

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

4.1.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

Tanggal 04 Februari 2014 Oleh : Husnul Khatimatus Z Pukul:11.30 WIB

a. Identitas

Nama Ibu	: Ny "H"	Nama Suami	: Tn "I"
Umur	: 41 tahun	Umur	: 46 tahun
Suku/bangsa	: Madura/Indonesia	Suku/bangsa	: Madura/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Tidak Bekerja	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Tenggumung	Alamat	: Tenggumung

b. Keluhan Utama : Ibu mengalami keputihan sejak 2 minggu yang lalu, terasa gatal dan berbau sehingga menimbulkan ketidaknyamanan

c. Riwayat Kebidanan :

a. Kunjungan : ke-4

b. Riwayat menstruasi:

Menarche : 10 tahun

1) Siklus : 28 hari

8) Lamanya : -

2) Banyaknya : 2-3 pembalut

9) Flour Albus : ya

3) Lamanya : 7 hari

10) Lamanya : 2 hari sebelum haid

4) Sifat darah : cair

11) Bau : tidak

5) Warna : merah tua

12) Warna : putih bening

6) Bau : anyir

13) HPHT : 10-5-2013

7) Disminorhoe : tidak

d. Riwayat Obstetri yang Lalu

Tabel 4.1 Riwayat Obstetri yang Lalu

Sua mi ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	Hamil ke	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	PB/BB	Hdp/Mt	Usia	Kead	Lak
1	1	10 bln	-	Normal	Bidan	RS	-	L	4000/48	Hidup	17 th	Baik	iya
	2	10 bln	-	Normal	Dukun	Rmh	-	L	4000/50	Hidup	14 th	Baik	iya
	3	10 bln	-	Normal	Bidan	RS	-	P	4300/47	Hidup	12 th	Baik	iya
	4	10 bln	-	Normal	Bidan	RS	-	L	4200/48	Hidup	4 th	Baik	iya
	5	H	A	M	I	L	I	N	I				

e. Riwayat Kehamilan Sekarang

a. Keluhan

1) Trimester I : mual muntah

2) Trimester II : sering kencing

3) Trimester III : keputihan

b. Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir :

10x dalam 12 jam terakhir

c. Penyuluhan yang sudah didapat :

Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, KB

d. Imunisasi : TT1 (CPW)

f. Pola Kesehatan Fungsional

Tabel 4.2 Pola Kesehatan Fungsional

Pola Fungsi Kesehatan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
a. Pola Nutrisi	Ibu makan 3x sehari dengan porsi 1 piring berisi nasi, lauk, sayur dan minum air putih sekitar 5-6 gelas/hari	Ibu makan 3-4x/hari dengan porsi 1 piring berisi nasi, lauk, sayur dan minum air putih sekitar 6-7 gelas/hari
b. Pola Eliminasi	Ibu mengatakan BAB 1x/hari BAK 4x/hari	Ibu mengatakan BAB 1x/hari BAK 5-6x/hari dan ibu mengalami keputihan
c. Pola Istirahat	Ibu tidur siang 2-3 jam/hari Tidur malam 7-8 jam/hari	Ibu tidur siang 1-2 jam/hari Tidur malam 7-8 jam/hari
d. Pola Aktivitas	Ibu melakukan aktivitas rumah tangga (menyapu, mencuci, memasak, dll)	Ibu tetap melakukan aktivitas rumah tangga, tapi mengurangi pekerjaan yang berat
e. Pola Seksual	Ibu melakukan hubungan seksual 3x dalam seminggu dan tidak mengalami masalah	Ibu jarang melakukan hubungan seksual dan tidak mengalami masalah saat berhubungan
f. Pola Persepsi	Ibu tidak merokok, memakai narkoba, memelihara binatang, mengonsumsi alkohol, jamu dan obat-obatan (kecuali dari bidan)	Ibu tidak merokok, memakai narkoba, memelihara binatang, mengonsumsi alkohol, dan obat-obatan (kecuali dari bidan) tetapi masih sering minum jamu.

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita

Ibu mengatakan selama ini tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, Diabetes Mellitus, paru-paru, HIV dan AIDS.

h. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit jantung, hipertensi, Diabetes Melitus, paru-paru, HIV dan AIDS.

i. Riwayat Psiko-Sosial-Spiritual

1. Riwayat Emosional

a) Trimester I : Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya.

