

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Kehamilan

3.1.1 Pengumpulan Data dasar

Waktu : Sabtu, 07-03-2015 pukul 10.00 WIB

1. Subyektif

a. Identitas

Nama Ny. D, umur 32 tahun, suku/bangsa Madura/Indonesia, agama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan Swasta, alamat Bulak Banteng Suropati 6 no.29, no telp. 08785272xxx, no register LWH 13/15. Nama suami Tn. H, umur 40 tahun, suku/bangsa Madura/Indonesia, agama Islam, pendidikan SMU, pekerjaan pemadam kebakaran

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan nyeri punggung pada bagian bawah, setiap pagi dan saat beraktivitas terlalu lelah sejak dua minggu yang lalu.

c. Riwayat kebidanan

1) Riwayat Obsetri

Ibu hamil anak keempat ,anak pertama lahir normal,usia kehamilan 9 bulan, dengan letak sungsang di bidan, jenis kelamin laki-laki, berat 3200gram meninggal setelah lahir. Anak ke dua lahir normal, usia kehamilan 9 bulan , di rumah sakit, jenis kelamin laki-laki, berat 3000 gram usia 17 tahun, Anak ke tiga lahir normal, usia kehamilan 9 bulan, di rumah sakit , jenis kelamin laki-laki, berat 3000 gram, Usia 13 tahun.

2) Riwayat Menstruasi

usia 14 tahun, menarce 12 tahun, siklus 29 hari (teratur), banyaknya ± 10 cc (1 softek penuh), sifat darah cair dan menggumpal, warna merah tua, bau anyir. Disminorhea tidak, Flour albus iya sebelum haid dan saat kelelahan, bau anyir, warna putih, sedikit, lamanya 2-3 hari.

HPHT 05-07-2014.

d. Riwayat kehamilan sekarang

1) Keluhan

Saat trimester 1 dan 2 ibu merasa nyaman dengan kehamilannya dan tidak ada keluhan apapun. Pada saat trimester 3 ibu merasakan nyeri pada punggung bawah saat terlalu lelah beraktivitas, ibu mulai merasa gerak janinya saat usia kehamilan 5 bulan.

2) Pemeriksaan ANC

Ibu melakukan pemeriksaan ANC dengan rutin 1x pada trimester 1, 3x pada trimester 2 dan 4x pada trimester 3 ibu sudah di katakan sesuai K4. Ibu melakukan imunisasi saat SD 2x, saat sebelum menikah 1x, saat hamil pertama dan hamil ke tiga 1x status TT ibu adalah TT5. Dan telah mendapatkan penyuluhan nutrisi, istirahat, KB, kebersihan, seksual, dan aktivitas.

Ibu telah di berikan tablet Fe sebanyak 4x saat periksaan. 9 tablet Fe dengan dosis 40mg diminum setiap malam hari dan sudah di minum habis.

e. Pola kesehatan fungsional

1) Pola nutrisi

Ibu sebelum dan saat hamil makan 3 kali/hari dengan porsi sedang berisi nasi, lauk, dan sayur. Minum air putih 6-7 gelas/hari, tetapi saat hamil di tambahkan dengan minum susu 1 gelas setiap pagi dan menjelang tidur.

2) Pola eliminasi

Ibu sebelum hamil dan saat hamil buang air besar 1 kali/hari dengan konsistensi lunak, baunya khas dan tidak ada keluhan. Buang air kecil 5-6 kali/hari warna kuning jernih, baunya khas dan tidak ada gangguan saat berkemih.

Hanya saja frekuensi BAB lebih sering 3X dalam 1 hari.

3) Pola istirahat

Ibu sebelum dan saat hamil istirahat malam ± 6 jam dan saat hamil di tambah dengan istirahat siang ± 3 jam.

4) Pola aktifitas

Ibu sehari-hari saat sebelum hamil bekerja sebagai penjaga toko dan beraktivitas seperti ibu rumah tangga saat dirumah, saat hamil ibu hanya melakukan aktivitas di rumah dan tidak bekerja.

5) Pola seksual

Saat sebelum hamil tidak pernah di hitung setiap minggunya sering berhubungan, dan saat hamil ibu berhubungan 4x dalam 1 minggu pada trimester 3, saat awal kehamilan 1-2x dalam 1 minggu.

6) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum dan saat hamil ibu tidak merokok, minum alcohol hanya minum obat yang di berikan dari puskesmas, minum jamu yang di buat sendiri dari akar kunci dan daun sirih diminum saat sebelum hamil saja, suami ibu perokok aktif dan sering merokok di dalam rumah

f. Riwayat kesehatan dan penyakit sistemik

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

g. Riwayat Psikosospirotual

1) Psikologis

Karena kehamilan ini di rencanakan ibu merasakan bahagia pada kehamilan ini dan tidak mudah emosi seperti hamil muda sebelumnya.

2) Sosial

Hubungan ibu dengan keluarga dan orang lain akrab terlihat dari suasana harmonis saat menemani ibu periksa dan komunikasi saat menunggu antrian periksa.

3) Spiritual

Selama hamil ini ibu lebih sering membaca Al-Quran, dan lebih tepat waktu untuk menjalankan ibadah sholat.

h. Riwayat pernikahan dan KB

Ibu menikah dengan suami pertama saat usia 14 tahun pernikahan berlangsung selama 20 tahun sampai saat ini.

Setelah melahirkan anak pertama ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 8 tahun dan berganti suntik 1 bulan karena ingin melancarkan menstruasi, setelah itu ibu menggunakan KB pil hingga kehamilan saat ini.

2. Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum Baik, Kesadaran compos mentis, Keadaan emosional kooperatif, Tekanan darah 110/70 mmHg (Terlentang), 100/60 mmHg (Miring kiri), Nadi 80x/menit (teratur), Pernafasan 20x/menit (teratur), Suhu 36.5°C (aksila), Antopometri berat badan sebelum hamil 52kg, berat badan Periksa lalu 67 kg, BB Periksa sekaran 67 kg, Tinggi Badan 154 cm, LILA 25 cm, BMI : $BB / (TB)^2 = 67 / (1,54 \times 1,54) = 67 / 2,4 = 27,9$ (normal), MAP : $(sistol + 2diastole) / 3 =$

$110 + (2 \times 70) / 3 = 83$ (normal), ROT : (tensi miring kiri : tensi terlentang) / 3
 = 10 (normal), Taksiran Persalinan 12-4-2015, Usia kehamilan 34 minggu

b. Hasil pemeriksaan fisik

- 1) Wajah : tampak simetris, wajah tidak pucat, tidak tampak adanya cloasma gravidarum, tidak ada oedem.
 - 2) Rambut : kebersihan cukup, kulit kepala bersih, warna hitam, panjang dan lurus, rambut tidak rontok dan tidak kusam, tidak ada ketombe.
 - 3) Kepala : simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan.
 - 4) Mata : tampak simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
 - 5) Mulut & gigi : bibir tampak simetris, kebersihan cukup, mukosa bibir lembab, terdapat caries pada gigi, tidak ada stomatitis, lidah bersih, gusi tidak berdarah.
 - 6) Telinga : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak teraba benjolan.
 - 7) Hidung : tampak simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, kebersihan cukup, tidak terdapat sekret, tidak terdapat polip.
 - 8) Abdomen : pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, terdapat striae albica, terdapat linea nigra, dan tidak ada luka bekas operasi.
- 1) Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xypoid, bagian fundus teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar (Bokong).
 - 2) Leopold II : pada bagian kiri perut ibu teraba keras, panjang seperti papan yaitu punggung (punggung kiri).
 - 3) Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, tidak melenting dan tidak dapat digoyangkan (Kepala).

- 4) Leopold IV : divergen (kepala sudah masuk PAP)
- 5) TFU Mc. Donald : 31 cm
- 6) TBJ/EFW : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
- 7) DJJ : ± 130 kali/menit
- 9) Ekstremitas : ekstremitas atas tampak simetris, tidak terdapat oedem, turgor kulit baik, tidak ada gangguan pergerakan.
Ekstremitas bawah : tampak simetris, tidak terdapat oedem, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/+, tidak ada gangguan pergerakan.

c. Pemeriksaan Labratorium

Pada tanggal 15 february 2015

Darah : Hb 12.3 g/dL, golongan darah B+, PITC Non Reaktif

Urin : reduksi negative, Albumin negative

d. Pemeriksaan lain

USG : letak Kepala, janin tunggal, janin hidup, jenis kelamin laki-laki, BPD 73-28 minggu, placenta corp, Ketuban cukup, Taksiran persalinan 26-03-2015

Total Score pudji rochjati : 10 dengan klasifikasi score awal (2), usia anak terakhir >10 tahun (4)

3. Analisa

Ibu : G4P3003 UK 34 minggu 2 hari

Janin : Tunggal, Hidup

4. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu dan janin baik.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti tampak lebih tenang.

2. Menjelaskan penyebab nyeri punggung yang di alami ibu

Evaluasi : ibu memahami dengan memberikan umpan balik atas penjelasan.

3. Memberikan He dan tehnik cara mengurani rasa nyeri punggung

Evaluasi : ibu mengerti dengan mengulangi gerakan yang diajarkan.

4. Mengingatkan ibu untuk meminum secara rutin tablet Fe 30mg yang didapat dari bidan.

Evaluasi : ibu bersedia untuk meminumnya

5. Memberikan He ibu dan suami mengenai bahaya merokok pasif pada ibu hamil

Evaluasi : ibu dan suami menyetujui tidak merokok di dekat ibu atau di dalam rumah

6. Merencanakan kunjungan ulang pada tanggal 17-03-2015 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Evaluasi : ibu menyetujui di lakukan kunjungan ulang pada tanggal 17-03-2015

3.1.2 Catatan Perkembangan (Kunjungan di rumah pasien)

Waktu : Kamis, 12-03-2015 pukul : 10.00 WIB

1. Subyektif

Ibu masih merasa nyeri punggung, tetapi lebih nyaman dan sudah mulai terasa kenceng-kenceng pada perut muncul ketika lelah beraktifitas.

2. Obyektif

BB: 68kg, TD :100/60 mmHg, N:80x/m, RR: 20x/m
 mamae : kebersihan cukup (colostrum belum keluar) abdomen : 3 jari bawah prosesus xypoid (31cm),leopold I bagian fundus teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar. (Bokong), leopold II pada bagian kiri perut ibu teraba keras, panjang seperti papan yaitu punggung (punggung kiri), leopold III pada bagian terendah janin teraba bulat,

keras, melenting dan tidak dapat digoyangkan.(Kepala), leopold IVdivergen kedua tangan tidak bisa bertemu (kepala sudah masuk PAP) DJJ:+ 130x/m, gerak aktif. Pola kesehatan fungsional suami tidak lagi merokok di dalam rumah dan di dekat ibu.

3. Analisa

ibu : G₄P₃₀₀₃ UK 36 minggu

Janin : hidup, tunggal

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang telah di lakukan kepada ibu bahwa keadaanibu dan janinnya saat ini dalam keadaan baik

Evaluasi : ibu dan keluargamampu mengulang kembali penjelasan yang telah di sampaikan

- b. Mengingatkan ibu untuk tetap meminum kalk 500mg dan Fe 30mg yang telah di berikan dengan teratur.

