ibu mengatakan makan 4-5 kali perhari dan minum 7-8 gelas perhari
- b. Pola eliminasi : Ibu mengatakan BAB 1 kali dan BAK 3-4 kali perhari
- c. Pola istirahat : Ibu mengatakan istirahatnya cukup
- d. Pola aktivitas : Ibu mengatakan hanya jalan-jalan dan mengasuh anaknya

##### Obyektif

##### 1) Riwayat persalinan

BAYI : lahir SC, pada hari minggu tanggal 16/3/14 jam 09.00 WIB, panjang badan 48 berat badan 2900 gram, tidak ada cacat bawaan masa gestasi 37 minggu 5 hari.

## 2) Pemeriksaan Umum

K/U ibu baik, TTV : TD 120/80 mmHg , Nadi : 80 x/menit, RR: 24 kali/menit, Suhu : 36,7<sup>0</sup>C

## 3) Pemeriksaan Fisik

- a. Mammae : puting susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, terdapat ASI
- b. Abdomen : UC keras, jahitan masih di tutup, ada bekas operasi, TFU pertengahan simpisis dan pusat.
- c. Ekstremitas : tangan : tidak odem, reflek baik dan kaki : kanan dan kiri tidak odem, reflek baik.

### 4.3.2 Interpretasi data dasar

Diagnosa : P<sub>10001</sub> post partum hari ke 4

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

### 4.3.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial : Tidak Ada

### 4.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera :Tidak Ada

### 4.3.5 Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 40 menit diharapkan keadaan umum ibu dan bayi baik.

Kriteria Hasil : TTV normal, TFU pertengahan simpisis dan pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, luka jahitan tidak merembes, lochea rubra, fluxus sedikit, KU ibu dan bayi baik.

## Intervensi

- a. Observasi TTV/TFU/UC/luka jahitan/ kandung kemih /fluxus/Lochea/  
KU ibu dan janin  
  
Rasional : memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan dan deteksi dini adanya komplikasi.
- b. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu  
  
Rasional : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya.
- c. Berikan HE tentang nutrisi  
  
Rasional : dalam nutrisi dibutuhkan penambahan jumlah kalori 500 kkal/hari, protein 20 gram/gari, dimana dapat memperbaiki jaringan didalam tubuh.
- d. Berikan KIE tentang ASI, tehnik menyusui yang benar dan perawatan payudara  
  
Rasional : Dimulai sedini mungkin dan secara eksklusif mendapatkan ASI, melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu, sehingga pengeluaran ASI lancar.
- e. Berikan HE tentang personal hygiene  
  
Rasional : Kebersihan diri membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu

- f. Berikan HE tentang perawatan bayi

Rasional : Meningkatkan rasa puas, harga diri positif dan kesejahteraan emosional. Memberi kesempatan kepada klien/ pasangan untuk bekerja dan menerima adanya bayi.

- g. Beritahu tanda bahaya nifas dan bayi

Rasional : membantu klien membedakan yang abnormal dan normal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat..

- h. Anjurkan ibu untuk selalu rutin minum obat

Rasional : mempercepat penyembuhan luka

- i. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang dan imunisasi untuk bayinya

Rasional : Memantau keadaan ibu dan bayi. Dan memberikan kekebalan tubuh bagi bayi agar tidak mudah terkena suatu penyakit

#### **4.3.6 Melaksanakan perencanaan**

##### **Implementasi**

Hari/tanggal : kamis, 20-03-2014 Pukul : 15.00 WIB

- a. Mengobservasi TTV/TFU/UC/luka jahitan/ kandung kemih /fluxus/Lochea/ KU ibu dan janin (KU ibu baik, kesadaran compos mentis, TD:110/80 mmhg, N:82 x/mnt, RR:23 x/mnt, S:36,9 °C, TFU pertengahan simpisis dan pusat, UC keras, luka jahitan tertutup dan tidak merembes, kandung kemih kosong, fluxus sedikit, lochea rubra, KU ibu dan janin baik.)
- b. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam keadaan sehat

- c. Memberikan HE tentang nutrisi (makan-makanan 4 sehat 5 sempurna, daun katuk untuk menambah volume ASI, dan putih telur untum mempercepat penyembuhan luka jahitan)
- d. Memberikan KIE tentang ASI, tehnik menyusui yang benar dan perawatan payudara (KIE tentang ASI = Bayi di berikan ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan. Tehnik menyusui yang benar = Sangga payudara dengan tangan, posisi ibu jari atas dan jari-jari yang lain di bawah dengan jarak cukup jauh sehingga mulut bayi bisa menempel pada puting dan areola untuk *latch on*. Dekatkan payudara ke bibir bawah bayi secara perlahan, terus menurun ke dagunya untuk memancing bayi membuka mulutnya. Ketika bayi sudah membuka mulutnya, segera dekatkan bayi pada Anda –bukan menyodorkan payudara ke mulut bayi. Perawatan payudara = Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk.)
- e. Memberikan HE tentang personal hygiene (Mandi atau menyeka 2 kali sehari, membersihkan kemaluan dari depan ke belakang dan ganti softek 3-4 kali)
- f. Memberikan HE tentang perawatan bayi (mengganti popok jika basah, tutup kepala bayi dengan topi, selimuti tubuh bayi. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk merawat tali pusat dengan menggunakan kasa kering steril tanpa menggunakan alkohol dan tidak boleh dibubuhi apapun. Panaskan bayi pada pagi hari supaya bayi tidak mengalami kuning,

Mandikan atau menyeka bayi 2 kali sehari agar bayi terjaga kebersihannya.

- g. Memberitahu tanda bahaya nifas dan bayi. (Nifas: pusing berlebihan dan penglihatan kabur,wajah dan ekstremitas bengkak, demam, payudara merah,panas dan nyeri, perdarahan pervaginam yang banyak dan menggumpal, rasa sakit ketika BAB. Bayi : panas, kuning, hisapan lemah, mengantuk, banyak muntah, tali pusat bengkak, merah keluar nanah, dan berbau busuk, tidak kencing dalam 24 jam pertama, tangisan lemah.)
- h. Menganjurkan ibu untuk selalu rutin minum obat (VIT C 1x1, clanexi 3x1, asmef 3x1)
- i. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang dan imunisasi untuk bayinya.

#### **4.4.7 Evaluasi**

**Hari/tanggal :** Kamis, 20-03-2014    **Pukul :** 15.40 WIB

**S :** Ibu mengatakan faham atas penjelasannya

**O:** Ibu dapat mengulang kembali beberapa penjelasan yang telah diberikan

**A:** P<sub>10001</sub> post partum hari ke 4

**P :** menganjurkan untuk kontrol ulang dan mengimunisasi bayinya

#### **4.4.8 Catatan Perkembangan (Kunjungan rumah)**

**Hari/Tanggal :** jumat, 28-03-2014    **Jam :** 15.00 WIB

**S:** Ibu mengatakan kakinya sudah tidak bengkak

**O:** KU ibu dan janin baik, TD 110/70 mmHg , Nadi : 84 x/menit, RR: 24 kali/menit, Suhu : 36,7<sup>0</sup>C, lochea alba, TFU tidak teraba, UC keras, kandung kemih kosong, luka jahitan kering.

**A:** P10001 post partum hari ke 12

**P:** menganjurkan rutin minum obat (VIT C 1x1, clanexi 3x1, asmef 3x1)