Karena ibu dan suami memang berencana memiliki banyak anak

b) Trimester II : Ibu senang karena mulai merasakan gerakan janinnya

c) Trimester III : Ibu tidak merasakan cemas menjelang kelahiran bayinya

2. Status Perkawinan

Kawin : 1 (satu) kali

Suami ke : 1 (satu)

Kawin I : Umur 25 tahun

Lamanya : 17 tahun

3. Kehamilan ini : direncanakan

4. Hubungan dengan keluarga : akrab
5. Hubungan dengan orang lain : akrab
6. Ibadah/spiritual : patuh
7. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ini
8. Dukungan keluarga : keluarga sangat mendukung. Salah satu bentuk dukungan keluarga, yaitu menemani ibu saat memeriksakan kandungannya baik di dukun maupun di petugas kesehatan.
9. Pengambil keputusan dalam keluarga : suami
10. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin : puskesmas dan ditolong bidan
11. Tradisi : selamatan 7 bulan untuk bayi yang dikandung
12. Riwayat KB : KB terakhir yang ibu pakai yaitu pil sejak kelahiran anak ke-4 selama \pm 4 tahun

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Tanda-tanda vital :
 - a. Tekanan Darah : 120/80 mmHg

b. Nadi : 84x/menit

c. Pernapasan : 20x/menit

d. Suhu : 36,5° C

4) Antropometri

a. BB sebelum hamil : 60 kg

b. BB periksa lalu : 79 kg

c. BB sekarang : 81 kg

d. Tinggi Badan : 152 cm

e. LILA : 29 cm

f. BMI : 34,35

5) Taksiran Persalinan : 11 – 02 -2014

6) Usia Kehamilan : 39-40 minggu

b. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah : Bersih, tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum

b. Mata : Konjungtiva tidak anemi, sklera tidak ikterik, penglihatan normal

c. Abdomen : Tampak linea nigra, tidak tampak striae gravidarum, dan tidak ada bekas luka operasi

- 1) Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xiphoid (30 cm) teraba bulat, lunak, tidak melenting
 - 2) Leopold II : pada dinding perut bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan, pada dinding perut bagian kanan teraba bagian kecil janin
 - 3) Leopold III : pada bagian terendah bundar, keras, melenting, dapat digoyangkan
 - 4) Leopold IV : kepala belum masuk PAP (konvergen)
 - 5) TBJ : 2790 gram
 - 6) DJJ : (+) 139x/menit
 - 7) KSPR : Skor awal (2) + banyak anak 4/lebih (4) + usia terlalu tua (4) = total skor 10
- d. Ekstremitas : Atas : tidak oedem, gerak normal. Bawah : tidak oedem, ada varises, gerak normal

d. Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah (03 – 12 - 2013)
 - a. Hb : 11,6 gr%
 - b. Golongan Darah : O
2. Urine (03 – 12 - 2013)
 - a. Albumin : (-) negatif
 - b. Reduksi : (-) negatif

e. Pemeriksaan lain

a. USG (04-02-2014)

Hasil Pemeriksaan :

1. Janin : tunggal, hidup
2. Letak janin : membujur, U
3. BPD (Biparietal Diameter) : 39 minggu
4. FL (femur length) : 39 minggu
5. EFW (Estimated Fetal Weight) : 2694 gram
6. Cairan amnion : cukup
7. Insersi plasenta : corpus
8. Sex : Laki-laki
9. EDC (Estimated Date Of Confinement): 11-02-2014

b. NST : tidak dilakukan

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GVP40004 UK 39-40 minggu hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik
2. Masalah : keputihan
3. Kebutuhan : HE personal hygiene, kurangi sampai hilangkan keputihan

4.1.3 Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

- a. Ibu : anemia, obesitas, hipertensi, plasenta previa, kelainan letak

Bayi : Bayi besar-mas-kehamilan

4.1.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Konsultasi dengan dokter tentang perencanaan persalinan

4.1.5 Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 30 menit diharapkan ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan mampu mengatasi keluhan berupa keputihan

Kriteria Hasil : Ibu mampu mengulangi penjelasan bidan

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu

Rasional : Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan, akan terbentuk rasa kepercayaan dari ibu pada petugas kesehatan sehingga ibu mampu bersikap kooperatif

2. Berikan dukungan emosional

Rasional : Keadaan emosional yang stabil dapat mempengaruhi kondisi psikologis ibu dan keadaan janin dalam kandungan

