

BAB 4
TINJAUAN KASUS

4.1 KEHAMILAN

1. Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subyektif

Pengkajian dilakukan Tanggal 17-12-2013, 12.00 WIB

a. Identitas

Ibu mengatakan namanya adalah Ny.S, berusia 33 tahun, bersuku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, tidak bekerja. Dan suaminya bernama Tn.M, berusia 41 tahun, bersuku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaannya sebagai satpam, penghasilan perbulan ± 2.000.000,-/bulan, beralamatkan di Jl.Nyamplungan xx, no.telpon 031-352xxxx, no.register 01-21xx.

b. Keluhan utama (PQRST)

Ibu mengatakan saat ini persaannya cemas dan merasa gelisah di karenakan proses persalinannya tidak segera berlansung.

c. Riwayat Kebidanan

Kunjungan ulang ke 4,menarce 13 tahun (kelas 1 smp), dengan siklus 30 hari, teratur banyaknya 2-3 softex/hari, lamanya 7 hari, sifat darah cair, warna merah tua, bau anyir. Tidak pernah disminorhoe, flour albus 3 hari setelah haid, tidak berbau, berwarna putih, jumlahnya sedikit, dan HPHT 14-04-2013 ???.

d. Riwayat obstetri yang lalu

Tabel 4.1 Data 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	9 bln	-	Normal	Bidan	RS	-	P	2850/48	Hidup	11 th	Baik	iya
	2	9 bln	-	Normal	Bidan	RS	-	L	2900/49	Hidup	7 th	Baik	iya
	3	H	A	M	I	L		I	N	I			

Keluhan pada awal kehamilan pertama ibu mual pada pagi hari, badan terasa tidak enak, nafsu makan berkurang dan pada akhir-akhir ini mudah lelah. Pergerakan anak pertama kali: pergerakan terasa pada usia kehamilan 5 bulan. Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : janinnya bergerak aktif.

Penyuluhan yang sudah di dapat ibu mendapatkan penyuluhan seperti nutrisi (makan teratur dan banyak makan), imunisasi, istirahat, aktifitas (kurangi kerja berat), dan tanda-tanda bahaya kehamilan, kebersihan diri (mandi teratur, gosok gigi,), dan seksualitas. Imunisasi yang sudah di dapat imunisasi lengkap saat bayi (TT1, TT2), saat kelas 1 SD (TT3) , saat CPW (TT4) dan TT5 diberikan pada usia kehamilan ke-7 saat ibu kontrol ulang di RS Muhammadiyah Surabaya.

e. Pola Kesehatan Fungsional

(a) Pola Nutrisi:

Sebelum hamil: makan 3 kali sehari dengan porsi nasi, sayur, dan lauk pauk sehari-hari. Dan minum 4-5 gelas air putih setiap harinya.

Selama hamil: makan 4 kali sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk pauk sehari-hari. Dan minum 9 gelas air putih serta segelas susu sapi murni.

(b) Pola Eliminasi

Sebelum hamil: BABnya lancar 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dan baunya khas dan tidak ada keluhan, BAKnya \pm 4-5 kali dalam sehari warna jernih kekuningan, baunya khas dan tidak ada gangguan saat berkemih.

Selama hamil: BABnya lancar 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak dan baunya khas, tidak ada keluhan dan BAKnya \pm 7-8 kali dalam sehari warna jernih kekuningan baunya khas dan tidak ada gangguan saat berkemih.

(c) Pola istirahat

Sebelum hamil: istirahat siang jarang terkadang \pm 2 jam per haridan tidur malam \pm 7-8 jam perhari dan tidurnya terasa nyenyak.

Selama hamil: istirahat siang \pm 3 jam setiap hari secara teratur dan istirahat malam \pm 8-9 jam setiap hari dan tidak ada gangguan

(d) Pola Aktivitas

Sebelum hamil: aktifitasnya sebelum hamil sebagai penjual kue di depan rumahnya dan ibu rumah tangga yang sehari-harinya melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, membersihkan rumah, mencuci baju dan piring saat pagi hari.

Selama hamil: selama hamil berjualan kue di depan rumahnya dan melakukan pekerjaan rumah sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

seperti memasak, membersihkan rumah dan mencuci baju dan piring dan tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat.

