

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Kehamilan

3.1.1 Pengumpulan Data Dasar

Waktu : 2 Maret 2015 Pukul : 15.30 WIB Oleh : Indah S.P. C.

A. Subyektif

1. Identitas

Nama Ny. S, Umur 22 tahun, suku/bangsa Madura/Indonesia, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan IRT, alamat Kalianak Rahmad VI/14 no telp. 081234554xxx, no register 45/15.

Nama suami Tn. L, umur 23 tahun, suku/bangsa Madura/Indonesia, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan swasta.

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan nyeri punggung sejak tadi pagi ketika bangun tidur.

3. Riwayat kebidanan

Ibu hamil anak kedua kunjungan ulang ke 3, Riwayat menstruasi : menarce 14 tahun, siklus 28 hari, teratur, banyaknya pada hari 1-4 : 4-5 softex/hari pada hari 5-7 : 1-2 softex/hari tidak penuh, lamanya 7 hari, sifat darah kental, warna merah tua, bau anyir. Tidak disminorhea. Tidak terdapat flour albus.

HPHT : 01-07-2014.

4. Riwayat obstetri yang lalu

Anak pertama dengan suami pertama, UK 39 minggu, lahir spontan B, ditolong dokter, JK Laki-laki, BB/PB : 3500gr/50 cm, saat ini usia 3,5 tahun, keadaan baik, laktasi sampai usia 2 tahun.

5. Riwayat kehamilan sekarang

Trimester I : ibu mengalami mual muntah selama 3 bulan pertama.

Trimester II : ibu tidak ada keluhan.

Trimester III : ibu mengeluh nyeri punggung karena terlalu banyak aktifitas dirumah.

Pergerakan anak pertama kali : \pm 5 bulan.

Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : \pm 6 kali.

Imunisasi yang sudah didapat : TT CPW.

6. Pola kesehatan fungsional

a. Pola nutrisi

Sebelum hamil : ibu mengatakan makan 3 kali/hari dengan porsi nasi, lauk, dan sayur, ibu jarang makan buah. Minum air putih 5 gelas/hari.

Selama hamil : ibu mengatakan makan 4-5 kali/hari dengan porsi nasi, lauk, dan sayur, ibu jarang makan buah. Minum air putih 5-6 gelas/hari, ibu jarang minum susu.

b. Pola eliminasi

Sebelum hamil : ibu mengatakan 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.

Selama hamil : ibu mengatakan buang air besar 1 kali/hari dengan konsistensi lunak, baunya khas dan tidak ada keluhan. Buang air kecil 6-7 kali/hari warna kuning jernih, baunya khas dan tidak ada gangguan saat berkemih.

c. Pola istirahat

Sebelum hamil : ibu mengatakan istirahat siang jarang terkadang 1-2 jam/hari, terkadang tidak sama sekali dan tidur malam 7-8 jam/hari dan tidurnya terasa nyenyak.

Selama hamil : ibu mengatakan istirahat siang jarang terkadang 1-2 jam/hari, terkadang tidak sama sekali dan tidur malam 5-6 jam/hari dan tidurnya terasa tidak nyenyak karena ibu mengeluh nyeri pinggang.

d. Pola aktifitas

Sebelum hamil : ibu mengatakan tidak bekerja. Pekerjaan rumah dilakukan sendirian.

Selama hamil : ibu mengatakan tidak bekerja. Pekerjaan rumah seperti ke pasar, mencuci dan masak dilakukan ibu sendiri.

e. Pola seksual

Sebelum hamil : ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2 kali dalam seminggu, tidak ada keluhan dan tidak ada keluar darah.

Selama hamil : ibu mengatakan jarang melakukan hubungan seksual.

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum hamil : ibu mengatakan tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, memakai narkoba, memakai obat-obatan terlarang, dan tidak mempunyai binatang peliharaan.

