

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

4.1.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

1) Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 05 Mei 2014, pukul 18.00 WIB dan di dapatkan hasil nama ibu Ny. E, usia 30 tahun, suku Jawa bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, nama suami Tn. L, usia 30 tahun, suku Jawa bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, alamat Jalan Tambak Segaran Wetan 7d Surabaya, No. telepon 03160066xx, No. Register 318/13

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan kakinya bengkak, sehingga membuat ibu merasa kurang nyaman, keluhan ini dirasakan di akhir kehamilan ini kira – kira mulai 3 hari yang lalu dan ibu mengatasinya dengan menggerak-gerakkan kaki dan tangannya.

3) Riwayat Kebidanan

a. Kunjungan : Ulang ke 3

- b. Riwayat menstruasi : ibu mengatakan mulai menstruasi sejak umur 12 tahun, teratur, banyaknya rata – rata 2 pembalut per hari, lamanya 5 – 7 hari. Disminorhe tidak ada. Keputihan kadang – kadang ada menjelang menstruasi, sedikit, tidak berbau, tidak gatal dan tidak berwarna. Menstruasi terakhir tanggal 12 Agustus 2013.

4) Riwayat obstetri yang lalu

Ibu mengatakan ini hamil yang kedua dari suami yang pertama, hamil yang pertama usia kehamilan 9 bulan, lahir normal, di tolong oleh bidan di BPM, jenis kelamin laki-laki dengan berat lahir 3200 gram, saat ini anak tersebut hidup dan berusia 6 tahun. Ibu menyusui anak pertama sampai usia 2 tahun.

5) Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan yang dirasakan ibu :
- a) Triwulan I ibu merasakan sering mual muntah terutama dipagi hari
 - b) Triwulan II ibu merasakan lebih sehat dan keluhan mulai menghilang
 - c) Triwulan III ibu merasakan sedikit pusing
- b. Ibu merasakan pergerakan anak pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan dengan frekuensi sering perharinya.
- c. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan ini untuk pertama kalinya pada tanggal 15-03-2014 di BPM Maulida Hasnida di Jl. Pacar Keling 3/ Surabaya dan tidak pernah melakukan pemeriksaan sebelumnya di BPM atau rumah sakit lainnya. Penyuluhan yang telah didapat yaitu tentang

nutrisi, istirahat, kebersihan diri, persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, seksualitas, tanda-tanda PER, observasi gerak bayi.

- d. Imunisasi yang sudah didapat : TT Ke – 3, pada saat ibu masih bayi tidak mendapatkan suntik TT, ibu lahir tahun 1984, TT ke 1 saat ibu menjelang nikah (25 desember 2007), dan TT 2 didapatkan 1 tahun setelah TT 1 (hamil pertama usia kehamilan 8 bulan), TT3 didapatkan pada hamil ini (hamil ke-3) saat usia kehamilan 5 bulan yaitu tanggal 15Maret 2014.

6) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi

Pada pola nutrisi terjadi perubahan pada pola makan sebelum hamil ibu makan 2-3x sehari dengan porsi 1 piring nasi, lauk, sayur serta minum 7-8 gelas / hari.

Saat hamil ibu mengalami peningkatan nafsu makan, ibu makan 3 – 4 kali/hari dengan porsi sedang dengan menu nasi, lauk, sayur dan buah serta minum air putih 8 – 9 kali per hari dan di tambah susu formula untuk ibu hamil 1 gelas per hari.

b. Pola Eliminasi

Pada pola Eliminasi terjadi perubahan pada pola eliminasi sebelum hamil ibu BAK 5-6x sehari, dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat hamil ibu mengalami peningkatan eliminasi, ibu BAK 6-7x sehari (lebih sering dari sebelum hamil) , tidak ada keluhan dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning dan tidak ada keluhan

c. Pola Istirahat

Pada pola istirahat terjadi perubahan pada pola istirahat sebelum hamil Ibu istirahat malam saja \pm 7-8 jam perhari dan istirahat siang \pm 2 jam.

Saat hamil ibu mengalami penurunan istirahat malam saja \pm 6-7 jam (sering terbangun ke kamar mandi untuk BAK) perhari dan istirahat siang \pm 2 jam

d. Pola Aktivitas

Pada pola aktivitas sebelum hamil Ibu biasa melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci, menyapu, dan lain – lain.

Saat hamil ibu mengurangi aktifitas yang berat, dan tetap melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, menyapu dan lain – lain.

e. Pola reproduksi seksual

Pada pola reproduksi seksual saat sebelum hamil ibu berhubungan seksual rata – rata 2x / minggu dan tidak ada keluhan.

Saat hamil ibu hanya melakukan hubungan seksual dengan suami 2x saja pada akhir kehamilan.

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum hamil ibu tidak merokok, tidak minum alcohol, tidak menggunakan narkoba, obat – obatan, tidak minum jamu, tidak punya binatang peliharaan

Saat hamil Ibu tidak merokok, tidak minum alcohol, tidak menggunakan narkoba, obat – obatan, tidak minum jamu, tidak punya binatang peliharaan.