(e) Pola seksual

Sebelum hamil: melakukan hubungan seksual 2 kali dalam seminggu dan tidak ada keluhan baik sebelum maupun sesudah berhubungan.

Selama hamil: selama melakukan hubungan seksual sekali dalam seminggu, pada TM III 3-4 kali dalam seminggu dan tidak ada keluhan baik sebelum maupun sesudah hubungan.

(f) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: merokok, alcohol, narkoba, obat-obatan, jamu, binatang peliharaan

Sebelum hamil: tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman yang mengandung alkohol, memakai narkoba, memakai obat-obatan terlarang, tidak minum jamu, dan tidak mempunyai binatang peliharaan seperti kucing dan anjing.

Selama hamil: tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman yang mengandung alkohol, memakai narkoba, memakai obat-obatan terlarang, tidak minum jamu dan tidak memiliki binatang peliharaan seperti kucing dan anjing.

(g) Pola personal hygiene

Sebelum hamil: Sikat gigi bangun dan setelah bangun tidur, mandi 2-3 kali/hari, mengganti pakaian 2 kali/hari pagi dan sore, mencuci tangan sebelum makan, selesai BAB dan BAK ceboknya dari belakang ke depan.

Selama hamil: Sikat gigi bangun dan setelah bangun tidur, mandi 2 kali/hari, mengganti pakaian 2 kali/hari pagi dan sore, mencuci tangan sebelum makan, dan selesai BAB dan BAK ceboknya dari belakang ke depan.

f. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

g. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Keluarga ibu tidak mempunyai penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, Diabetes melitus, hipertensi, TORCH dan gemeli.

h. Riwayat psiko-social-spiritual

- a) Riwayat emosional : Pada awal kehamilankondisi emosionalnya stabil, padaTM III akhir mulai cemas dan gwlisah karena proses persalinannya tidak segera berlangsung.
- b) Status perkawinan: Menikah 1 kali pada usia 20 tahun lamanya13 tahun.
- c) Kehamilan ini : direncanakan.
- d) Hubungan dengan keluarga : sangat akrab, seperti sering bercanda dan selalu berkumpul dengan keluarga serta banyak keluarga yang berkunjung kerumahnya.
- e) Hubungan dengan orang lain: hubungan dengan orang lain biasa dan tidak pernah ada masalah dengan tetangga.
- f) Ibadah / spiritual : taat beribadah seperti sholat 5 waktu setiap hari.
- g) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : ibu dan keluarganya senang terhadap kehamilan ini.

- h) Dukungan keluarga : sangat mendukung dengan kehamilannya saat ini dibuktikan dengan ibu selalu diantarkan periksa ke puskesmas.
- i) Pengambil keputusan dalam keluarga : Suami.
- j) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin : ingin melahirkan ditolong oleh Bidan di RS Muhammadiyah Surabaya.
- k) Tradisi : Mengadakan pengajian ketika tali pusar bayi sudah lepas dan melakukan selapan ketika bayi berusia 40 hari.
- l) Riwayat KB : belum pernah memakai KB apapun

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional : kooperatif, tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 84 kali/menit, pernafasan 24 kali / menit , suhu $36^{\circ}c$. BB sebelum hamil 42kg, BB periksa yang lalu 55 kg tanggal 26-11-2013, BB sekarang 57 kg, tinggi badan 154 cm, lingkaran lengan atas 27 cm, taksiran persalinan 21-01-2014 ???, usia kehamilan 33 minggu, Skore awal ibu hamil :2, post date : 4, total nilai KSPR =6.

b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- a) Wajah : tampak simetris, wajah tidak pucat, wajah tidak terdapat cloasma gravidarum, wajah tidak odem.
- b) Rambut : kebersihan cukup, warna hitam,, panjang dan lurus, rambut tidak rontok dan tidak kusam, tidak ada ketombe, distribusi merata, tidak bercabang, kelembapan cukup.