Evaluasi : ibu melanjutkan minum obat oral

- c. Menganjurkan ibu mengurangi aktifitas yang berat-berat untuk menjaga kesehatan ibu.

Evaluasi: ibu mengerti dan mengatakan akan mengurangi kegiatan berat.

- d. Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil sesuai dengan yang ada di buku KIA.

Evaluasi : ibu membaca kembali buku KIA

- e. Merencanakan kunjungan ulang pada tanggal 19-03-2015 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Evaluasi : ibu menyetujui di lakukan kunjungan ulang pada tanggal 19-03-2015

3.1.3 Kunjungan Ulang ke-1 (Di Puskesmas)

Waktu : Minggu, 15-03-2015 pukul : 23.30 WIB

1. Subyektif

ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng setelah seharian beraktivitas penuh sebagai ibu rumah tangga, dan saat batuk mengeluarkan cairan jernih sebanyak $\pm 1/2$ gelas dari vagina pada pukul 23.00 WIB.

2. Obyektif

TD :110/70 mmHg, N:80x/m, RR: 20x/m S : 37.7°C (aksila) mammae: kebersihan cukup (colostrums belum keluar) abdomen : TFU 3 jari di bawah Px (31cm) DJJ:+ 170x/m, gerak aktif HIS: 1X10" dalam 10 menit, VT:Ø 1cm , eff: 10%, H:II, ketuban utuh, lakmus negative,presentasi kepala kepala.

3. Analisa

Ibu : G₄P₃₀₀₃ UK 36 minggu 3 hari dengan demam dalam kehamilan

Janin: hidup, tunggal dengan distres janin

4. Penatalaksanaan

a. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang telah di lakukan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janinnya saat ini dalam keadaan baik

Evaluasi : ibu dan keluarga memberikan umpan balik dengan menanyakan keadaan janin-nya kembali

b. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk di lakukan tindakan.

Evaluasi : memasang infuse RL 20 tpm, pemberian paracetamol oral dan memberikan oksigenasi.

c. Melakukan advis dokter dengan memasang oksigen 5L/jam.

Evaluasi :sudah terpasang

d. Membantu ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu sudah dengan posisi miring kiri

- e. menganjurkan ibu untuk banyak minum untuk mencegah demam karena dehidrasi

Evaluasi : ibu mengkonsumsi air \pm 500 ml

- f. Memberikan terapi oral parasetamol 500mg oral.

Evaluasi : ibu sudah meminumnya

- g. Melakukan observasi selama 3 jam meliputi DJJ setiap 30 menit, suhu 3 jam post pemberian paracetamol, HIS setiap 30 menit, dan keadaan umum.

Evaluasi : Lembar observasi terlampir.

3.1.3 Catatan Perkembangan

Waktu Pada tanggal : 15-3-2015 pukul : 10.00 WIB

1. Subjektif

ibu merasa lebih nyaman dengan pemberian oksigenasi.

2. Objektif

BB: 68kg, TD :110/70, N:80x/m, RR: 20x/m S : 36.6°C (aksila) mammae : kebersihan cukup (colostrum belum keluar) abdomen : 3 jari di bawah px (31cm) DJJ:+ 140x/m, gerak : aktif.

Pemeriksaan darah :Hb 9.9 g/dL, leukosit 19600cmm (batas normal 6000-11000), Hematokrit 28 (batas normal 35-47 persen), trombosit 181.000cmm (140.000-150.000cmm)

3. Analisa

ibu : G₄P₃₀₀₃ UK 36 minggu 3 hari dengan infeksi kehamilan

Janin : hidup, tunggal

4. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janinnya saat ini dalam keadaan baik.
Evaluasi: ibu memberikan respon dengan bersyukur
2. Menganjurkan ibu mengurangi aktifitas yang berat-berat untuk menjaga kesehatan ibu.
Evaluasi: ibu mengerti, dan menyimpulkan sendiri bahwa ibu harus banyak istirahat.
3. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, dokter menganjurkan rawat jalan dan diberikan terapi oral paracetamol 500mg 3x1 hari, Fe 30 mg 1x1hari dan kalk 500mg 1x1hari.
Evaluasi : ibu memahami penjelasan dengan mengulang aturan minum obatnya.
4. Merencanakan rujukan untuk pemeriksaan lebih lanjut di rumah sakit
Evaluasi : ibu tidak mendapatkan surat rujukan di karenakan kondisi ibu sudah kembali normal, ibu memilih untuk melakukan pemeriksaan di rumah sakit tanpa menggunakan surat rujukan.

3.1.2 Kunjungan ulang ke-2 (Di Puskesmas)

Waktu : Kamis, 26-03-2015 pukul : 12.00 WIB

1. Subjektif

ibu tidak ada keluhan dan nyeri punggungnya sudah berkurang dan tidak mengganggu aktivitas ibu, pola aktivitas ibu menjaga aktivitas untuk tidak melakukan pekerjaan berat kembali

2. Objektif

BB: 70kg, TD :90/60, N:80x/m, RR: 20x/m S : 36.6°C (aksila) mammae : kebersihan cukup (colostrum belum keluar) abdomen : TFU 3 jari di bawah Px (kepala) (31cm) DJJ:+ 140x/m, gerak : aktif.

3. Analisa

ibu : G₄P₃₀₀₃ UK 36 minggu 3 hari resiko tinggi

Janin : hidup, tunggal

4. Penatalaksanaan:

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang telah di lakukan kepada ibu bahwa keadaan ibudan janinnya saat ini dalam keadaan baik.