3. Diskusikan HE tentang personal hygiene

Rasional : hygiene yang terjaga mampu mencegah terjadinya gangguan rasa nyaman pada daerah genitalia

4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi oral Fe 1x1 dan kalk 1x1

Rasional : Ibu hamil berpotensi lebih besar mengalami anemia karena adanya proses hemodelusi

5. Sepakati dengan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi (11-02-2014)
atau sewaktu-waktu jika ada keluhan

Rasional : Asuhan yang berkesinambungan dapat mengantisipasi munculnya komplikasi dan deteksi adanya kelainan

4.1.6 Implementasi

Hari/Tanggal/Jam	Implementasi
<p>Selasa/04-02-2014</p> <p>11.10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu (TD : 120/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7 C, UK : 39-40 minggu, DJJ : 139x/menit, keadaan ibu dan janin baik) 2. Memberikan dukungan emosional Lakukan komunikasi terapeutik dan anjurkan ibu untuk tetap tenang serta banyak berdoa 3. Mendiskusikan HE personal hygiene Teratur mengganti & mengenakan pakaian dalam yang bersih dan kering, membasuh area kemaluan dengan air bersih dari depan ke belakang 4. Melakukan kolaborasi untuk pemberian terapi obat Fe 1x1 dan kalk 1x1 Hindari minum dengan air teh. Bila memungkinkan minum dengan air jeruk karena mampu mempercepat penyerapan obat dalam tubuh 5. Menyepakati untuk kontrol ulang 1 minggu lagi Memantau perkembangan keadaan ibu dan janin. Mengantisipasi adanya komplikasi lain dan persiapan tindakan selanjutnya

4.1.7 Evaluasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
1.	Selasa/04-02-2014 11.35	<p>S : Ibu mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan bidan</p> <p>O : Ibu mampu mengulangi penjelasan bidan</p> <p>A : GVP40004 UK 39-40 minggu hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik</p> <p>P : Meminta ibu untuk melakukan kontrol ulang 1 minggu lagi</p>

4.1.7 CATATAN PERKEMBANGAN

1. Periksa Hamil Di Puskesmas Sidotopo Wetan

Selasa, 4 Februari 2014 pukul 11.30 WIB

S : Ibu mengatakan mengalami keputihan

O : Tekanan Darah 120/80 mmHg, BB 81 Kg, UK 39-40 minggu, TFU 4 jari bawah prosesus xiphoid (30 cm), letak kepala U, DJJ 139x/menit, kaki bengkak (-)

A : GVP40004, UK 39-40 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, letak kepala, U, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik

P : Meminta ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 11-02-12014

Evaluasi : Ibu menyanggupi untuk kontrol ulang

2. Kunjungan Rumah ke 1

Jumat, 7 Februari 2014 pukul 10.00 WIB

S : Ibu mengatakan keputihan sedikit berkurang

O : -TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36,7°C

-Wajah : tidak pucat, tidak oedem.

-Mata : Sklera putih. Conjunctiva merah muda.

-Abdomen : TFU 4 jari bawah processus xyphoideus (30 cm), puka, letak kepala, U, konvergen. DJJ: 134 x/menit, teratur dan kuat.

-Ekstremitas: Atas/bawah: tidak oedem. Gerak normal

A : GVP40004, UK 39-40 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, letak kepala, U, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu.

P : Evaluasi : ibu memahami penjelasan tenaga kesehatan.

2. Menjelaskan pada ibu mengenai penyebab timbulnya keputihan, bisa dikarenakan oleh pola kebersihan yang kurang dijaga, pengaruh makanan, atau kualitas air yang digunakan untuk membersihkan kemaluan

Evaluasi : Ibu memahami

3. Memberikan HE pada ibu mengenai: pola nutrisi, personal hygiene.

Evaluasi : Ibu memahami dan mau menjalankan

4. Meminta ibu untuk kontrol ulang 4 hari lagi (tgl 11-02-2014) atau sewaktu-waktu bila muncul tanda bahaya kehamilan TM III dan tanda-tanda persalinan.

Evaluasi : Ibu memahami dan menyanggupi untuk kontrol ulang pada tanggal yang ditentukan.