- c) Kepala : simetris, tidak terdapat lesi atau benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.
- d) Mata : tampak simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada nyeri tekan pada papebra.
- e) Mulut & gigi : bibir tampak simetris, kebersihan cukup, mukosa bibir lembab, terdapat caries, tidak terdapat gingivitis dan epulis pada gigi, tidak ada stomatitis.
- f) Telinga : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada serumen, tidak terdapat nyeri tekan.
- g) Hidung : tampak simetris, tidak ada gerakan cuping, tidak ada tidak ada gangguan penciuman, kebersihan cukup, tidak terdapat sekret, tidak ada polip, septum nasi di tengah, tidak ada nyeri tekan.
- h) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar vena jugularis dan kelenjar bartholine dan skene.
- i) Dada : simetris, tidak ada retraksi dada, tidak terdapat massa abnormal, tidak terdapat suara ronchi -/- atau wheezing -/-.
- j) Mammae: tampak simetris, kebersihan cukup, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat benjolan yang abnormal, tidak terdapat massa abnormal, colostrum sudah keluar.
- k) Abdomen : pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan terdapat striae gravidarum, terdapat linea alba, terdapat hiperpigmentasi, tidak terdapat luka bekas operasi.

- a) Leopold I : TFU 2 jari dibawah *proxesus xiphoid*, bagian fundus uteri teraba bulat, tidak melenting dan lunak.
 - b) Leopold II: pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang seperti papan sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin.
 - c) Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, keras, melenting dan tidak dapat digoyangkan.
 - d) Leopold IV: bagian terbawah janin sejajar dengan PAP .
 - e) TFU Mc. Donald : 33cm
 - f) TBJ/EFW : 3410gram
 - g) DJJ : (+) 140 x/menit dan teratur,
Punctummaximum terdengar paling keras di kanan bawah perut ibu.
 - l) Genetalia : Vulva dan vagina tampak bersih, terdapat lendir berwarna putih dan tidak berbau, tidak terdapat condiloma akuminata, tidak odem dan tidak varises, tidak terdapat haemoroid pada anus.
 - m) Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, tidak odem, tidak ada gangguan gerak.
- c. Pemeriksaan Panggul
- a) Distancia Spinarum : 26 cm.
 - b) Distancia cristarum : 30 cm.
 - c) Conjugata eksterna : 19 cm.
 - d) Lingkar panggul : 93 cm.
 - e) Distancia tuberum : 17 cm.
- d. Pemeriksaan Laboratorium
- Pada tanggal : 17-12-2013

- a) Darah: Hemoglobin 9,8 gr % , HbSAg negatif
- b) Urine : Albumin negatif dan Reduksi negatif
- e. Pemeriksaan lain

USG : tanggal 17-12-2013 oleh dr.Soraya,SpOG

hasil jenis tunggal hidup, letak kepala, *Biparietal Diameter* (BPD) 41 minggu 1 hari. *Femur lenght* (FL) 40 minggu. Letak plasenta berada di fundus grade 1, ketuban cukup, perkiraan jenis kelamin laki-laki, perkiraan partus (EDC) tanggal 9-12-2013.

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GIII P₂₀₀₀₂ Usia Kehamilan 41 minggu , hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.
- b. Masalah : cemas dan gelisah.
- c. Kebutuhan : menjelaskan kondisi ibu pada saat ini dan memberi support agar ibu tidak cemas dan gelisah.

3. Antisipasi Terhadap Diagnosa/Masalah Potensial

Ibu : rasa takut akibat terlambat lahir, kesalahan letak.

Janin : IUFD, makrosomia, oligohidramnion, dismaturitas bayi.

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/ Kolaborasi/ Rujukan :

Kolaborasi dengan dokter SpOG tentang usia kehamilan.

5. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu ≤ 30 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : keadaan umum ibu dan janin baik, ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang disampaikan petugas tentang kehamilannya dan kecemasan ibu berkurang.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu.

Rasional : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif

2. Lakukan pendekatan terapeutik.

Rasional : Kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik.

3. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat.

Rasional : Kondisi ibu merasa nyaman dan mengurangi rasa cemas.

4. Lakukan observasi DJJ.

Rasional : Mengetahui jika terdapat tanda-tanda gawat janin.

5. Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.

Rasional : Mengetahui tindakan medic yang akan dilakukan.

6. Lakukan observasi TTV.

Rasional : Mengetahui kesehatan ibu.