Evaluasi : ibu mampu mengulangi kembali apa yang di sampaikan

- b. Mengingatkan ibu untuk tetap meminum kalk dan Fe yang telah di berikan dengan teratur.

Evaluasi : ibu mengingat pemberian terapi yang di berikan sebelumnya.

- c. Menganjurkan ibu mengurangi aktifitas yang berat-berat untuk menjaga kesehatan ibu.

Evaluasi : ibu menyetujui untuk mengurangi aktifitas yang berlebihan.

- d. Menganjurkan ibu merawat kebersihan dengan cebok yang benar dan menjaga agar celana dalam selalu bersih.

Evaluasi : ibu mengerti dengan menjelaskan dan mempraktekan dengan simulasi kembali cara menjaga kebersihan

- e. Memberikan He tanda bahaya kehamilan dan di berikan nasehat untuk melakukan pemeriksaan di petugas kesehatan. jika mengalami tanda bahaya.

Evaluasi : ibu menegaskan kembali untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya di rumah sakit.

- f. Menganjurkan ibu untuk sering berhubungan, karena sperma mengandung hormone yang mampu merangsang kontraksi rahim.

Evaluasi : ibu menyetujui, dan mampu mengulang lagi apa yang harus di anjurkan.

- g. Merencanakan kunjungan ulang pada tanggal 27-3-2015 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Evaluasi : ibu menyetujui untuk kembali di periksa pada tanggal 27-03-2015

3.2 Persalinan

Data di peroleh dari rekam medis di RD dr M.Soewandhie Surabaya

3.2.1 Asuhan Persalinan kala I fase laten

Waktu : Selasa, 11-04-2015 pukul 11.20 WIB

1. Subjektif

Pasien datang sendiri di IGD RSUD dr.M Soewandhie dengan keluhan kenceng-kenceng sejak pukul 09:00 WIB, disertai dengan keluar air dan lendir darah.

2. Objektif

K/U ibu baik, Kesadaran *Compos mentis (CM)*, TD : 150/90 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,2⁰C, TP : 12-4-2015 Tinggi fundus 3jari dibawah PX, teraba lunak dan kurang bundar, TFU 31 cm, punggung kanan, DJJ 138 x/menit, letak kepala, divergen.

VT Ø 2 cm, eff 35%, *Sutura sagitalis melintang* (ss smell), kep, Ketuban merembes (+) dengan pemeriksaan lakmus (+), H:1.

3. Analisa

G₄P₃₀₀₂ UK 39 minggu 4 hari, hidup, tunggal ,intrauterin , Letak kepaladengan ketuban pecah dini kurang dari 12 jam, PER, dan dengan Resiko tinggi

4. P enatalaksanaan :

a. Menjelaskan hasil pemeriksan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu mengalami ketuban pecah dini sebelum saatnya dan ibu harus di lakukan rawat inap untuk di lakukan tindakan.

Evaluasi : ibu dan keluarga memberikan umpan balik dengan menanyakan kembli apa yang di jelaskan

b. Melakukan informed consent

Evaluasi : ibu dan keluarga menyetujui tentang tindakan yang akan dilakukan

- c. Melakukan kolaborasi dengan dr.PPDS dr.anas RSUD dr.M.Soewandhe Surabaya
Evaluasi : di lakukan, pemasangan infuse RD5 dan di lakukan pemeriksaan laboratorium
- d. Melakukan advise dokter untuk di lakukan pemasangan infuse RD5 dan di lakukan pemeriksaan darah lengkap
Evaluasi : infuse sudah terpasang, dan darah di labkan
- e. Melakukan observasi his, DJJ, dan PS kemajuan persalinan 6jam kemudian

3.2.2 Catatan Perkembangan

Waktu : Selasa, 11-04-2015 pukul 14.30 WIB

1. Subjektif

Pasie datang dari IGD

2. Objektif

K/U ibu baik, TD : 130/80 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,6⁰C, TP : 12-4-2015 Tinggi fundus 3jari dibawah PX,teraba lunak dan kurang bundar, TFU 31 cm, punggung kanan, DJJ 138 x/menit, letak kepala, divergen.

VT Ø 2 cm,eff 25%, kenyal, Ketuban merembes (-) dengan pemeriksaan lakmus (+), H:1.

3. Analisa

G₄P₃₀₀₂ UK 39 minggu 4 hari, hidup, tunggal ,intrauterin , Letak kepala

keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan ketuban pecah dini kurang dari 12 jam, PER, dan dengan Resiko tinggi

4. P enatalaksanaan

- a. Melakukan kolaborasi dengan dr.PPDS dr.anas RSUD dr.M.Soewandhe Surabaya
Evaluasi : di lakukan terminasi dengan misoprostol 4x25 mg pervaginam, hingga *pelvic score* (PS) lebih dari 5 dilakukan *Oksitoksin drip* (OD)

- b. Melakukan advice dokter dengan memberikan misoprostol 4x25mg pervaginam
- c. Melakukan observasi his, DJJ, dan PS kemajuan persalinan 6jam kemudian

3.2.3 Catatan Perkembangan

Waktu : Selasa, 11-04-2015 pukul 20.00 WIB

1. Subjektif

Kenceng-kenceng

2. Objektif

K/U ibu baik, TD : 110/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 18 x/menit

DJJ 139 x/menit.(Hasil Lab terlampir)

VT Ø 3 cm,eff 25%, *Sutura sagitalis melintang* (SS mell), Ketuban (-),H:1,Kepala,

PS : 3

3. Analisa

G₄P₃₀₀₂ UK 39 minggu 4 hari , hidup, tunggal ,intrauterin, Letak kepala dengan ketuban pecah dini kurang dari 12 jam dengan resiko tinggi