Selama hamil : ibu mengatakan tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, memakai narkoba, memakai obat-obatan terlarang, dan tidak mempunyai binatang peliharaan.

g. Pola personal hygiene

Sebelum hamil : ibu mengatakan mandi 2-3 kali/hari, gosok gigi 3 kali/hari, mengganti pakaian 2 kali/hari pagi dan sore, dan selesai buang air besar dan kecil membersihkan dan menggyur air dari arah kemaluan sampai anus.

Sesudah hamil : ibu mengatakan mandi 2-3 kali/hari, gosok gigi 3 kali/hari, mengganti pakaian 2 kali/hari pagi dan sore, mencuci tangan sebelum makan, dan selesai buang air besar dan kecil membersihkan dan menggyur air dari arah kemaluan sampai anus.

7. Riwayat kesehatan dan penyakit sistematik

Ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi dan TORCH. Dan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi dan TORCH.

8. Riwayat perkawinan

Ibu kawin 1 kali, suami ke 1, umur kawin 18 tahun, lamanya 4,5 tahun.

9. Riwayat KB

Ibu pernah menggunakan KB suntik 1 bulan selama 3 bulan.

B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : compos mentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda-tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 110/70 mmHG dalam keadaan tidur
 - 2) Nadi : 82 kali/menit
 - 3) Pernafasan : 22 kali/menit dan teratur
 - 4) Suhu : 36° C secara aksila
- e. Antropometri
 - 1) BB sebelum hamil : 40 kg
 - 2) BB setelah hamil : 50 kg pada tanggal 6 Februari 2015
 - 3) BB sekarang : 54 kg
 - 4) Tinggi badan : 154 cm
 - 5) Lingkar lengan atas : 25 cm
- f. Taksiran persainan : 08-04-2015
- g. Usia kehamilan : 34 minggu 6 hari

2. Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : tampak simetris, wajah tidak pucat, tidak tampak adanya cloasma gravidarum, tidak ada oedem.
- b. Rambut : kebersihan cukup, rambut tidak rontok dan tidak kusam, tidak ada ketombe.
- c. Kepala : simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan.
- d. Mata : tampak simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra.
- e. Mulut & gigi : bibir tampak simetris, kebersihan cukup, mukosa bibir lembab, tidak dapat caries pada gigi, tidak ada stomatitis, lidah bersih, gusi tidak berdarah dan tidak bengkak.
- f. Telinga : tampak simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak teraba benjolan.
- g. Hidung : tampak simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, kebersihan cukup, tidak terdapat sekret, tidak terdapat polip, tidak ada nyeri tekan.
- h. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak teraba benjolan.
- i. Dada : simetris, tidak ada retraksi dada, irama nafas teratur, tidak terdengar adanya ronchi dan wheezing.
- j. Mamae : tampak simetris, kebersihan cukup, puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola mamae, tidak ada nyeri tekan dan

tidak teraba benjolan yang abnormal, tidak oedem, colostrum belum keluar.

k. Abdomen : pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, terdapat striae gravidum, terdapat linea alba, dan tidak ada luka bekas operasi.

1. Leopold I : TFU 3 jari bawah px, bagian fundus teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar .

2. Leopold II : pada bagian kiri perut ibu teraba keras, panjang seperti papan. DJJ : 148 kali/menit dan teratur.

3. Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting dan masih dapat digoyangkan yaitu kepala.

TFU Mc. Donald : 31 cm

TBJ/EFW : $(31-12) \times 155 = 2945$ gram

l. Ekstremitas atas : tampak simetris, tidak terdapat oedem, turgor kulit baik, tidak ada gangguan pergerakan.

Ekstremitas bawah : tampak simetris, tidak terdapat oedem, tidak varies, turgor kulit baik, reflek patella +/+, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah : golongan darah A, Hb 12,8 gr/dl, rapid : Non reaksi, pada tanggal 26 februari 2015.

b. Urine : albumin urine : negatif, reduksi urine : negatif

C. Analisa

Ibu : G₂P₁₀₀₁ UK 34 minggu 6 hari, keadaan umum ibu baik dengan nyeri punggung.