7) Riwayat Penyakit Sistemik Yang Pernah Di Derita

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit Jantung, Ginjal, Asma, TBC, Hepatitis, Diabetes, Hipertensi, dan lain – lain.

8) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Keluarga

Dalam riwayat kesehatan dan penyakit keluarga di keluarga ibu tidak ada yang menderita Jantung, Ginjal, Asma, TBC, Hepatitis, Diabetes, ibu mempunyai keturunan kembar (kakak kandung).

9) Riwayat Psiko-Social-Spiritual

a. Riwayat Emosional.

Pada awal kehamilan emosional ibu masih stabil ibu sangat senang dengan adanya kehamilan ini, karena memang kehamilan ini direncanakan. Namun saat ini ibu merasa cemas dengan kehamilannya karena keluhan – keluhan yang dirasakan ibu seperti kepala pusing dan badan mudah lemas akan mempengaruhi kondisi janinnya.

b. Status Perkawinan.

Ibu mengatakan ini perkawinan yang pertama serta ibu sudah 6 tahun menikah, ibu menikah pada usia 24 tahun.

- c. Ibu dan suami serta semua anggota keluarga sudah merencanakan adanya kehamilan ini dan di buktikan dengan melepas KB suntiknya bulan mei 2013
- d. Ibu dan keluarga mempunyai hubungan yang akrab terbukti ketika suami tidak bisa mengantar ibu saat periksa maka keluarga yang mengantarkan serta keluarga juga mendukung kehamilan ini, dan dukungan itu ditunjukkan dengan cara memerhatikan pola makan ibu, aktifitas.
- e. Ibu mempunyai hubungan yang baik dengan orang lain, ibu sering kali meminta bantuan tetangga apabila membutuhkan sesuatu yang tidak bisa dikerjakan ibu sendiri, begitupun sebaliknya.
- f. Ibu melakukan sholat lima waktu namun kadang lupa tidak mengerjakan, dan ibu sering bersedekah kepada orang-orang sekitar yang membutuhkan.
- g. Ibu menginginkan proses melahirkan di tolong oleh bidan di BPM Maulina Hasnida

2. Obyektif

1) Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda-tanda vital

Tensi : 130/90 mmHg dengan posisi ibu berbaring, Nadi : 80 x/menit,

Pernafasan : 20x/menit, Suhu : 36,7°C

e. Antropometri

- a) Berat badan sebelum hamil 56 kg
- b) Berat badan periksa yang lalu pada tanggal 07-04-2014 yaitu 64 kg
- c) Berat badan sekarang tanggal 05-05-2014 yaitu 66 kg.
- d) Tinggi badan 157 cm
- e) Lingkar lengan atas 30cm
- f) Taksiran persalinan 19-05-2014

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Wajah : Simetris, tidak ada oedem, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.
- b) Mata : Simetris, sklera putih, conjungtiva merah muda, tidak ada gangguan penglihatan.
- c) Mulut dan gigi : Simetris, mukosa bibir lembab, mulut dan gigi bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries dan epulis.
- d) Mamae : Simetris, terdapat hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada benjolan dan nyeri tekan, kolostrum sudah keluar.
- e) Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak terdapat bekas operasi.
 - a) Leopold I : TFU teraba 3 jari dibawah processus xipioideus, teraba lunak, kurang bulat, dan kurang melenting.
 - b) Leopold II : Teraba bagian janin yang panjang, keras seperti papan dibagian kanan perut ibu dan bagian kecil – kecil janin di sisi yang lain.

- c) Leopold III: Bagian terendah janin teraba keras, bulat dan tidak melenting. Bagian terendah tidak dapat digoyangkan
- d) Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk PAP
- e) TFU Mc. Donald : 29 cm
- f) TBJ/EFW : 2790 gram
- g) DJJ : 136 x/menit, teratur.
- f) Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada haemorroid pada anus.
- g) Ekstremitas:
 - a) Atas: Simetris, tidak odem, tidak ada gangguan pergerakan
 - b) Bawah :Simetris, oedem, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan dan reflek patella (+/+).

3) Data Penunjang

Urine : pemeriksaan Laboratorium tanggal 05 Mei 2014 di BPM Maulina Hasnida dengan hasil protein urine +1 dan Glukosa (-).

Darah : pemeriksaan Hb pada tanggal 05 Mei 2014 di BPM Maulina Hasnida dengan hasil Hb 12,5 gr %

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G_{II}P₁₀₀₀₁ UK 37 minggu 2 hari, hidup, tunggal, letkep Ψ , intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan preeklampsi ringan.

Masalah : Oedem

Kebutuhan : Berikan asuhan sayang ibu dan dukungan emosional

4.1.3 Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Diagnosa potensial: Preeklampsia berat

4.1.4 Penetapan kebutuhan akan tindakan segera

Kolaborasi dengan dokter SpOG

4.1.5 Rencana asuhan yang menyeluruh

1. Beritahu kepada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini.

Rasional: Informasi mendorong penerimaan tanggung jawab dan meningkatkan keinginan untuk melakukan perawatan diri.