4. Penatalaksanaan :

- a. Memberikan miso prostol ke 2 25mg pervaginam

Evaluasi : sudah di berikan

- b. Melanjutkan observasi HIS, DJJ, dan PS 6 jam kemudian

3.2.4 Catatan Perkembangan

Waktu : Selasa, 12-04-2015 pukul 02.00 WIB

1. Subjektif

Perut ibu terasa kenceng-kenceng semakin sering

2. Objektif

K/U ibu baik, kesadaran CM, TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 18 x/menit, S : 36,6⁰C, His 2x10'' 30''

Tinggi fundus 3jari dibawah PX,teraba lunak dan kurang bundar, TFU 31 cm, puka, DJJ 140 x/menit, letkep U, divergen, His : 2x10 30'', VT Ø 3 cm ,eff 75%, lunak ,Ketuban (+) merembes, H1, SS mell.

3. Analisa

ibu masuk inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini kurang dari 12 jam, dengan resiko tinggi

4. Penatalaksanaan :

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu mengalami ketuban pecah dini sebelum saatnyadan ibu harus di lakukan rawat inap untuk di lakukan tindakan.

Evaluasi : ibu dan keluarga memahami dengan memberikan pertanyaan penjelas kepada bidan.
- b. melakukan kolaborasi dengan dokter Annas (dr.PPDS RSUD dr.M Soewandhie Surabaya)

evaluasi : Menganjurkan untuk evaluasi 6 jam kemudian.
- c. Melanjutkan observasi HIS, DJJ, dan kemajuan persalinan 6 jam kemudian

3.2.5 Asuhan Persalinan kala I fase Aktif

Waktu : Selasa, 12-04-2015 pukul 08.00 WIB

1.Subjektif

Ibu merasa perutnya kenceng-kenceng semakin sering

2.Objektif

K/U ibu baik, TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 18 x/menit, S : 36,6⁰C. His : 3x10 30” ,VT Ø 5 cm,eff 75%, lunak, Ketuban (-) jernih, H:1=+

3. Analisa

inpartu kala I fase aktif dengan ketuban pecah dini kurang dari 12 jam, dengan resiko tinggi

4. Penatalaksanaan :

a. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu mengalami ketuban pecah dini sebelum saatnya dan ibu harus di lakukan rawat inap untuk di lakukan tindakan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti

b. melakukan kolaborasi dengan dokter Annas (dr.PPDS di RSUD dr.M Soewandhie Surabaya)

c. Memberikan Asuhan sayang ibu dengan membantu memberikan nutrisi, memberikan posisi yang nyaman, dan mengajarkan cara rileksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

Evaluasi : ibu makan 1 porsi, memilih posisi miring kiri dan mampu pengaplikasikan dengan benar cara rileksasi dengan mengatur nafas yang benar.

d. Melakukan observasi kemajuan persalinan

Evaluasi : Observasi terlampir dalam partograf

3.2.6 Asuhan Persalinan Kala II

Waktu : Selasa, 12-04-2015 pukul 09.45 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan ada dorongan kuat untuk meneran

2. Objektif

K/U ibu baik, DJJ 140 x/menit, letkep \cup , divergen. His : 3x10 40", VT \emptyset 10 cm, eff100%, lunak, Ketuban (-), H:III+, Kepala Θ , Molase 0, Tidak teraba bagian kecil janin.

3. Analisa

inpartu kala II Dengan riwayat ketuban pecah dini kurang dari 12 jam, dengan resiko tinggi.

4. Penatalaksanaan

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini ibu dalam pembukaan lengkap.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti terlihat dengan mengikuti semua pengarahan dari bidan

- b. Mempersiapkan alat, obat dan ruangan untuk persalinan

Evaluasi : alat dan tempat sudah di persiapkan, perawat bayi sudah datang.

- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman

Evaluasi : ibu memilih posisi setengah duduk (dorso recumbent)

- d. Mengajarkan ibu tehnik meneran dan mengatur pernafasan

Evaluasi: ibu mempraktekan dengan benar

- e. Memimpin persalinan normal sesuai dengan 58 langkah Asuhan persalinan normal (terlampir)

Evaluasi :Bayi lahir Spt Belakang kepala tanggal 12-04-2015 pukul 09:50 jenis kelamin laki-laki, berat 3950 gram, panjang 53 cm, Gerak tangis aktif, Warna bayi kemerahan.

3.2.7 Asuhan Persalinan kala III

Waktu : Selasa, 12-04-2015 pukul 10:00 WIB

1. Subjektif

Ibu merasa lega karena bayi telah lahir, Namun perut masih terasa mules

2. Objektif:

TD : 120/70 mmHg, N : 80 x/menit, kontraksi uterus baik, tampak tali pusat semakin memanjang divagina dan terdapat semburan darah

3. Analisa

kala III

4. Peatalaksanaan

a. Memberikan oxytocin 10 UI intramuscular pada paha kanan ibu

Evaluasi : telah di berikan oxytocin 10 UI intramuscular

b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.

Evaluasi : terdapat tali pusat semakin memanjang

c. Melakukan rangsangan taktil (massage) fundus uteri.

Evaluasi : kontraksi uterus keras (baik), Plasenta lahir lengkap spontan pukul 10.00 WIB.