Janin : KU baik, hidup, tunggal, letak kepala U, intrauterin, kesan jalan lahir normal, DJJ dalam batas normal.

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu dan janin baik namun tetap perlu untuk melakukan pemeriksaan secara rutin karena kehamilan merupakan proses yang normal tetapi tetap dapat meningkat menjadi abnormal sewaktu-waktu tanpa dapat diprediksi sebelumnya.

Evaluasi : ibu mengerti

2. Menjelaskan tentang nyeri punggung yaitu dikarenakan pembesaran uterus.

Evaluasi : ibu mengerti

3. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi nyeri punggung yaitu jangan membungkuk terlalu lama, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau mengulang kembali yang dijelaskan.

4. Mengajari ibu cara merawat payudara yaitu dengan cara membersihkan puting susu dengan air hangat atau baby oil.

Evaluasi : ibu mengerti dan dapat mempraktekkannya.

5. Memberikan informasi tentang persiapan persalinan, yaitu :

- a. Tempat persalinan yang di sepakati oleh ibu dan suami

- b. Biaya persalinan
- c. Perlengkapan persalinan (baju ibu, baju bayi, serta perlengkapan ibu dan bayi)
- d. Surat-surat yang di butuhkan (KT, KSK, Surt nikah)
- e. Kendaraan yang di gunakan menuju tempat persalinan
- f. Pendamping persalinan
- g. Pengambil keputusan jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan

Evaluasi : ibu mengerti.

- 6. Memberikan informasi tentang tanda-tanda persalinan, yaitu:
 - a. Rasa sakit atau mulas di perut bagian bawah sampai pinggang belakang yang disebut kontraksi
 - b. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir
 - c. Kadang dijumpai keluar cairan ketuban secara spontan

Jika mendapatkan salah satu tanda tersebut diharapkan ibu dan keluarga segera datang ke klinik untuk dilakukan pemeriksaan.

Evaluasi : ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali.

- 7. Menganjurkan ibu untuk meminum secara rutin tablet Fe yang di dapat dari bidan. Sebaiknya ibu meminumnya dengan air jeruk atau air putih, jangan bersama air teh, kopi, minuman soda dan susu karena dapat mengganggu penyerapan dari tablet Fe tersebut. Ibu juga dianjurkan meminumnya pada malam hari untuk mengurangi efek mual dari konsumsi tablet Fe tersebut.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia meminumnya di rumah

8. Memberitahu bahwa ibu ada kunjungan rumah pada tanggal 07-03-2015. Dan mengingatkan ibu untuk melakukan kontrol ulang 1 minggu lagi tanggal 09-03-2015 atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.
- Evaluasi : ibu menyetujui untuk dilakukan kunjungan rumah dan kontrol ulang kembali.

3.1.2 Catatan perkembangan kehamilan

Kunjungan rumah ke-1

Waktu : 07-03-2015 pukul 16:30 WIB

- S** : ibu mengatakan senang mendapat kunjungan rumah untuk pemeriksaan kehamilannya. Ibu mengatakan masih sedikit merasakan nyeri punggung saat bangun tidur dan sudah mengikuti nasehat yang telah diberikan oleh bidan.
- O** : Pemeriksaan umum : keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional kooperatif, TTV normal : TD : 120/80 mmHg secara duduk, N : 80 kali/menit dan teratur, RR :20 kali/menit dan teratur, S : 36° C secara aksila.
- Palpasi abdomen :
- Leopold I : TFU 31 cm, bagian fundus uteri teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar.
- Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang seperti papan yaitu punggung. DJJ : 151 kali/menit

Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting, dan masih dapat di goyangkan yaitu kepala.

TFU Mc. Donald : 31 cm.

TBJ/EFW : $(31-12) \times 155 = 2945$ gram.