6. Pelaksanaan Perencanaan

Hari/ Tanggal/ Jam: Sabtu, 17-12-2013 , 12.30 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kehamilannya yang sudah melewati waktu persalinan normal dan dampaknya pada janin yaitu stress pada janin.
2. Melakukan pendekatan terapeutik pada klien.
3. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat (posisi miring kanan dan miring kiri).
4. Melakukan observasi TTV

TD : 110/70mmHg

N : 84x/mnt

S : 36,7°C

Rr : 24x/m

5. Melakukan observasi DJJ dan tanda-tanda inpartu.

Pukul : 12.00 WIB

DJJ : 140x/m

His : (+) jarang

6. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk tindakan lebih lanjut →

VT : Ø 3 cm, pasien di perbolehkan pulang karena menolak masuk rumah sakit.

7. Evaluasi

Pukul : 12.35 WIB

Subyektif: ibu dan keluarga memahami penjelasan yang telah diberikan oleh bidan.

Obyektif: Ibu dapat mengulangi kembali beberapa penjelasan yang diberikan oleh bidan.

TTV : TD : 110/70mmHg

N : 84x/m

S : 36,7 °C

Rr : 24x/m

Assasment: GIII P₂₀₀₀₂ Usia Kehamilan 41 minggu , hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Planning: 1.Lanjutkan terapi.

2.Observasi di ruang VK.

4.2 PERSALINAN

Tanggal: 17-12-2013

Jam: 13.20 WIB

1. Pengumpulan data dasar

1.Data Subyektif

Keluhan utama : Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng sejak tanggal 17-12-2013 pukul 12.30 WIB dan mengeluarkan lendir bercampur darah dari jalan lahir, frekuensi serinG.Ibu cemas menghadapi persalinan.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah: 110/80 mmHg, denyut nadi 84 x/ menit, pernafasan 22x /menit, suhu 36,8°C

b. Pemeriksaan fisik

a) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen) dan pada perabaan jari 3/5 bagian

b) DJJ: 134 x/menit, TBJ : 3410 gram, teratur dan punctum maximum terdengar keras di daerah bawah umbilical sebelah kiri. His : 3x10' lama 35".

c) Genetalia : terlihat tidak ada luka / benjolan termasuk kondilomata, terdapat pengeluaran lendir bercampur darah dari vagina. Pemeriksaan Dalam : tanggal 17-12-2013 jam 13.30 WIB dengan hasil Ø 4 cm, effacement 50 % ketuban +, selaput ketuban utuh, presentasi kepala,

Hodge 2, denominator Ubun-Ubun Kecil, sutura tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil maupun terkecil janin.

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GIII P₂₀₀₀₂ Usia Kehamilan 41 minggu , hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase aktif.
- b. Masalah : cemas dan gelisah.
- c. Kebutuhan : menjelaskan kondisi ibu pada saat ini dan memberi support agar ibu tidak cemas lagi.

3. Antisipasi terhadap diagnosa /masalah potensial

Ibu : inersia uteri

Bayi : IUFD, makrosomia, oligohidramnion, dismaturitas bayi, gawat janin

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/Kolaborasi/Rujukan

Kolaborasi dengan dokter SpOG tentang terminasi kehamilan

5. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 3 jam diharapkan pembukaan lengkap dan ibu dapat memasuki kala II.

Kriteria hasil: KU ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terendah janin, his adekuat.

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan, bahwa ia dalam keadaan normal.
Rasional : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif.
2. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Rasional : persetujuan tertulis dari pasien

3. Bimbing ibu dan keluarga berdoa agar persalinan lancar.

Rasional : merasa tenang dan nyaman

4. Lakukan persiapan persalinan, tempat bersalin, pakaian bayi dan ibu.

Rasional : Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.

5. Melakukan masase pada punggung saat ada kontraksi agar ibu merasa nyaman dan nyeri dapat berkurang.

Rasional : Mengaktifkan sensori syaraf besar dan mencegah impuls kecil sehingga persepsi nyeri menurun.

6. Berikan asuhan sayang ibu

- a) bantu pengaturan posisi ibu yang nyaman.
- b) bantu ibu makan dan minum.
- c) berikan dukungan emosional kepada ibu agar ibu tidak merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya sekarang.
- d) ajarkan ibu teknik relaksasi agar ibu merasa rileks saat adanya kontraksi dengan cara menganjurkan ibu untuk melakukannafas dalam.
- e) lakukan pencegahan infeksi.

Rasional : Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.