2. Jelaskan penyebab preeklampsia ringan

Rasional: pengetahuan dan wawasan ibu mempengaruhi proses penerimaan tanggung jawab

3. Jelaskan pada ibu penatalaksanaan preeklampsia ringan

Rasional: pengetahuan dapat mengatasi atau mengurangi preeklampsia ringan

4. Informasikan pada ibu tentang tanda – tanda persalinan

Rasional: pengetahuan dapat mempengaruhi deteksi dini terhadap diri sendiri

5. Anjurkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi, istirahat dan aktifitas

Rasional: Asupan nutrisi yang terjaga dapat mempertahankan kondisi tubuh tetap baik

6. Memberikan terapi : gestiamin 3x1
7. Diskusikan waktu untuk control ulang

Rasional: Kontrol ulang secara berkesinambungan memberikan kesempatan ibu hamil bertemu dengan tenaga kesehatan dan peluang deteksi dini komplikasi semakin tinggi.

4.1.6 Melaksanakan Perencanaan (pukul 18.30 WIB)

1. Memberitakukan pada ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu saat ini

Kondisi ibu dan janin saat ini baik dan tanda – tanda vital dalam batas normal.

2. Menjelaskan pada ibu penyebab preeklampsia ringan

Penyebab preeklampsia saat ini tidak bisa diketahui secara pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju.Semuanya baru didasarkan pada teori yang dihubung-hubungkan dengan kejadian. Itulah sebabnya preeklampsia disebut juga “*disease of theory*”, gangguan kesehatan yang berasumsi pada teori

3. Menjelaskan pada ibu tentang penatalaksanaan preeklampsia ringan

- a. Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (preeklampsia ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak bertambah menjadi berat. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia kalau ada faktor-faktor predisposisi.

- b. Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring ditempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi, dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein, rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan.
 - c. Mengakhiri kehamilan sedapat-dapatnya pada kehamilan 37 minggu ke atas apabila setelah dirawat tanda-tanda preeklamsi tidak juga dapat dihilangkan
4. Menginformasikan pada ibu tentang tanda – tanda persalinan
- a. Adanya kenceng – kenceng yang semakin lama semakin kuat dan sering
 - b. Adanya pengeluaran lender bercampur darah (Blood Show) dari jalan lahir.
 - c. Keluar air Ketuban
 - d. Jika diperiksa dalam terdapat pembukaan jalan lahir dan adanya penurunan bagian terendah janin.
5. Mengajukan pada ibu untuk tetap memperhatikan asupan nutrisi, istirahat, personal hygiene
- Menganjurkan pada ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi, istirahat, dan personal hygiene, yakni makan 3x sehari dengan porsi 2x lebih banyak dari sebelum hamil yang terdiri nasi, lauk, sayur, buah, dan susu ibu hamil. Istirahat malam ≥ 8 jam dan tidur siang ≥ 2 jam setiap harinya.

Mandi serta gosok gigi minimal 2x sehari dan keramas minimal 2x seminggu, mengganti celana dalam 2x sehari atau sewaktu – waktu ibu merasa tidak nyaman.

6. Mendiskusikan dan menyepakati bahwa ibu harus datang kembali jika sewaktu – waktu ada keluhan ,dan tanda – tanda persalinan yang telah dijelaskan atau jika sudah tanggal 10 – 05 – 2014 belum ada tanda persalinan maka ibu bisa datang kembali untuk control ulang kehamilannya

4.1.7 Evaluasi pukul 18.00 wib

S : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang informasi dan penjelasan dari petugas kesehatan.

O : ibu dapat menjelaskan kembali sebagian dari informasi yang disampaikan dengan cara tanya jawab.

A : G_{II}P₁₀₀₀₁ UK 37 minggu 2 hari, hidup, tunggal, letkep Ψ , intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan preeklampsi ringan

P : Menyepakati kontrol kembali 1 minggu yang akan datang atau sewaktu – waktu jika ada keluhan dan tidak lebih dari tanggal 10 – 05 – 2014.

Catatan Perkembangan

1. Kunjungan Rumah I

Tanggal :08-05-2014 Pukul : 15.00 WIB

S : Ibu mengatakan mulai terasa kenceng – kenceng hilang timbul kira-kira sehari 2 kali , tidak mengeluarkan lendir darah, tidak mengganggu aktifitas tetapi membuat ibu merasa kurang nyaman.

O : Tanda – tanda vital

a. Tensi : 130/100 mmHg

b. Nadi : 88x/menit

c. Pernafasan : 22x/menit

d. Suhu : 36,5°C

DJJ : 144x/menit, teratur dan kuat.

A : G_{II}P₁₀₀₀₁ UK 37 minggu 3 hari, hidup, tunggal, letkep \cup , intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan preeklampsia ringan

P :

a. Jelaskan hasil pemeriksaan.

b. Anjurkan ibu untuk diet rendah garam dan istirahat yang cukup.

c. Tetap anjurkan ibu untuk merawat dan membersihkan payudara dan ajarkan tehnik relaksasi serta ingatkan kembali jika kenceng – kenceng bertambah sering dan lama (lebih dari 3 x 40” dalam 10 menit) ibu harus datang ke BPM.

d. Persiapkan perlengkapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi, dana untuk biaya persalinan, kendaraan, nama untuk calon bayi.