A : Ibu : G₂P₁₀₀₁ UK 35 minggu 4 hari, keadaan umum ibu baik dengan nyeri punggung.

Janin : KU baik, hidup, tunggal, letak kepala U , intrauterin, kesan jalan lahir normal.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu janin baik.

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukannya.

3. Mengajarkan pada ibu untuk mengompres air hangat pada punggung yang nyeri.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

4. Mengajarkan pada ibu untuk menghindari kegiatan yang berlebihan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

5. Mengajarkan ibu untuk memijat bagian yang nyeri kecuali perut.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

6. Mengingatkan ibu untuk melakukan perawatan payudara setiap hari atau minimal 2 kali sehari.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan

7. Mengingatkan ibu untuk meminum secara rutin tablet Fe yang didapat dari bidan.

Evaluasi : ibu bersedia untuk meminumnya.

8. Mengingatkan ibu untuk kontrol ulang ke bidan pada tanggal 09-03-2015 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

Evaluasi : ibu menyetujui untuk kontrol ulang.

Kunjungan ANC di BPS Afah Fahmi ke-2

Waktu : 11-03-2015 pukul 16.00 WIB

S : Ibu mengatakan masih sedikit merasakan nyeri punggung.

O : Pemeriksaan umum : keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional kooperatif, TTV normal : TD : 110/70 mmHg secara duduk, N : 80 kali/menit dan teratur, RR :20 kali/menit dan teratur, S : 36° C secara aksila.

Palpasi abdomen :

Leopold I : TFU 31 cm, bagian fundus uteri teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar.

Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang seperti papan yaitu punggung. DJJ : 142 kali/menit

Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting, dan masih dapat di goyangkan yaitu kepala.

TFU Mc. Donald : 31 cm.

TBJ/EFW : $(31-12) \times 155 = 2945$ gram.

A : Ibu : G₂P₁₀₀₁ UK 36 minggu 1 hari, keadaan umum ibu baik dengan nyeri punggung.

Janin : KU baik, hidup, tunggal, letak kepala U , intrauterin, kesan jalan lahir normal.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu janin baik.

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah menjalani.

3. Mengajarkan pada ibu untuk mengompres air hangat pada punggung yang nyeri.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

4. Mengajarkan pada ibu untuk menghindari kegiatan yang berlebihan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

5. Mengajarkan ibu untuk memijatkan bagian yang nyeri kecuali perut.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan

6. Mengingatkan ibu untuk meminum secara rutin tablet Fe yang didapat dari bidan.

Evaluasi : ibu bersedia untuk meminumnya.

7. Mengingatkan ibu untuk kontrol ulang ke bidan pada tanggal 18-03-2015 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

Evaluasi : ibu menyetujui untuk kontrol ulang.

Kunjungan rumah 2

Waktu : 16-03-2015 pukul 12.30 WIB

S : ibu mengatakan senang mendapat kunjungan rumah untuk pemeriksaan kehamilannya. Ibu mengatakan masih sedikit merasakan nyeri punggung dan sudah mengikuti nasehat yang telah diberikan oleh bidan.

O : Pemeriksaan umum : keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional kooperatif, TTV normal : TD : 110/70 mmHg secara tidur, N : 80 kali/menit dan teratur, RR :20 kali/menit dan teratur, S : 36° C secara aksila.

Palpasi abdomen :

Leopold I : TFU 32 cm, bagian fundus uteri teraba lunak, tidak melenting dan kurang bundar.

Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang seperti papan yaitu punggung. DJJ : 142 kali/menit

Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting, dan masih dapat di goyangkan yaitu kepala.

TFU Mc. Donald : 32 cm

TBJ/EFW : $(32-12) \times 155 = 3100$ gram

A : Ibu : G₂P₁₀₀₀₁ UK 37 minggu 2 hari, keadaan umum ibu baik dengan nyeri punggung.