3.2.8 Asuhan Persalinan Kala IV

Selasa, 12-04-2015 pukul 10:15WIB

1. Subjektif

ibu merasa lelah tetapi senang atas kelahiran bayinya

2. Objektif

TD : 110/80 mmHg, N : 88 x/menit, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat, tidak terdapat luka perineum, pengeluaran darah \pm 250 cc

3. Analisa

kala IV

4. Penatalaksanaan :

- a. Melakukan asuhan sayang ibu dengan menyeka ibu

Evaluasi : ibu merasa lebih nyaman

- b. Mengukur TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36,6 °C, RR : 20 x/menit

- c. Mengajari ibu melakukan massase uterus. Kontraksi uterus baik, keluar darah sedikit merembes, TFU 3 jari bawah pusat

Evaluasi : ibu melakukannya kembali dengan benar

- d. Melakukan observasi tekanan darah, nadi, kandung kemih, kontraksi uterus, pengeluaran darah pervaginam

- e. Membantu memberikan nutrisi yang cukup

Evaluasi : ibu makan dengan menu yang sudah di sediakan dari RSUD dr.M Soewandhie Surabaya hingga habis

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Nifas dan Bayi Baru Lahir

3.3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu nifas (di Rumah sakit)

Waktu : minggu, 12-04-2015 pukul 14:00WIB

1. Subyektif

a. Keluhan Utama

Ibu lelah, merasa bahagia dan tidak merasa mengeluarkan darah sur-sur.

b. Pola kesehatan fungsional

- 1) Pola nutrisi : ibu makan 1 porsi dengan menu nasi, sayur, lauk dan minum air ± 600 cc yang di sediakan dari rumah sakit
- 2) Pola eliminasi : ibu belum BAK dan belum BAB
- 3) Pola istirahat : ibu istirahat ± 1 jam
- 4) Pola aktivitas : ibu berbaring di tempat tidur

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36.6°C

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Wajah : simetris, tidak pucat, tidak oedem
- 2) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada nyeri tekan palpebra
- 3) Mamae: simetris, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum sudah keluar bila dipencet
- 4) Abdomen : TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus (+) keras.

- 5) Genetalia : tidak oedem, tidak ada varises, tidak ada benjolan abnormal, tidak terdapat bekas jahitan, nampak lecet pada mukosa vagina, terdapat pengeluaran lochea rubra.
- 6) Ekstremitas :
 ekstremitas atas : tampak simetris, tidak terdapat oedem, turgor kulit baik, tidak ada gangguan pergerakan.
 ekstremitas bawah : tampak simetris, tidak terdapat oedem, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/+, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Analisa

Diagnosa : P₄₀₀₃ Post Partum 4 jam

4. Penatalaksanaan

- a. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu keluarga mengerti penjelasan yang telah di sampaikan oleh bidan.

- b. Memberikan HE tentang mobilisasi dini yaitu miring kanan, miring kiri dan duduk

Evaluasi : ibu telah mencoba miring kanan dan miring kiri

- c. Membantu ibu mengganti pakaian membersihkan dan merapikan ibu

Evaluasi : ibu sudah berganti baju dan memakai pembalut

- d. Membantu ibu pindah ruangan nifas (ruang edelwise RSUD dr M. Soewandhie)

Evaluasi : ibu sudah di atas kursi roda

- e. Memberikan HE tanda bahaya nifas yaitu pandangan kabur, edema pada kaki dan tangan, perdarahan banyak, kontraksi uterus lembek.

Evaluasi : ibu mampu memahami dan mampu mengulang kembali tanda bahaya

- f. Melakukan kolaborasi dengan dr. Annas (dr. PPDS RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya)

Evaluasi : di berikan terapi antibiotic 500mg 3x1, anti nyeri 500mg 3x1, dan Multivitamin 1x1

3.3.2 Bayi usia 4 jam (di rumah sakit)

Rabu, 12-04-2015 pukul 14:00 WIB

1. Subjektif

-

2. Obektif

K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$, bayi usia 6 jam, jenis kelamin laki-laki, BB : 3950 gram, PB : 52 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LILA : 12 cm, nadi : 132 x/menit, pernafasan 46 x/menit, reflek hisap baik, tidak sesak, tidak sianosis, abdomen tidak kembung, tali pusat basah, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, BAK (+), BAB (-), Hasil pemeriksaan Apgar Score pada 1menit pertama A:2 P:1 G:1 A:2 R:2=8 dan hasil pemeriksaan Apgar Score pada menit ke-6 A:2 P:1 G:2 A:2 R:2=9

Ballad score : sikap :4, sudut pergelangan tangan:3, membaliknya lengan:4, sudut poplitea:3, tanda selempang:3 tumit ke telinga:3 = 20

Kulit:3, lanugo:3, lipatan piantar: 3, payudara:4, Daun telinga:4, kelamin:3 = 20

UK ballad score :40minggu

3. Analisa

NCB SMK usia 4 jam

4. Penatalaksanaan:

- a. Memberitahu ibu dan keluargamengenai hasil pemeriksaan bayinya tidak ada masalah sampai saat ini.

Evaluasi : ibu memahami,dan memberikan amanah untuk merawat bayinya.

- b. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI, setiap jadwal pemberian asi, dan menganjurkan untuk memerah asi untuk di berikan kepada perawat bayi.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI nya di karenakan tidak rawat gabung.

- c. Melanjutkan perawatan bayi baru lahir di ruang bayi.

Evaluasi : menjaga kehangatan dan memenuhi kebutuhan nutrisi.