- e. Pastikan ibu untuk minum vitamintablet Fe 30mg dalam multivitamin.

2. Kunjungan Rumah II

Tanggal :12-05-2014 Pukul : 15.00 WIB

S : Ibu mengatakan mulai terasa kenceng – kenceng hilang timbul kira-kira sehari 2 kali , tidak mengeluarkan lendir darah, tidak mengganggu aktifitas tetapi membuat ibu merasa kurang nyaman.

O : Tanda – tanda vital

- a. Tensi : 130/90 mmHg
- b. Nadi : 84x/menit
- c. Pernafasan : 20x/menit
- d. Suhu : 36,7°C
- e. Protein urine : +1

Pemeriksaan Fisik

Leopold I : TFU teraba 3 jari dibawah processus xyphoideusterababulat, lunak tidak melenting.

Leopold II : Teraba keras, panjang seperti papan pada abdomen sisi kanan

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : bagian terendah masuk PAP (divergen)

TFU Mc.Donald : 30 cm

TBJ : 2945 gram

DJJ : 136 x/menit, teratur dan kuat.

A : G_{II}P₁₀₀₀₁ UK 38 minggu 1 hari, hidup, tunggal, letkep Ψ , intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan preeklamsi ringan

P :

- a. Jelaskan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin sehat.
- b. Evaluasi preeklamsi ringan dengan tetap diet rendah garam dan istirahat yang cukup.
- c. Tetap anjurkan ibu untuk merawat dan membersihkan payudara dan ajarkan tehnik relaksasi serta ingatkan kembali jika kenceng – kenceng bertambah sering dan lama (lebih dari 3 x 40” dalam 10 menit) ibu harus datang ke BPM.
- d. Persiapkan perlengkapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi, dana untuk biaya persalinan, kendaraan, nama untuk calon bayi.
- e. Pastikan ibu untuk minum vitamintablet Fe 30mg dalam multivitamin.

4.2 Persalinan

4.2.1 Pengumpulan data dasar

1. Subyektif

Tanggal : 13 -05-2014 Pukul : 07.00 WIB

Keluhan Utama :

Kenceng – kenceng dirasakan sejak pada tanggal 12-05-2014 pukul 06.00 WIB, dan semakin sering dirasakan pada tanggal 13-05-2014 pukul 06.00 WIB. Ibu

mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan pada tanggal 13-05-2014 pukul 06.00 WIB.

2. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda – tanda Vital :
 - a) Tensi : 140/90 mmHg
 - b) Nadi : 80 x/menit
 - c) Pernafasan : 20x/menit
 - d) Suhu : 37°C
- d. Pemeriksaan Fisik :
 - a) Payudara : colostrum keluar kanan dan kiri
 - b) Abdomen :
 - e. Leopold I : TFU 3 jari dibawah processus xipioideus,pada bagian fundus teraba bulat lunak tidak melenting
 - f. Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba punggung bayi
 - g. Leopold III : bagian terendah teraba bulat, keras, melenting dan bagian terendah tidak dapat digoyangkan
 - h. Leopold IV : sudah masuk PAP 3/5 bagian (divergen)
 - i. TFU : 30 cm
 - j. DJJ : 138x/menit, teratur dan kuat
 - k. TBJ : 2945 gram

- l. His 2x30" dalam 10 menit
- c) Genetalia : Terdapat bloody show yang keluar dari jalan lahir, vulva dan vagina tidak oedem, tidak varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada haemorroid pada anus.
- d) Pemeriksaan Dalam : Pukul 07.00 WIB VT Ø 1 cm, effacement 10%.

4.2.2 Inter pretasi data dasar

Diagnosa : G_{II}P₁₀₀₀₁ uk 38 minggu 1 hari, hidup, tunggal, letak kepala \cup , intra uterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten dengan preeklampsi ringan.

Masalah : Nyeri Persalinan

Kebutuhan:Teknik relaksasi, dukungan emosional dan asuhan sayang ibu.

4.2.3 Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada

4.2.4 Penetapan kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

4.2.5 Rencana asuhan yang menyeluruh

Kala I

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \leq 6jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap

Kriteria Hasil : Adanya dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva yang membuka

Merencanakan asuhan yang menyeluruh

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

Rasional: memberikan dukungan emosi, yang dapat menurunkan rasa takut, tingkat ansietas, dan meminimalkan nyeri.

2. Berikan asuhan sayang ibu.

a. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional: meningkatkan hidrasi dan rasa umum terhadap kesejahteraan.

b. Berikan posisi yang nyaman (miring kiri)

Rasional: meningkatkan aliran balik vena dengan memindahkan tekanan dari uterus gravid terhadap vena kava inferior dan aorta desenden.

c. Berikan kesempatan pada ibu untuk memilih pendamping persalinan.

Rasional: peningkatan ansietas dan atau kehilangan kontrol bila dibiarkan sendiri.

d. Ajarkan ibu teknik relaksasi

Rasional: menurunkan ansietas dan memberikan distraksi yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral.

e. Persiapan peralatan persalinan.