3. Periksa Hamil Di Puskesmas Sidotopo Wetan

Selasa, tanggal 04 Maret 2014 pukul 08.00 WIB

- S** : Ibu mengatakan keputihan sedikit berkurang
- O** : Tekanan Darah 110/80 mmHg, BB 82 Kg, UK 42-43 minggu, TFU 2 jari bawah prosesus xyphoid (38 cm), letak kepala U, DJJ 136x/menit, kaki bengkak (-)
- GVP40004, UK 42-43 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, letak
- A** : kepala, U, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- P** : 1. Mendapat surat rujukan dengan diagnosa *post date* + usia ibu > 35 tahun + riwayat bayi besar ke Poli Hamil RSUD Soewandhie Surabaya.
2. Selanjutnya berangkat ke Poli Hamil RSUD Soewandhie.

3. Periksa Hamil Ke Poli Hamil RSUD Soewandhie

Selasa, tanggal 04 Maret 2014 pukul 11.30 WIB

Pasien mengatakan setelah diperiksa hamil dan USG, petugas kesehatan menjelaskan bahwa kondisi ibu baik dan diminta kontrol satu minggu lagi.

4. Pergi ke Puskesmas Wonokusomo Surabaya

Kamis, tanggal 06 Maret 2014 pukul 07.00 WIB

- S** : Ibu mengatakan perutnya kadang-kadang terasa kenceng-kenceng
- O** : Tekanan Darah 100/70 mmHg, UK 43-44 minggu,
TFU 3 jari bawah processus xyphoid, letak kepala U
- A** : GVP40004, UK 42-43 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, letak kepala, U, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- P** : Mendapat surat rujukan dengan diagnosa *post date* + DJJ lemah

5. Kontrol Ulang Ke Poli Hamil RSUD Soewandhie Surabaya

Selasa, tanggal 11 Maret 2014 pukul 08.00 WIB

Pasien diantar ke RSUD Soewandhie oleh penulis. Namun, dikarenakan saat itu penulis dalam posisi praktik di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, jadi tidak bisa menemani pasien hingga selesai pemeriksaan. Oleh karena itu, penulis menghubungi suami pasien untuk datang ke RSUD Soewandhie dan memberitahukan bahwa pasien belum selesai pemeriksaanya serta penulis harus segera berangkat ke Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

6. Rabu 12 Maret 2014 pukul 23.00 Pasien Datang Ke Puskesmas Sidotopo**Wetan Surabaya**

- S** : Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng dan keluar lendir campur darah
- O** : Tekanan Darah: 140/90 mmHg, Nadi: 88x/menit, Suhu: 36,3 °C, KSPR: Skor awal (2) + usia \geq 35 tahun (4) + terlalu banyak anak (4) + post date (4), TFU 3 jari bawah processus xiphoides (38 cm)
VT Ø 3 cm, eff 50 %, selaput ketuban positif utuh, presentasi kepala \cup , denominator uuk kanan depan, Hodge I, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin dan terkecil janin
- A** : GVP40004, UK 44-45 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, letak kepala, \cup , keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- P** : Dirujuk ke Rumah Sakit Soetomo dengan diagnosa GVP40004 UK 44-45 minggu Tunggal Hidup dengan *post date* + KSPR 14 + riwayat bayi besar

4.2 Persalinan

4.2.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

Rabu, 12 Maret 2014 pukul 23.00 oleh Husnul Khatimatus Zamiah

b. Keluhan utama

Ibu merasakan perutnya kenceng-kenceng, sejak tadi sore tanggal 12 Maret 2014, pukul 18.00 WIB. Sudah mengeluarkan lendir bercampur darah tanggal 12 Maret 2014, pukul 19.00 WIB. Dan belum mengeluarkan air ketuban.

c. Pola kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi : Minum : ± 1 gelas air putih

b. Pola eliminasi :

Buang air kecil : ± 4-5x (spontan, tidak nyeri)

Belum buang air besar.

c. Pola istirahat : Belum beristirahat karena merasakan perutnya terasa kenceng-kenceng.

d. Pola aktivitas : berbaring miring kiri.