Janin : KU baik, hidup, tunggal, letak kepala U , intrauterin, kesan jalan lahir normal.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu janin baik.

Evaluasi : ibu mengerti

2. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah melakukan.

3. Menganjurkan pada ibu untuk mengompres air hangat pada punggung yang nyeri.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

4. Mengajarkan pada ibu untuk menghindari kegiatan yang berlebihan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

4. Menganjurkan ibu untuk memijatkan bagian yang nyeri kecuali perut.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

5. Mengingatkan ibu untuk melakukan perawatan payudara setiap hari atau minimal 2 kali sehari.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukan.

6. Mengingatkan ibu untuk meminum secara rutin tablet Fe yang didapat dari bidan.

Evaluasi : ibu bersedia untuk meminumnya.

7. Menganjurkan untuk kontrol ulang ke bidan pada tanggal 18-03-2015 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

Evaluasi : ibu menyetujui untuk kontrol ulang.

3.2 Persalinan

Waktu : 30-03-2015 pukul 00.00 WIB

Oleh : Indah S.P. Caniago

S : ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng sejak tanggal 29-03-2015 pukul 21.00 WIB dan keluar lendir bercampur darah pukul 23.30 WIB.

O : K/U ibu baik, TD : 110/80 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 kali/menit, S : 36,6° C, TP : 08-04-2015.

Pada fundus teraba bokong, TFU 35 cm, puka, DJJ 138 kali/menit, letkep U , divergen, pemeriksaan kepala sudah masuk 4/5 bagian, TBJ : 3720 gram, his 4 x 10' lama 40" , VT Ø 2 cm, ket (+), kepala Hodge I.

A : Ibu : G₂P₁₀₀₁ UK 38 minggu 6 hari, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I fase laten.

Janin : KU baik, hidup, tunggal, letak kepala U , intrauterin, kesan jalan lahir normal.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu dan janin baik.

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Melakukan inform consent

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti tentang tindakan yang akan dilakukan

3. Memberikan asuhan sayang ibu

Evaluasi : ibu mengerti

4. Melakukan observasi kemajuan persalinan

Waktu : 30-03-2015 pukul 04.05 WIB

S : mules sering, ibu ingin meneran

O : his adekuat 4 x 10' lama 45" , DJJ 142 x/menit, anus/vulva membuka, perinum menonjol, lendir darah bertambah banyak, VT Ø 10 cm, eff 100% ket (-) jernih, kepala H III

A : kala II

- P** :
1. Mengajarkan keluarga/suami untuk mendampingi ibu
 2. Mengajarkan ibu cara meneran yang benar
 3. Terlihat perenium kaku dan melakukan episotomi saat ada his
 4. Memimpin meneran, bayi lahir spontan pukul 04.25 WIB jenis kelamin perempuan langsung menangis kuat → mengeklem dan memotong tali pusat
 5. Melakukan IMD

Waktu : 30-03-2015 pukul 04.27 WIB

S : Ibu merasa lelah, perut terasa mules

O : TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, kontraksi uterus baik, tampak tali pusat di vagina, darah mengalir.

A : kala III

- P** :
1. Memberikan oxytocin 10 UI intramuscular
 2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali, plasenta lahir spontan lengkap pukul 04.30 WIB
 3. Melakukan massase uterus

Waktu : 30-03-2015 pukul 04.35 WIB

S : ibu merasa lelah tetapi senang

O : TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari
bawah pusat, terdapat luka perineum derajat 1, perdarahan \pm 150 cc

A : kala IV

P : 1. Melakukan hecting pada luka perineum

2. Membersihkan ibu

3. Mengukur TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, S : 36,6° C, RR :
20 x/menit

4. Mengajari ibu melakukan massage uterus. Kontraksi uterus baik, keluar
darah sedikit merembes, TFU 2 jari bawah pusat

5. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg pada paha kiri bayi.