7. Lengkapi lembar 18 penapisan persalinan.

Rasional : deteksi dini resiko selama persalinan

8. Lakukan observasi dan pengisian partograf.

Rasional : Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

6. Pelaksanaan Perencanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu pembukaan 4 cm dan keadaan ibu dan janin untuk sementara baik.
2. Melakukan *informed consent* pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.
3. Membimbing ibu dan keluarga berdoa agar persalinan lancar.
4. Melakukan persiapan persalinan, tempat bersalin, pakaian bayi dan ibu.
5. Melakukan masase saat ada kontraksi agar ibu merasa nyaman dan nyeri dapat berkurang.
6. Memberikan Asuhan sayang ibu
 - a. Membantu pengaturan posisi ibu yang nyaman.
 - b. Membantu ibu makan dan minum.
 - c. Memberikan dukungan emosional kepada ibu agar ibu tidak merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya sekarang.
 - d. Mengajarkan ibu teknik relaksasi agar ibu merasa rileks saat adanya kontraksi dengan cara menganjurkan ibu untuk melakukannafas dalam.
 - e. Melakukan pencegahan infeksi.
7. Mengisi lembar 18 penapisan persalinan.
8. Melakukan observasi dan pengisian partograf.

Lembar Observasi

Tabel 4.2 Lembar Observasi

No .	Hari/ Tanggal/ Jam	TTV	His	DJJ	Ket(vt,urine,bandel,inp ut)
1	Selasa, 17-12-2013 14.00 WIB	N:82x/menit RR:20x/menit	4x10' lama 40'	138 x/menit	Ibu minum teh hangat 1 gelas
2	14.30 WIB	N:84x/menit RR:22 x/menit	5x10' lama 45''	142 x/menit	Ibu makan 2-3 sendok nasi dan lauk
3	15.00 WIB	N:80 x/menit RR:24x/menit	5x10' lama 45''	148 x/menit	Ibu minum air putih ½ gelas air putih
4	15.25 WIB	TD : 110/70 mmHg N : 82 x/menit RR: 20 x/menit S : 36,5 °C	5x10' lama 45''	149 x/menit	Ibu mengatakan ingin meneran kuat dan kenceng-kencengnya bertambah VT Ø 10 cm, eff 100% ketuban pecah jernih (amniotomi), presentasi kepala, denominator Ubun-Ubun Kecil, kepala HIII tidak teraba bagian kecil janin maupun terkecil janin, sutura tidak ada molase

7. Evaluasi

Kala I

Subyektif :Ibu mengatakan perutnya kenceng dan rasanya ingin seperti BAB.

Obyektif :K/U ibu dan janin baik, Nadi:82 x/menit, Pernafasan : 20x/menit, His : 5x10 lama 45", DJJ : 149 x/menit.Genetalia : terdapat lendir bercampur darah, vulva membuka, anus menonjol. VT Ø 10 cm, effacement 100% ketuban pecah jernih, presentasi kepala, denominator Ubun-Ubun Kecil , kepala H III tidak teraba bagian kecil janin maupun terkecil janin, sutura tidak ada molase.

Assasment:Kala II

Planning :Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal langkah 1 sampai dengan langkah 27.

Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan ± 30 menit diharapkan persalinan dapat berjalan normal.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, ibu meneran kuat,adanya dorongan meneran, tenaga anus, perineum menonjol, vulva membuka, adanya His yang adekuat dan teratur.

Hari/tanggal : Selasa,17-12-2013

Jam: 15.30 WIB

Implementasi

1. Mengenali tanda gejala kala II, dorongan ingin meneran, tekanan yang semakin meningkat pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan masukkan spuit ke dalam partus pak.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk.
5. Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan di gunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin 10 iu ke dalam spuit yang telah di sediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan steril dan letakkan dalam partus pak.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas savlon dari arah depan ke belakang.
8. Melakukan periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap.
9. Mendekontaminasi sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% kemudian lepas terbalik serta rendam dalam larutan clorin selama 10 menit.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, beri posisi yang nyaman untuk meneran.
12. Meminta suami membantu memposisikan ibu dan memberi dukungan.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk menerandan istirahat jika tidak ada kontraksi dan dorongan meneran serta memberi cukup cairan.