c. Riwayat emosional

Ibu mengatakan gelisah menghadapi persalinannya

d. Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : cukup

Kesadaran : compos mentis

Tekanan Darah : 140/90 mmHg
 Nadi : 88x/menit
 Suhu : 36,3 °C
 KSPR : Skor awal (2) + usia \geq 35 tahun (4) + terlalu banyak anak (4)
 + post date (4) = 14

b. Pemeriksaan Fisik

1. Abdomen :
 - Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xhiphoideus (38 cm), teraba lunak, bundar, tidak melenting.
 - Leopold II : teraba keras panjang seperti papan pada dinding abdomen bagian kiri. Pada dinding abdomen bagian kanan teraba bagian kecil janin.
 - Leopold III : Teraba bulat, keras, tidak melenting, tidak dapat digoyangkan
 - Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen) 3/5 bagian
 - TBJ/EFW : 3410 gram
 - DJJ : 138 x/menit, teratur dan kuat
 - His : 2 x10' lamanya 20"
2. Genitalia : vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varises, tidak ada condiloma acuminata, keluar lendir bercampur darah dari vagina.
3. Pemeriksaan dalam
 - VT Ø 3 cm, eff 50 %, selaput ketuban positif utuh, presentasi kepala \cup , denominator uuk kanan depan, Hodge I, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin dan terkecil janin.
4. Ekstremitas : Atas : tidak oedem, tidak ada gangguan pergerakan.
 Bawah : tidak oedem, tidak ada gangguan pergerakan

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GVP40004, UK 44-45 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, presentasi kepala \cup , keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala 1 fase laten.
2. Masalah : Nyeri karena kontraksi
3. Kebutuhan : Berikan Asuhan sayang ibu, KIE teknik relaksasi

4.2.3 Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

Ibu : Ruptur Uteri, persalinan macet/tidak lancar

Bayi : Asfiksia

4.2.4 Identifikasi akan kebutuhan segera

Merujuk pasien

4.2.5 Intervensi

Kala I (Fase Laten)

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama \pm 1 jam diharapkan ibu masuk kala 1 fase aktif.

Kriteria : - K/U ibu dan janin baik

Hasil -TTV : Tekanan Darah :100/70-130/90 mmHg

Nadi :80-100x/menit

Suhu :36,5-37,5 °

RR : 16-24 x/menit

DJJ : 120-160 x/menit

-Terjadi pembukaan : VT Ø 4 cm/ lebih

- His : 3x10'.40"/lebih

1. Jelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

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

2. Berikan Asuhan Sayang Ibu

a. Berikan dukungan emosional

Rasional : Keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psiko sosial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan.

b. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional : Asupan nutrisi membantu ibu mengalami dehidrasi.

c. Anjurkan ibu untuk miring kiri.

Rasional : Dengan miring ke kiri akan memperlancar aliran darah ke janin, sehingga bayi mendapat asupan oksigen yang cukup. Selain itu juga dapat mempercepat kemajuan pembukaan.

3. Observasi TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan

Rasional : memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

4. Konsultasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya.

Rasional : keputusan klinik yang tepat dapat mengurangi risiko terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan, seperti halnya komplikasi.

5. Jelaskan tentang keadaan ibu saat ini dan minta keluarga untuk menandatangani informed consent mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Rasional : keluarga menyetujui mengenai tindakan yang akan dilakukan, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat bidan.

6. Menyiapkan keperluan dan syarat-syarat rujukan

Rasional : Kelengkapan syarat dan keperluan untuk rujukan memudahkan pasien mendapat penanganan yang cepat dan tepat.

4.2.6 Implementasi

Rabu/12 Maret 2014/23.10 WIB

1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan bayi dalam keadaan baik.
2. Berikan Asuhan Sayang Ibu
 - a. Memberikan dukungan emosional dengan menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu.
 - b. Memberikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - c. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri.
3. Melakukan observasi TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan (terlampir dalam lembar observasi)
4. Melakukan konsultasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya. Apakah pasien harus dirujuk dan tindakan apa yang perlu diberikan selama menjalani observasi di puskesmas.
5. Jelaskan tentang keadaan ibu saat ini bahwa ibu harus dirujuk ke rumah sakit dikarenakan oleh beberapa faktor, salah satunya yaitu kehamilan ibu lebih

bulan dan kepala bayi masih tinggi dan minta keluarga untuk menandatangani informed consent mengenai tindakan yang akan dilakukan.