Rasional: risiko penyebaran agen dan membatasi kontaminan.

f. Lakukan pemantauan kontraksi, DJJ, dan pembukaan sesuai dengan partograf

Rasional: tingkat ketidaknyamanan meningkat sesuai dilatasi serviks dan penurunan janin.

g. Lakukan pemantauan tanda gejala kala II

Rasional: mengesampingkan kemungkinan komplikasi yang dapat disebabkan atau memperberat ketidaknyamanan / menurunkan kemampuan koping.

Melaksanakan Perencanaan

Pukul 07.00 WIB

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan preeklampsia ringan
2. Memberikan penjelasan tentang preeklampsia ringan
3. Memberikan informed consent tentang persiapan untuk rujukan
4. Memberikan asuhan sayang ibu.
 - a. Memenuhi kebutuhan nutrisi dengan cara makan dan minum sedikit – sedikit di sela – sela kontraksi.
 - b. Memberikan posisi yang nyaman yaitu miring kiri untuk kemajuan proses persalinan
 - c. Memberikan kesempatan pada ibu untuk memilih pendamping persalinan.
 - d. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara nafas panjang.
 - e. Mempersiapkan peralatan persalinan
 - f. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan sesuai dengan partograf
 - g. Melakukan observasi tanda gejala kala II

Tabel 4.1 Lembar Observasi

No	Waktu	TTV	His	DJJ	Ket (VT, urine, input)
1.	08.00	N : 82x/menit	2x30''	140x/menit, teratur	VT pukul 11.00 WIB , Ø 4 cm effacement 40% ketuban utuh, presentasi kepala Hodge I
	09.00	N : 84x/menit	2x30''	142x/menit, teratur	
	10.00	N : 82x/menit	2x35''	140x/menit, teratur	
	11.00	T : 140/90 mmHg N : 84x/menit S : 36,5°C	3x35''	142x/menit, teratur	
	11.30	N : 86x/menit	3x35''	140x/menit, teratur	
	12.00	N : 84x/menit	3x35''	142x/menit, teratur	
	12.30	N : 82x/menit	3x35''	144x/menit, teratur	
	13.00	N : 82x/menit	3x35''	140x/menit, teratur	
	13.30	N : 84x/menit	3x35''	144x/menit, teratur	
	14.00	N : 84x/menit	3x35''	140x/menit, teratur	
	14.30	N : 84x/menit	3x35''	144x/menit, teratur	
	15.00	T : 130/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,5°C	3x35''	144x/menit, teratur	VT pukul 15.00 WIB , Ø 5 cm effacement 50% ketuban utuh, presentasi kepala Hodge II
	15.30	N : 84x/menit	3x35''	144x/menit, teratur	

16.00	N : 84x/menit	3x35''	140x/menit, teratur	
16.30	N : 86x/menit	3x35''	140x/menit, teratur	
17.00	N : 86x/menit	3x40''	144x/menit, teratur	
17.30	N : 84x/menit	3x40''	142x/menit, teratur	
18.00	N : 86x/menit	3x40''	144x/menit, teratur	
18.30	T : 130/90 mmHg N : 88x/menit S : 36,8°C	3x45''	142x/menit, teratur	Ibu mengatakan ingin meneran dan rasanya seperti ingin BAB VT pukul 18.45 WIB tidak teraba tonjolan spina, serviks lunak, mendatar, Ø 10cm effecement 100% ketuban pecah jernih, presentasi kepala Hodge III, sutura tidak ada molase, tidak teraba tali pusat dan ekstermitas yang mengikuti turunnya kepala.

4.2.7 Evaluasi Kala I

(13 Mei 2014 Pukul 07.00WIB)

S :Ibumengatakan kenceng – kenceng semakin sering

O : keadaan umum baik, acral hangat,tensi: 140/90 mmHg, nadi : 80 x/menit,

Rr : 20 x/menit, suhu : 37°C,TFU 30cm, punggung kanan, DJJ 140x/menit,

His 2x30'' dalam 10', vulva dan vagina tidak oedem, tidak teraba tonjolan spina, ketuban utuh, VT Ø 1cm effecement 10%, presentasi kepala Hodge

I.

A : G_{II}P_{1000I} tunggal, hidup, intrauterin 38 minggu 1 hari dengan inpartu kala I fase laten

- P :1. Memberitahu hasil pemeriksaan paha ibu dan suami
2. Menjelaskan tentang informed consent
 3. Menyiapkan alat, obat, PI, dan lingkungan
 4. Melanjutkan observasi setiap 1 jam sekali untuk his, nadi, DJJ dan 4 jam sekali untuk VT dan tensi

(13 Mei 2014 Pukul 11.00 WIB)

S :Ibu mengatakan perutnya kencang dan keluar lendir bercampur darah.

O : keadaan umum baik, acral hangat, tensi: 140/90 mmHg, nadi : 84 x/menit, Rr : 22 x/menit, suhu : 36,5°C, TFU 30cm, punggung kanan, DJJ 140x/menit, His 3x35'' dalam 10', vulva dan vagina tidak oedem, tidak teraba tonjolan spina, ketuban utuh, VT Ø 4cm effacement 40%, presentasi kepala Hodge I, sutura tidak ada molase, tidak teraba tali pusat dan bagian kecil janin yang mengikuti turunnya kepala.