6. Memberikan salep mata tetrasiklin 1% dimata kanan dan kiri bayi.

7. Melakukan observasi 2 jam PP

8. Memberikan nutrisi yang cukup

3.3 Nifas

3.3.1 Pemeriksaan 2 jam PP

Waktu : 30-03-2015 pukul 06.30 WIB

Oleh : Indah S.P. Caniago

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan lelah dan capek

2. Pola kesehatan fungsional

- a. Pola nutrisi : ibu makan 1 porsi dengan menu nasi, sayur, lauk, dan minum air \pm 3-4 gelas
- b. Pola eliminasi : ibu belum BAK dan belum BAB
- c. Pola istirahat : ibu istirahat \pm 1 jam
- d. Pola aktifitas : ibu berbaring di tempat tidur
- e. Pola seksual : ibu tidak melakukan hubungan seksual

B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,6° C

2. Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : simetris, tidak pucat, tidak oedem
- b. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada nyeri tekan palpebra
- c. Mamae : simetris, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI sudah keluar
- d. Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, tidak ada luka bekas operasi, kandung kemih kosong
- e. Genetalia : tidak oedem, tidak ada varises, tidak ada benjolan abnormal, terdapat luka bekas jahitan perineum masih basah dan terdapat sedikit darah merembes, lochea rubra.

f. 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. Analisa

Ibu : P₂₀₀₂ Post Partum 2 jam, KU baik, ASI (+), lochea rubra, perdarahan ± 100 ml dengan nyeri luka jahitan.

Bayi : Bayi usia 2 jam, KU baik, ikterus (-).

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Memberikan HE tentang nutrisi untuk tidak terek makan

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

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

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

4. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan. Sering ganti softex dan mangajari ibu cara cebok yang benar.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

5. Memberikan HE tentang istirahat yaitu saat bayi tidur sebaiknya ibu juga ikut tidur

Evaluasi : ibu mengerti dan akan menjalaninya.

6. Mengajarkan cara menyusui yang benar dengan posisi tegak dan mendekap bayi senyaman mungkin, usahakan mulut bayi terbuka lebar dan mencakup semua puting susu dan pinggir areola.

Evaluasi : ibu mengerti dan akan mencoba.

7. Memberikan terapi obat witranal 3 x 1, Fe 1 x 1, Vit. A 1 x 1 dan membantu meminumkannya

Evaluasi : ibu sudah minum obat.

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

Evaluasi : ibu mengerti dan dapat mengulang kembali yang dijelaskan.

3.3.2 Nifas 6 jam Post Partum

Waktu : 30-03-2015 pukul 10.30 WIB

S : ibu mengatakan nyeri luka jahitan

O : TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu 36,6° C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, terdapat luka jahitan perineum masih basah, tidak ada rembesan darah, lochea rubra, BAK (+), BAB (-), kandung kemih kosong. Ibu sudah menyusui bayinya.

A : Ibu : P₂₀₀₂ Post Partum 6 jam, KU baik, ASI (+), lochea rubra, perdarahan ± 100 ml dengan nyeri luka jahitan.

Bayi : Bayi usia 6 jam, KU baik, ikterus (-).

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Mengajarkan ibu untuk relaksasi ketika merasakan nyeri. Dengan cara mengambil nafas lewat hidung kemudian keluarkan lewat mulut.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau mencobanya.

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

Evaluasi : ibu mengerti dan mau melakukannya.

4. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan. Sering ganti softex dan mangajari ibu cara cebok yang benar.

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

5. Mengajarkan cara menyusui yang benar dengan posisi tegak dan mendekap bayi nyaman mungkin, usahakan mulut bayi terbuka lebar dan mencakup semua puting susu dan pinggir areola.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah mencobanya.

6. Mengajarkan ibu cara merawat bayi antara lain : merawat tali pusat dengan mengganti kasa steril dan kering setelah mandi atau kotor, menjaga kebersihan genitalian bayi, mengganti popok bayi setelah BAK/BAB.