14. Menganjurkan pada ibu untuk kembali mengambil posisi yang nyaman saat ada dorongan meneran.
15. Letakkan handuk bersih di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih, lipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan mendekatkannya.
18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
19. Lindungi perineum dengan kain yang telah di lipai 1/3 bawah bokong dan tahan kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat melahirkan kepala.
20. Melakukan cek kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala putar paksi luar.
22. Melahirkan bahu depan dan belakang dengan teknik biparietal.
23. Melahirkan badan dengan teknik sangga.
24. Melahirkan kaki dengan teknik susur.
25. Menilai segera bayi baru lahir, menangis kuat, gerakan aktif dan warna kulit kemerahan.
26. Mengeringkan tubuh bayi, bungkus kepala, dan tubuh serta tali pusat di bungkus dengan kasa steril dan kering.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

Evaluasi

Pada hari, Selasa, 17-12-2013 pukul 15.37 WIB.

Subyektif :Ibu mengatakan sangat senang sebab bayinya lahir dengan selamat.

Obyektif :Tanggal 17-12-2013, pukul 15.37 WIB lahir bayi spt B, tangisan bayi kuat,gerak aktif, warna kulit merah, jenis kelamin laki – laki, terdapat anus, tidak ada kelainan congenital.

Assessment : Kala III.

Planning : Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal langkah 28 sampai dengan langkah 40

Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama $\leq 15 - 30$ menit diharapkan plasenta lahir.

Kriteria Hasil : Plasenta lahir normal, kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan baik dari sisi fetal maupun maternal.

Selasa, 17-12-2013, pukul 15.37 WIB.

Implementasi

28. Memberitahu pada ibu bahwa akan di suntik oksitosin 10 iu.
29. Menyuntikkan oksitosin 10 iu secara IM setelah bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal.
30. Menjepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi,mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit kembali tali pusat dengan klem umbilikal pada 2 cm distal dari klem yang pertama.

31. Menggunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem, pengguntingan di lakukan di antara 2 klem tersebut, dengan tangan lain melindungi perut bayi.
32. Ikat tali dengan klem tali pusat.
33. Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusu dini.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 6 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas symphysis dan tangan lain meregangkan tali pusat.
36. Melakukan peregangan tali pusat sambil tangan lain mendorong ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Melakukan dan mendorong dorso cranial hingga plasenta lepas, meminta klien jangan meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Melahirkan plasenta dengan ke dua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian di lahirkan dan di tempatkan pada tempat yang telah di sediakan.
39. Meletakkan telapak tangan dan melakukan massage hingga fundus teraba keras (kurang lebih 15 detik).
40. Memeriksa ke dua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.

Evaluasi Kala III

Selasa, 17-12-2013 15.42WIB.

Subyektif : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas.

Obyektif : Keadaan umum ibu lemah, TD 110/70 mmHg, plasenta lahir lengkap, selaput ketuban dan kotiledon lengkap, selaput corion utuh dan panjang tali pusat 50 cm, tidak ada kelainan baik sisi fetal maupun maternal, insersi sentralis, diameter 25 cm, tebal 2 cm, berat 500 gram, TFU 2 jari bawah pusat, uc baik/ keras, jumlah darah 300 cc, ruptur derajat satu.

Assesment : Kala IV.

Planning : Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal langkah 41 sampai dengan langkah 58.

Kala IV

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak terjadi perdarahan UC keras, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong dan tidak ada komplikasi pada masa nifas

Implementasi

Selasa, 17-12-2013 15.52WIB.

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, adanya luka jahitan derajat 1.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.

43. Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
44. Timbang berat badan bayi, mengolesi mata dengan salep mata tetrasiklin 1 %, kemudian injeksi vit.K 1 mg IM di paha kiri.
45. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - Setiap 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama post partum
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - Setiap 30 menit pada 1 jam ke dua post partum.
47. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai sendiri kontraksi uterus.
48. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah perdarahan.
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.
50. Memeriksa pernapasan dan temperature setiap jam pada 2 jam Post partum.
51. Menempatkan semua alat bekas pakai pada larutan klorin 0,5% rendam selama 10 menit, lalu di cuci dan bilas.
52. Membuang bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan tubuh ibu, ganti pakaian dengan yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu nyaman, beri makan dan minum.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

56. Celupkan sarung tangan dan lepas secara terbalik dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Dokumentasikan proses persalinan dan lakukan asuhan kala IV dan lanjutkan partograf.

Evaluasi Kala IV

Pada hari Selasa, 17-12-2013 17.52 WIB.