A : G_{II}P_{1000I} tunggal, hidup, intrauterin 38 minggu 1 hari dengan inpartu fase aktif

- P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan paha ibu dan suami
2. Melanjutkan observasi setiap 1 jam sekali untuk his, nadi, djj dan 4 jam sekali untuk VT dan tensi

(13 Mei 2014 Pukul 15.00 WIB)

S :Ibu mengatakan kencang – kencang semakin sering dan keluar lendir darah semakin banyak

O : keadaan umum baik, acral hangat, tensi: 130/90 mmHg, nadi : 86 x/menit, Rr : 21 x/menit, suhu : 36,5°C, TFU 30cm, punggung kanan, DJJ 140x/menit, His 3x35'' dalam 10', vulva dan vagina tidak oedem, tidak teraba tonjolan spina, ketuban utuh, VT Ø 5cm effecement 50%, presentasi kepala Hodge I, sutura tidak ada molase, tidak teraba tali pusat dan bagian kecil janin yang mengikuti turunnya kepala.

A : G_{II}P_{I000I} tunggal, hidup, intrauterin 38 minggu 1 hari dengan inpartu fase aktif

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pasa ibu dan suami

2. Melanjutkan observasi setiap 1 jam sekali untuk his, nadi, DJJ dan 4 jam sekali untuk VT dan tensi

(13 Mei 2014 Pukul 18.30 WIB)

S : Ibu mengatakan keluar air dari jalan lahir dan rasanya ingin seperti BAB

O : keadaan umum baik, acral hangat, tensi: 130/90 mmHg, nadi : 88 x/menit, Rr : 22 x/menit, suhu : 36,8°C, TFU 30cm, punggung kanan, DJJ 140x/menit, His 3x45'' dalam 10', vulva dan vagina tidak oedem, tidak teraba tonjolan spina, ketuban utuh, VT Ø 10cm effecement 100%, presentasi kepala Hodge I, sutura tidak ada molase, tidak teraba tali pusat dan bagian kecil janin yang mengikuti turunnya kepala.

A : G_{II}P_{I000I} tunggal, hidup, intrauterin 38 minggu 1 hari dengan kala II

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pasa ibu dan suami

2. Mengajarkan ibu cara meneran yang benar
3. Melakukan prtolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah

Kala II

Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan ≤ 30 menit diharapkan kala II berjalan normal

Kriteria : Ibu kuat meneran, Bayi lahir spontan, Tangis bayi kuat.

Melaksanakan Perencanaan

Pukul 18.30 WIB

1. Mengenali gejala dan tanda kala II (ibu merasa ada dorongan meneran, ibu yang merasakan tekanan semakin meningkat padarektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka).
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan.
3. Memakai celemek plastik.
4. Lepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksalidalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas savlon atau kapas DTT.
8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%

10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi atau his untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap serta membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Memimpin meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
 - a. Mendukung dan memuji ibu pada saat meneran.
 - b. Menganjurkan ibu istirahat diantara kontraksi.
 - c. Memuji ibu
14. Menganjurkan pada ibu untuk kembali mengambil posisi yang nyaman saat ada dorongan meneran.
15. Meletakkan handuk bersih diperut ibu jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih, lipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan mendekatkannya
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi potongan under pad. V Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat, jika tidak ada lanjutkan proses kelahiran bayi.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).
25. Melakukan penilaian : bayi bergerak aktif, kulit kemerahan, menangis kuat dan bernapas spontan.
26. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya, kemudian setelah 5 menit diatas perut ibu diserahkan ke asisten untuk dilakukan penimbangan, pengukuran panjang badan, memberikan salep mata tetracyclin 1% dan pemberian vitamin K.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Evaluasi kala II(Pukul 19.00 WIB)

S : Ibu sangat lega karena bayinya lahir dengan selamat

O : Bayi lahir spt.B tanggal 13-05-2014 pukul 19.00 WIB BB 3200 gram PB 54cm bergerak aktif, bernapas spontan, kulit kemerahan dan tangis bayi kuat. Jenis kelamin ♀ , anus, TFU setinggi pusat, tidak ada bayi lagi dalam Rahim.

A :P₂₀₀₀₂ dengan kala III

P :1. Memberitahu hasil pemeriksaan

2. Observasi tanda pelepasan plasenta

3. Melakukan management aktif kala III

Kala III

Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 30 menit diharapkan kala II berjalan normal.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, Tidak terjadi perdarahan yang melebihi 500 cc, Kontraksi uterus baik, dan Kandung kemih kosong.

Melaksanakan Perencanaan

Pukul 19.00WIB

28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas distal lateral
30. Menjepit tali pusat dengan klem umbilikal kira – kira 3 cm dari pusat bayi.
Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
31. Memotong tali pusat diantara 2 klem, kemudian diikat.
32. Melanjutkan meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi dengan kondisi baju sudah dikeringkan oleh asisten. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu (Inisiasi Menyusu Dini)
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan menutup kepala bayi.