Evaluasi : ibu mengerti dan dapat mengulang kembali apa yang dijelaskan.

7. Memberitahu ibu dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 06-04-2015

Evaluasi : ibu setuju.

3.3.3 Catatan Perkembangan Nifas

Kunjungan rumah nifas ke I

Nifas 7 hari Post Partum

Waktu : 06-04-2015 pukul 16.00 WIB

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : K/U baik, TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36,6° C, TFU pertengahan simpysis-pusat, luka jahitan sudah menyatu, lochea sanguinolenta, BAK (+), BAB (+), kandung kemih kosong, menyusui (+).

A : Ibu : P₂₀₀₂ Post Partum 7 hari, KU baik, ASI (+), lochea sanguinolenta, perdarahan ± 30 ml.

Bayi : Bayi usia 7 hari, KU baik.

P : 1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti

2. Memberikan HE tentang nutrisi yaitu dengan makanan yang seimbang dan tidak boleh tarak.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah menjalaninya.

3. Memberikan HE tentang istirahat yaitu saat bayi tidur sebaiknya ibu juga ikut tidur

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

4. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI secara eksklusif pada bayi sampai umur 2 tahun, minimal sampai 6 bulan.

Evaluasi : ibu bersedia menjalaninya.

5. Memberitahu ibu dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 13-04-2015

Evaluasi : ibu setuju.

Kunjungan rumah nifas ke-2

Nifas 14 hari post partum

Waktu : 13-04-2015 pukul 13.00 WIB

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : K/U baik, TD : 110/80 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36,6° C, TFU tidak teraba, luka jahitan sudah menyatu, lochea serosa, BAK (+), BAB (+), kandung kemih kosong, menyusui (+).

A : Ibu : P₂₀₀₂ Post Partum 14 hari, KU baik, ASI (+), lochea serosa, perdarahan ± 10 ml.

Bayi : Bayi usia 14 hari, KU baik.

P : 1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Memberikan HE tentang nutrisi yaitu dengan makanan yang seimbang dan tidak boleh terek.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah menjalaninya.

3. Memberikan HE tentang istirahat yaitu saat bayi tidur sebaiknya ibu juga ikut tidur

Evaluasi : ibu mengerti dan mau menjalaninya.

4. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI secara eksklusif pada bayi sampai umur 2 tahun, minimal sampai 6 bulan.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

5. Mengingat kembali tentang tanda bahaya nifas bagi ibu yaitu pandangan kabur, edema pada kaki dan tangan, perdarahan banyak, kontraksi perut lembek.

Evaluasi : ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali.

3.4 Bayi Baru Lahir

3.4.1 Bayi usia 2 jam

Waktu : 30-03-2015 Pukul : 06.30 WIB

S : -

O : K/U ibu baik, nadi : 136 kali/menit, RR : 45 kali/menit, S : 36,6° C, lingkar kepala : 34 cm, lingkar dada : 33 cm.

Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

- a. Kepala : bersih, warna rambut hitam, tidak ada caput succedanum, tidak ada benjolan, tidak ada molase, UUB belum menutup, UUK sudah menutup.
- b. Mata : simetris, bersih, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Hidung : bersih, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung
- d. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada labioskisis dan tidak ada labiopalatoskisis
- e. Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen
- f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis
- g. Dada : simetris, tidak ada tarikan dada, puting susu simetris, bunyi nafas normal, tidak ada wheezing atau ronchi

- h. Abdomen : tali pusat masih basah terjepit klem tali pusat, tali pusat tidak tampak adanya tanda-tanda infeksi, abdomen teraba lunak, tidak ada pembesaran hepar, turgor kulit baik
- i. Genetlia : bersih, labia mayor sudah menutupi labia minor.
- j. Anus : bersih, terdapat 1 lubang anus.
- k. Ekstremitas atas : simetris, tidak oedema dan tidak ada gangguan pergerakan.
- l. Ektremitas bawah : simetris, tidak oedema dan tidak ada gangguan pergerakan