Subyektif : Ibu mengatakan agak pusing, lemas, capek dan mengantuk tetapi ibu sangat senang sebab semuanya berjalan dengan lancar dan selamat.

Obyektif : Dari hasil pemeriksaan di dapatkan hasil BB bayi : 3100gr, PB bayi : 49 cm, keadaan umum ibu dan bayi baik, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x / menit teratur, suhu 36,8 °C, TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong, jumlah darah yang keluar ±150cc.

Assessment : P₃₀₀₀₃ 2 jam post partum dengan post date.

Planning : Pindah ke ruang nifas dan lakukan rawat gabung.

1. Beri HE tentang : tanda bahaya ibu nifas, pola eliminasi, mobilisasi dini, istirahat, asupan nutrisi, personal hygiene, pemberian ASI dan menyusui dini, massage kontraksi uterus.
2. Observasi 6 – 8 jam PP.

4.3 NIFAS

Pada hari Selasa, 17-12-2013 21.52WIB

1. Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subyektif

Keluhan utama :Ibu merasa perutnya mules-mules dan nyeri jahitan

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

K/U ibu dan janin baik, TD 100/60 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR: 24 kali/menit, Suhu : 37⁰C.

b. Pemeriksaan fisik

a) Mamae: simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak terdapat massa dan benjolan abnormal, ASI keluar kolostrum +/-.

b) Abdomen : terdapat linea nigra dan striae, TFU : 1 jari bawah pusat, Kontraksi uterus : bulat,keras.

c) Genitalia: tidak terdapat odem, terdapat luka jahitan yang tertutup kasa, kandung kemih : ± 200 cc,tidak terdapat odem dan varises, jumlah darah yang keluar ± 100 cc

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : P₃₀₀₀₃ 6 jam post partum.

Masalah : Nyeri luka jahitan.

Kebutuhan : He nutrisi, istirahat, laktasi, perawatan bayi dan personal hygiene.

3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ibu : Subinvolusi uteri, perdarahan postpartum, infeksi puerperium.

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SpOG

5. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama \pm 6-8 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.

Kriteria Hasil : TTV normal, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan 6-8 jam PP.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasional : ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan

2. Beritahu ibu penyebab dan cara mengatasi nyeri.

Rasional : mengurangi kecemasan ibu.

3. Antarkan ibu ke kamar mandi untuk ganti pembalut dan anjurkan ibu untuk membuang kasa yang menempel pada luka jahitan.

Rasional : Kebersihan diri dan asuhan sayang ibu

4. Anjurkan observasi TTV, TFU, Kontraksi Uterus, Kandung Kemih, dan perdarahan 6-8 jam PP.

Rasional : deteksi dini kelainan masa nifas

5. Ajarkan ibu masase uterus.

Rasional : Mengurangi terjadinya vasokonstriksi dan meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah.

6. Anjurkan ibu makan dan minum.

Rasional : nutrisi dan kebutuhan dasar ibu nifas.

7. Berikan terapi obat.

Rasional : Mencegah infeksi, mengurangi rasa nyeri

8. Ajarkan ibu dan keluarga untuk merawat tali pusat.

Rasional : mencegah infeksi masa neonatal.

9. Berikan konseling tentang perawatan perineum, mobilisasi dini, istirahat, tanda bahaya, cara meneteki dan cara pemberian ASI.

Rasional : menambah wawasan dan pengetahuan ibu.

6.Pelaksanaan Perencanaan

1. Memberitahukan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan.
2. Memberitahu ibu tentang mulas dan nyeri adalah fisiologis dialami oleh ibu nifas.
3. Mengantarkan ibu ke kamar mandi untuk ganti pembalut dan menganjurkan ibu untuk membuang kasa yang menempel pada luka jahitan
4. Pindahkan ibu ke ruang nifas.
5. Melanjutkan observasi TTV, TFU, Kontraksi uterus, Kandung kemih, dan perdarahan 6-8 jam PP.
 - a. TD : 110/70 mmHg Nadi : 90 kali/menit
 - b. Pernafasan : 24 kali/menit Suhu: 37⁰C
 - c. UC : bulat,keras TFU : 2 jari bawah pusat
 - d. Jumlah darah yang keluar: ± 150 cc
 - e. Kandung kemih ± 150 cc
 - f. Genetalia: Vulva vagina bersih, perineum bersih, terdapat bekas luka jahitan, pengeluaran pervaginam lokea rubra, anus bersih, tidak ada haemoroid.
6. Mengajarkan ibu untuk masase uterus,
7. Menganjurkan ibu makan dan minum