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6cm didepan vulva
35. Meletakkan satu tangan di tepi atas symphysis, tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan. Memeriksa kelengkapan plasenta, kemudian meletakkan ditempat yang telah disediakan.
 - a. Maternal : Terdapat kotiledon 20 lengkap,selaput utuh.
 - b. Fetal : Diameter ± 20 cm, tebal ± 2 cm, panjang tali pusat ± 50 cm, tali pusat sentralis. Berat ± 500 gram.
39. Meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan memutar dan melingkar dengan lembut memastikan uterus berkontraksi dengan baik segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh
41. Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum.

Evaluasi kala III (Pukul 19.05 WIB)

- S :Ibu merasa perutnya masih terasa mulas.
- O :Plasenta lahir lengkap secara Duncan, selaput utuh, berat 500 gram, terdapat 20 kotiledon, selaput korion dan amnion utuh, diameter ± 20 cm, tebal ± 2 cm, panjang tali pusat ± 50 cm, uterus teraba keras, fluxus tidak aktif, terdapat laserasi pada vagina, TFU 3 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.
- A :P₂₀₀₀₂ dengan kala IV
- P : Lanjutkan asuhan persalinan normal langkah ke 42 s/d 58

Kala IV

Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan kala IV berjalan normal.

Kriteria hasil : TTV dalam batas normal, Uterus berkontraksi baik, Tidak ada perdarahan, Dapat mobilisasi dini.

Melaksanakan Perencanaan

Pukul 19.05 WIB

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu
44. Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral
45. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a. Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama post partum.

- b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - c. Setiap 30 menit pada 1 jam kedua post partum
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan :
 - 1) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - 2) Setiap 30 menit pada 1 jam kedua post partum
 47. Mengajarkan pada ibu cara massase dan menilai kontraksi
 48. Mengevaluasi dan mengamati perdarahan : jumlah darah yang keluar ± 150 cc.
 49. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama PP dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua PP.
 50. Memeriksa pernapasan dan temperature tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam PP.
 51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, setelah itu cuci dan bilas.
 52. Membuang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
 53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan air ketuban dan lendir darah, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
 54. Memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkann ibu.
 55. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
 56. Mencelupkan sarung tangan kotor, balikkan bagian dalam ke luar kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
 57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan observasi kala IV.

Evaluasi kala IV (Pukul 21.05 WIB)

S : Ibu mengatakan merasa lega proses persalinan berjalan dengan lancar dan normal

O : 1. Keadaan umum : baik

2. Kesadaran : composmentis

1. BAB (-) dan BAK dikamar mandi

2. Tanda-Tanda Vital

Tensi : 110/70 mmHg dan Nadi : 82x/menit

5. TFU 2 jari bawah pusat

6. Kontraksi uterus keras

7. Kandung kemih kosong

8. Darah yang keluar sedikit

9. Lochea rubra

10. Laserasi derajat 2

A : P₂₀₀₀₂ post partum 2 jam

P : 1. Pindah ibu keruang nifas

2. Berikan HE tentang mobilisasi dini, asupan nutrisi ibu nifas, personalhygiene, perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya nifas.

3. Berikan KIE tentang terapi oral

a. Analgesik 500mg3x1

b. Tablet Fe 30 mg 1x1

c. Antibiotik 500mg 3x1

d. Vitamin A dosis 200.000 IU setelah persalinan.

4.3 Nifas

4.3.1 Pengumpulan data dasar

Tanggal : 14 - 05 – 2014 Pukul : 01.05 WIB

1. Subyektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas, dirasakan sejak setelah bayinya lahir, melahirkan tanggal 14-05-2014 pukul 19.00 WIB. Ibu mulai memberikan ASI pada bayinya.

2. Obyektif

- a. Keadaan umum : baik
- b. kesadaran : composmentis
- c. keadaan emosional : kooperatif
- d. tanda – tanda vital

Tensi : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Pernapasan : 20x/menit, Suhu : 36,6°C.

e. Pemeriksaan fisik

Mamae : Simetris, bersih, hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar kanan dan kiri.

Abdomen : Tidak ada bekas jahitan operasi, terdapat striae albican, TFU 2 jaribawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholini, tidak ada bekas jahitan, keluar lochea rubra 1 pembalut penuh.

Ekstremitas : oedema pada pretibia

4.3.2 Interpretasi data dasar

Diagnosa : P₂₀₀₀₂ postpartum fisiologis 6 jam.

Masalah : odema kaki

Kebutuhan : - Penjelasan mengenai fisiologi rasa mulas dan mobilisasi dini

4.3.3 Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada

4.3.4 Penetapan kebutuhan segera

Tidak ada

4.3.5 Rencana asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1x24 jam diharapkan masalah teratasi

Kriteria hasil : Kontraksi uterus keras, tidak terjadi perdarahan.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya

Rasional : Informasi dapat mengurangi ansietas berkenaan dengan rasa takut tentang ketidaktahuan yang dapat memperberat persepsi nyeri.

2. Jelaskan penyebab mules yang dirasakan ibu

Rasional : Selama 12 jam pertama postpartum, kontraksi uterus kuat dan regular, dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya berkurang. Faktor-faktor yang memperberat afterpain meliputi multipara, distensi uterus, meyusui.