Pemeriksaan reflek

- a. Refleks moro : baik (bayi terkejut saat tangan dihentakkan ke box bayi).
- b. Refleks rooting : baik (bayi menoleh kearah dimana saat tangan menyentuh ujung mulut bayi).
- c. Refleks graps : baik (bayi sudah dapat menggenggam jari yang diletakkan di telapak tangan bayi).
- d. Refleks sucking : kuat (bayi dapat menghisap saat diberi puting susu ibu).
- e. Tonik neck reflex : baik (kepala bayi diangkat saat tubuh bayi diletakkan).
- f. Babinsky reflex : ++ (kaki bayi menghindar saat telapak kaki diberikan rangsangan).

A : Neonatus cukup bulan usia 2 jam.

P : 1. Melakukan rawat gabung antara ibu dan bayi.

Evaluasi : perawatan ibu dan bayi dalam 1 ruangan.

2. Menjelaskan kembali pada ibu tanda bahaya pada bayi yaitu, bayi tidak dapat menyusu, mengantuk atau tidak sadar, nafas cepat (lebih dari 60 kali per menit), merintih, tampak biru pada ujung jari tangan dan kaki atau bibir, badan bayi kuning

Evaluasi : ibu mengerti dan mampu mengulangi kembali penjelasan yang diberikan.

3.4.2 Bayi usia 6 jam

Waktu : 30-03-2015 pukul : 10.30 WIB

S : -

O : K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu 36,5° C, bayi usia 6 jam, jenis kelamin perempuan, BB : 3700 gram, PB : 51 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 (+), menyusu (+), ikterus(-).

A : Neonatus 6 jam

P :1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bayinya.

Evaluasi : ibu mengerti

2. Mengajukan pada ibu memberikan ASI 2 jam sekali pada bayinya.

Evaluasi : ibu mengerti dan akan melakukannya.

3. Memberikan bayi injeksi Hb 0 pada paha sebelah kanan bayi.

Evaluasi : ibu setuju.

4. Memberitahu ibu kontrol ulang jika terdapat keluhan dan akan dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 06-04-2015.

Evaluasi : ibu setuju.

3.4.2 Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir

Kunjungan rumah ke 1

Waktu : 06-04-2015 pukul 16.00 WIB

S : -

O : K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu 36,5° C, abdomen tidak kembung, tali pusat sudah lepas, BB : 3700 gram, PB : 51 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LILA : 12 cm, nadi : 132 x/menit, pernafasan 46 x/menit, reflek hisap baik, BAK (+) BAB (+), menyusu (+).

A : BBL usia 7 hari

P : 1. Memberitahu tentang hasil pemeriksaan bayinya

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Mengajukan pada ibu untuk memberikan ASI 2 jam sekali. Pemberian ASI secara eksklusif pada bayi sampai umur 2 tahun, minimal sampai umur 6 bulan.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI nya.

3. Memberitahu ibu dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 13-04-2015

Evaluasi : ibu menyetujui.

Kunjungan rumah ke 2

Waktu : 13-04-2015 pukul 14.00 WIB

S : -

O : K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu 36,5° C, abdomen tidak kembung, tali pusat sudah lepas, BB : 3900 gram, PB : 51 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LILA : 12 cm, nadi : 132 x/menit, pernafasan 46 x/menit, reflek hisap baik, BAK (+) BAB (+), menyusui (+).

A : BBL usia 14 hari

P : 1. Memberitahu tentang hasil pemeriksaan bayinya

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI, setiap kali bayi membutuhkan. Pemberian ASI secara eksklusif pada bayi sampai umur 2 tahun, minimal sampai umur 6 bulan.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI nya

3. Memberitahu ibu imunisasi BCG dan Polio 2 pada tanggal 30-04-2015

Evaluasi : ibu mengerti.