3.3.3 Catatan Perkembangan ke-1 (di ruang neonatus)

Minggu, 12-04-2015 pukul : 21.00 WIB

1. Subjektif

-

2. Objektif

BAB (+), BAK(+), N:140, S:36.7°C RR:40, Reflek Hisap (+)

3. Analisa

NCB SMK usia 1 hari

4. Penatalaksanaan :

- a. Memberikan Asi 30cc setiap 3jam
- b. Mengganti popok
- c. Membantu ibu menyusui bayinya
- d. Melakukan perawatan bayi baru lahir normal

3.3.4 Catatan Perkembangan ke 2 (di ruang neonatus)

Senin 13-04-2015 pukul : 21.00 WIB

1. Subjektif

-

2. Objektif

BAB (+), BAK(+), N:140, S:36.6°C RR:40, Reflek Hisap (+)

3. Analisa

NCB SMK usia 2 hari fisiologis

4. Penatalaksanaan

- a. Memberikan Asi 30cc setiap 3jam
- b. Mengganti popok jika basah
- c. Membantu ibu menyusui bayinya
- d. Melakukan perawatan bayi baru lahir normal
- e. Memandikan Bayi
- f. Menjaga kehangatan dengan menjaga pakaian tetap kering dan tidak menyalakan pendingin ruangan
- g. Melakukan perawatan tali pusat

3.3.5 Catatan Perkembangan ke 3 (di ruang neonatus)

Waktu :Selasa, 14-04-2015 Pukul : 08.00

1. Subjektif

–

2. Objektif

BAB (+), BAK(+), N:140x/menit , S:36.6°C RR:40x/menit, Reflek Hisap (+)

3. Analisa

NCB SMK usia 3 hari fisiologis

4. Penatalaksanaan

- a. Memberikan Asi 30cc setiap 3jam
- b. Mengganti popok jika basah
- c. Membantu ibu menyusui bayinya
- d. Melakukan perawatan bayi baru lahir normal

- e. Memandikan Bayi
- f. Menjaga kehangatan
- g. Melakukan perawatan tali pusat
- h. Melakukan kolaborasi dengan dokter Sp.A
- i. Memberikan Imunisasi Hepatitis B, polio dan BCG
- j. Melakukan advise dokter untuk persiapan pulang

3.3.6 Evaluasi (di rumah sakit)

Waktu : Rabu, 14-04-2015 pukul 14:00 WIB

1. Subjektif

-

2. Objektif

K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu : 36, 6⁰C, jenis kelamin laki-laki, BB : 3950 gram, PB : 52 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LILA : 12 cm, nadi : 140 x/menit, pernafasan 46 x/menit, terdapat luka bekas imunisasi pada lengan kiri bagian atas, reflek hisap baik, tidak sesak, tidak sianosis, abdomen tidak kembung, tali pusat basah, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, BAK (+), BAB (+)

3. Analisa

Neonatus sesuai masa kehamilan usia 3hari

4. Penatalaksanaan:

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bayinya

Evaluasi : ibu mengamati bayinya tanpa pertanyaan

- b. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI, setiap jadwal pemberian asi

Evaluasi : ibu bersedia memberikan ASI nya

- c. Memberikan HE perawatan bayi baru lahir sehari-hari di rumah

Evaluasi : ibu menyampaikan masih ingat dengan merawat anak sebelumnya

- d. Mengajarkan ibu untuk menjemur bayinya saat pagi hanya dengan menggunakan popok saja saat menjemur

Evaluasi : ibu menyetujui dan kembali menanyakan sampai pukul berapa batas menjemur bayinya.

- e. Merencanakan kunjungan rumah pada tanggal 16-04-2015

Evaluasi : ibu memperbolehkan untuk di lakukan kunjungan pada tanggal 16-04-2015

Ibu di perbolehkan pulang dari rumah sakit.

3.3.7 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (Kunjungan ke 1 di rumah)

Waktu :Kamis, 16-04-2015 pukul 09.00 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan kembali dari rumah sakit pada Rabu, 14-04-2015, dan tidak ada keluhan sampai sekarang. Sisa obat yang di berikan dari rumah sakit masing-masing 3 tablet (untuk 1 hari)

2. Objektif

K/U baik, TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 18 x/menit, suhu : 36.8°C, payudara tampak kosong dan asi keluar pada kedua payudara ibu, frekuensi menyusui ibu sesering mungkin(tidak terhitung) di tambah dengan susu formula..TFU pertengahan symphysis pusat, genitalia tampak darah merah kecoklaan dan berlendir (lochea sangolenta), BAK (+), BAB (+), kandung kemih kosong.

3. Analisa

P₄₀₀₃ Post Partum 4 hari

4. Penatalaksanaan :

- a. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu menanyakan kembali mengenai tarak makan.

- b. Memberikan HE tentang nutrisi yaitu dengan makanan yang seimbang dan tidak boleh tarak.Semua harus dimakan karena ibu adalah buteki yang harus mengonsumsi makanan seimbang.

Evaluasi : ibu mengerti dan ibu tidak pernah tarak.

- c. Memberikan HE tentang istirahat yaitu saat bayi tidur sebaiknya ibu juga ikut tidur, agar ibu tetap terjaga stamina tubuhnya.

Evaluasi : ibu menyetujui dan keluarga memantau.

- d. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai usia 6bulan,dan diteruskan pemberian ASI sampai bayi usia 2tahun.

Evaluasi : ibu bersedia

- e. Mengevaluasi aktivitas menyusui ibu

Evaluasi : Pelekatan menyusui tampak sudah benar, dan masih belum bisa memantau hingga payudara kosong karena saat di lakukan pemeriksaan payudara sudah kosong.