3. Berikan informasi tentang pentingnya makanan berprotein tinggi, peningkatan cairan.

Rasional : protein tinggi dan peningkatan cairan menghasilkan regenerasi jaringan baru dan merangsang eliminasi

4. Beritahu ibu tentang kebersihan.

Rasional: Berperan pada adaptasi yang positif dari perubahan fisik dan emosional.

5. Tingkatkan tidur dan istirahat.

Rasional: menurunkan laju metabolisme dan memungkinkan nutrisi dan oksigen yang digunakan untuk proses pemulihan dari kebutuhan energi.

6. Beritahu tanda bahaya nifas

Rasional: mendeteksi dini adanya komplikasi masa nifas

7. Berikan terapi oral (paracetamol 500mg 3x1, multivitamin dengan kadar Fe 30mg 3x1)

Rasional: Menjaga kondisi ibu

4.3.6 Pelaksanaan (Pukul 01.05 WIB)

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa yang dirasakan ibu dalam batas normal.
2. Menjelaskan penyebab mules pada ibu, dikarenakan adanya kontraksi dengan relaksasi yang terus menerus pada uterus dan ini normal.
3. Berikan informasi tentang pentingnya makanan berprotein, peningkatan cairan.

- a. Makan 3x sehari porsi sama seperti hamil, ditambah makanan yang banyak mengandung protein seperti telur, susu, dan lain – lain.
 - b. Minum air putih minimal 3 liter perhari dan tidak ada pantangan makanan kecuali ibu mempunyai riwayat alergi.
4. Memberitahu tentang kebersihan
 - a. Mandi 2-3x/hari dan gosok gigi teratur
 - b. Ganti pembalut setelah merasa penuh agar ibu merasa nyaman
 5. Meningkatkan tidur dan istirahat minimal 8 jam tiap hari.
 6. Memberitahu tanda bahaya nifas : Pusing yang menetap, Pandangan kabur, Suhu meningkat, Darah keluar tidak berhenti dari jalan lahir
 7. Menganjurkan untuk melanjutkan terapi oral (parasetamol 500mg 3x1, multivitamin dengan kadar Fe 30mg 1x1 dan Vitamin A)

4.3.7 Evaluasi Postpartum 6 jam (Pukul 01.05 WIB)

S :Ibu mengerti dengan apa yang dijelaskan oleh bidan

O : Ibu dapat menjelaskan kembali penjelasan bidan

A : P₂₀₀₀₂postpartum 2 jam

P : Ingatkan ibu untuk melanjutkan terapi dan istirahat.

Catatan Perkembangan

Tanggal 14-05-2014 pukul 07.00 wib

S : Ibu mengatakan asi tidak lancar dan nyeri luka jahitan

O : KU ibu baik, TD = 140/90 mmHg, Nadi = 82 kali/menit, S = 36,5 °C, Rr = 20 kali/menit, TFU = 2 jari bawah pusat, UC keras, Lokhea rubra, perdarahan 50CC, tidak ada tanda-tanda infeksi

A : P₂₀₀₀₂ post partum hari ke-1

- P :
1. Memberitahukan hasil pemeriksaan
 2. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya
 3. Mengajarkan pada ibu perawatan bayi sehari-hari
 4. Memberikan KIE tanda bahaya nifas dan BBL
 5. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan terapi dirumah
 6. Menjelaskan tentang imunisasi hepatitis B

Kunjungan Rumah I

Tanggal 17-05-2014 Pukul 10.00 wib

S : Ibu mengatakan cemas karena nyeri pada luka jahitan dan asi masih belum lancar

O : KU baik, TD = 140/90 mmHg, Nadi = 84 kali/menit, suhu = 36,7 °C, Rr = 21 kali/menit, TFU = 3 jari bawah pusat, Lokhea rubra, perdarahan 3 kotek penuh/hari

A : P₂₀₀₀₂ post partum hari ke-3

- P :
1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu
 2. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui
 3. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara
 4. Memberikan KIE tentang nutrisi ibu nifas

Tanggal 21-05-2014 pukul 16.00 wib

S : Ibu mengatakan puting susu lecet dan asih masih belum lancar

O : KU ibu baik, TD = 130/90 mmHg, Nadi = 82 kali/menit, Rr = 20 kali/menit,

TFU 3 jari atas symphysis, lokhea serosa, HB : 11,8 gr%, protein urine +1

A : P₂₀₀₀₂ post partum hari ke-8

P : 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu

2. Memberikan KIE tentang nutrisi

3. Memberikan KIE kepada ibu untuk mengatasi puting susu lecet

Kunjungan Rumah II

Tanggal 25-05-2014 Pukul 16.00

S : Ibu mengatakan puting susu sudah tidak lecet

O : KU ibu baik, TD = 130/90 mmHg, Rr = 20 kali/menit, TFU sudah tidak teraba, Lokhea alba.

A : P₂₀₀₀₂ Post partum hari ke-14

P : 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu

2. Memberikan KIE tentang hubungan seksual pasca nifas

3. Memberikan KIE tentang asi eksklusif sampai 6 bulan

4. Memberikan KIE tentang imunisasi BCG + Polio I