7. Menyiapkan keperluan dan syarat-syarat rujukan, seperti : surat pengantar rujukan, surat-surat penting (fotokopi KK, KTP, dan kartu JAMKESMAS), dan ambulan

LEMBAR OBSERVASI

Tabel 4.3 Lembar Observasi Fase Laten

No	Waktu	TTV	His	DJJ	Ket (vt, urine, input)
	Tgl 12/3/2014				
	23.30 wib	N:80x/mnt	2 x10. 20"	138x/mnt	Ibu kencing spontan
	00.00 wib	N:82x/mnt	2x10.20"	140x/mnt	Ibu minum air sedikit
	00.30 wib	N:82x/mnt S:36,7 ^o C	3x10.25"	141x/mnt	VT Ø 5 cm, eff 50%, selaput ketuban positif utuh, hodge II, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.
	01.00	N:82x/mnt	3x10.30"	141x/mnt	
	01.15	-	-	-	
					Dirujuk ke RS Soetomo dengan diagnosa post date + KSPR 14 + riwayat besar

2) Evaluasi : SOAP**Rabu/13 Maret 2014/ Pukul 01.00 WIB**

- S** : Ibu merasakan kenceng-kencengnya bertambah sering dan ibu gelisah karena bayinya tidak segera lahir.
- O** :
- Keadaan umum : cukup
 - VT Ø 5 cm, eff 50%, selaput ketuban positif utuh, hodge II, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.
 - DJJ : 141x/menit, His : 3x10.30”
- A** :
- GVP40004, UK 44-45 minggu, hidup, tunggal, intra uterine, presentasi kepala \cup , keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala 1 fase aktif
- P** : Melakukan Observasi DJJ, His, Nadi dan kemajuan persalinan.
- Merujuk pasien ke Rumah Sakit Soetomo pukul 01.15 dengan diagnosa *post date* + KSPR 14 + riwayat bayi besar

4.3 Nifas

1) CATATAN PERKEMBANGAN I

A. Kunjungan Rumah I

Hari, Tanggal : Jumat, 20-03-2014, pukul 20.00 WIB

S : Ibu mengatakan keadaannya baik dan senang dengan kelahiran bayinya.

Bayi lahir normal tanggal 13 Maret 2014 pukul 02.00 WIB, BB : 3500 gr, PB : 50 cm, JK ♀, minum ASI

O : K/U ibu baik, kesadaran composmentis ibu kooperatif, TD 120/90 mmHg, N 80 x/menit, S 36,8°C, RR 20 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, wajah tidak oedem, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.

Payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar lancar pada payudara kanan dan kiri.

Abdomen : UC keras, TFU pertengahan pusat-sympisis, kandung kemih kosong.

Ekstermitas : tidak ada bengkak.

Pada bayi : S 36.6°C, HR 136 x/menit, RR 48 x/menit, tidak ikterus, tali pusat sudah lepas, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI.

A : P50005 post partum 1 minggu fisiologis

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi : ibu mengerti dengan penjelasan tenaga kesehatan

2. Mengevaluasi pemberian multivitamin apakah diminum atau tidak

Evaluasi : ibu meminum multivitamin yang diberikan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.

3. Memberikan HE tentang imunisasi yang perlu diberikan pada bayi.

Evaluasi : ibu mengerti penjelasan tenaga kesehatan.

4. Menganjurkan ibu untuk segera kontrol ulang di Puskesmas Sidotopo

Wetan dan mendapatkan imunisasi BCG bagi bayi, serta memberi tahu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah 1 minggu lagi.

Evaluasi : ibu menyetujui rencana kunjungan ulang berikutnya.

2. CATATAN PERKEMBANGAN II

B. Kunjungan Rumah II

Hari, Tanggal : Jumat, 29 - 03 - 2014, pukul 16.00 WIB

S : Ibu mengatakan keadaannya semakin baik, tidak ada keluhan.

O : K/U ibu baik, kesadaran compos mentis ibu kooperatif, TD 120/80 mmHg, N 82 x/menit, S 36,7⁰C, RR 20 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak

ikterik, wajah tidak oedem, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.

Payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar lancar pada payudara kanan dan kiri.

Abdomen : UC keras, TFU tidak teraba di atas simphysis. Kandung kemih kosong

Ekstermitas : tidak ada bengkak.

Pada bayi : S 36.7°C , HR 140 x/menit, RR 48 x/menit, tidak ikterus, tali pusat sudah lepas, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI.

A : P50005 post partum 2 minggu fisiologis

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan tenaga kesehatan

2. Menjelaskan tentang KB untuk menyusui dan kapan harus ber-KB

Evaluasi : ibu mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan dan mengajukan pertanyaan terkait KB.

3. Menganjurkan untuk ke pelayanan kesehatan terdekat apabila terjadi komplikasi pada ibu atau bayi.

Evaluasi : ibu menyetujui saran yang telah diberikan jika ada komplikasi atau masalah segera ke pelayanan kesehatan terdekat.