- f. Memberitahu ibu dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 29-04-2015

Evaluasi : ibu menyetujui di lakukan kunjungan ulang pada tanggal 29-04-2015

3.3.8 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (Kunjungan ke 1)

Waktu : Kamis, 16-04-2015 pukul 09.00 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan bayi sering gumoh setiap kali setelah menyusui

2. Objektif

K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, suhu : 36, 6⁰C , abdomen tidak kembung, tali pusat terbalut kasa, belum lepas (kering), nadi : 132 x/menit, pernafasan 50x/menit, reflek hisap baik, BAK (+) ibu tidak menghitung frekuensi berkemih, BAB±5-6x

BB:4000gram, PB:52cm, kulit : kemerahan, bayi di berikan asi sesering mungkin (ibu tidak menghitung frekuensinya)

3. Analisa

NCB SMK usia 4 hari

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bayinya

Evaluasi : ibu mengerti

- b. Melakukan pemeriksaan fisik lengkap kembali

Evaluasi : Bayi sudah dijemur

- c. Memberitahu ibu bahwa jika talipusat sudah lepas sebaiknya tidak diberi apa apa.

Evaluasi : Ibu mengerti dan sanggup mempraktikanya

- d. Menjelaskan pada ibu penyebab gumoh karena lambung bayi tidak mampu menampung semua ASI yang diberikan

Evaluasi : Ibu masih belum paham dengan penjelasan.Ibu masih beranggapan bayi ibu muntah karena perutnya terasa tidak enak/masuk angin

- e. Menjelaskan ulang kepada ibu bahwa gumoh berbeda dengan muntah.Gumoh terjadi karena lambung bayi penuh dengan ASI dan tidak adanya kontraksi pada lambung.Namun jika muntah terdapat kontraksi lambung yang dapat di akibatkan berbagai penyebab.

Evaluasi : Ibu mengerti akan penjelasan dari bidan dan mengerti perbedaan antara gumoh dan muntah.

- f. Memberitahu kepada ibu serta memperagakan cara mengatasi agar bayi tidak sering gumoh yaitu menyendawakan bayi dengan cara bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk tepuk perlahan

lahan atau bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepek perlahan lahan.

Evaluasi : Ibu dapat melakukannya dengan benar setelah mendapat penjelasan

- g. Memberi support ibu untuk tetap melanjutkan pemberian ASI eksklusif

Evaluasi : Ibu merasa senang karena telah mendapatkan banyak dukungan.

- h. Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan rumah pada tanggal 27-04-2015

Evaluasi : Ibu bersedia di lakukan kunjungan ulang pada tanggal 27-04-2015

3.3.9 Asuhan Kebidanan Pada ibu Nifas (Kunjungan ke 2)

Waktu : Senin, 27-04-2015 pukul 15.00 WIB

1. Subjektif

Ibu bingung memilih alat kontrasepsi

2. Objektif

K/U baik, TD : 120/80 mmHg, N : 81 x/menit, RR : 18 x/menit, suhu : 36,7⁰C, TFU tidak teraba, terdapat pengeluaran lochea serosa berwarna kekuning kuning, BAK (+), BAB (+), kandung kemih kosong.

3. Analisa

P₄₀₀₃ Post Partum 15 hari

4. Penatalaksanaan :

- a. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti dan senang atas hasil pemeriksaannya.

- b. Memberi HE tentang nutrisi ibu menyusui, seperti memperbanyak makan makanan kacang kacangan atau sayuran hijau yang bagus untuk ibu menyusui.

Evaluasi : Ibu bersedia bersedia makan makanan kacang kacangan dan sayuran hijau

- c. Mengajukan ibu untuk berunding kepada suami dan keluarga mengenai penggunaan KB yang akan digunakan dan menjelaskan mengenai KB.

Evaluasi : Ibu sudah mempunyai pilihan untuk ber-KB dan memilih KB suntik 3 bulan

3.3.10 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Bar Lahir (Kunjungan ke 2)

Waktu : Senin, 27-04-2015 pukul 15.00 WIB

1. Subjektif

-

2. Objektif

K/U baik, gerak tangis aktif ,tidak ikterus, suhu : $36,8^{\circ}\text{C}$, abdomen tidak kembung, tali pusat sudah lepas tanggal 20-04-2015 ,nadi : 132 x/menit, pernafasan 52x/menit, reflek hisap baik, BAK (+), BAB \pm 5-6x, BB:4050gram , LK : 34 cm, LD : 33 cm, LILA : 12 cm

3. Analisa

NCB SMK usia 15 hari

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bayinya

Evaluasi : ibu dan keluarga memahami penjelasan yang telah di sampaikan

- b. Mengajukan ibu untuk tetap menjemur bayi dibawah sinar matahari disaat pagi hari untuk menghindari bayi terkena penyakit kuning

Evaluasi : ibu menjemurnya setiap pagi selama 1 Jam

- c. Memberi HE kepada ibu dan keluarga untuk mendukung ibu tetap memberi ASI hingga bayi usia 6bulan (ASI eksklusif)

Evaluasi : ibu mengatakan sudah berhenti memberikan susu formula ntuk bayinya.

- d. Menanyakan kepada ibu bagaimana cara mencuci dan mensterilkan botol susu bayinya

Evaluasi: Ibu mengatakan botol susu hanya dicuci menggunakan sabun khusus bayi ,setelah itu di kocok kocok dengan air panas.

- e. Membenarkan ibu cara mencuci dan mensterilkan botol susu yang benar .Dengan cara botol dicuci terlebih dahulu kemudian di rebus dengan air mendidih selama \pm 20menit.

Evaluasi : Ibu berikinginan untuk melakukan hal itu

- f. Memberi HE tentang akibat kurang bersihnya perawatan botol susu.Bayi bisa terkena diare (BAB sering $>4x$ dengan konsistensi cair).Dikarenakan terdapat bakteri yang masuk kedalam lambung bayi sehingga bayi mengalami diare.

Evaluasi: Ibu antusias mendengarkan penjelasan dan berkeinginan untuk tetap menjaga kebersihan botol susu bayinya.