8. Memberikan terapi obat : Vitamil 1 x 200 mg, Ponsamic 3 x 500 gr, Lemoxil 3 x 500 mg
9. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk merawat tali pusat dengan menggunakan kasa kering steril tanpa menggunakan alkohol dan tidak boleh dibubuhi apapun.
10. Berikan konseling tentang :
 - a) Perawatan perineum dan personal hygiene: Merawat perineum tidak perlu memakai betadin. Hanya dengan dibersihkan yang bersih, dan cara membersihkan itu dari depan ke belakang. Mandi minimal 2 kali/hari, mengganti pembalut jika setelah BAB dan BAK, tidak perlu menunggu penuh.
 - b) Mobilisasi dini: Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini dengan latihan miring kiri dan kanan.
 - c) Istirahat : Mengajarkan ibu untuk istirahat juga saat bayinya tidur. Dan bangun saat menyusui bayinya agar istirahatnya tidak kurang.
 - d) Tanda bahaya nifas dan bayi: pada Nifas pusing berlebihan dan penglihatan kabur, wajah dan ekstremitas bengkak, demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, payudara merah, panas dan nyeri, perdarahan pervaginam yang banyak dan menggumpal, rasa sakit ketika BAB. Dan pada Bayi : pernafasan cepat, terlalu panas $\geq 38^{\circ}\text{C}$, warna kulit biru , pucat, kuning, hisapan lemah, mengantuk, banyak muntah, tali pusat bengkak, merah keluar nanah, dan berbau busuk, tidak kencing dalam 24 jam pertama, tangisan lemah. Jika terjadi salah satu tanda tersebut segera ibu hubungi petugas.

- e) Mengajarkan ibu cara meneteki yang benar yaitu dengan cara bayi menghadap ke perut ibu dan mata bayi lurus dengan puting susu ibu
 - b. Cara pemberian ASI dengan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan lain maupun susu formula.
- 5 Anjurkan ibu kunjungan ulang hari senin tanggal 21-01-2013 untuk imunisasi BCG dan polio 1 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

7.Evaluasi

Subyektif: Ibu merasa perutnya mules-mules dan nyeri jahitan

Obyektif: K/U ibu dan janin baik, TD 100/60 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR: 24 kali/menit, Suhu : 37⁰C.Mamae: simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak terdapat massa dan benjolan abnormal, ASI keluar kolostrum +/+. Abdomen : terdapat linea nigra dan striae, TFU : 1 jari bawah pusat, Kontraksi uterus : bulat,keras. Genetalia: tidak terdapat odem, terdapat luka jahitan yang tertutup kasa, kandung kemih : ± 200 cc,tidak terdapat odem dan varises, jumlah darah yang keluar ± 100 cc

Assesment: P₃₀₀₀₃ 6 jam post partum

Planning:

1. Beri konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Beri bayi ASI pada masa awal menjadi ibu.
3. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

4. Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.

Kunjungan Rumah I :1 MINGGU POST PARTUM

Hari/Tanggal/Jam: 24-12-2013 , 15.00 WIB

Subyektif: Ibu terlihat senang mendapatkan kunjungan rumah Ibu tidak ada keluhan. Ibu tetap menyusui bayinya tanpa menggunakan susu formula dan makanan tambahan lain. tali pusat bayi sudah lepas kemarin tanggal 23-12-2013. Bayi mendapat imunisasi BCG tanggal 23-12-2013.

Obyektif :Keadaan umum ibu dan bayi baik, TD 100/60 mmHg, N: 87x/menit, RR: 22x/ menit, Suhu: 37⁰C , Mata konjungtiva tidak pucat, Wajah tidak odem, Payudara terdapat ASI yang tidak terlalu penuh, TFU 1 jari atas simpisis, Genetalia : simetris, tidak odem dan varises, lochea serosa, anus tidak terdapat haemoroid.

Assesment:P₃₀₀₀₃1 Minggu Post Partum

Planning :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang keadaannya bahwa ibu dan bayinnya baik-baik saja
2. Mengajarkan ibu dan keluarga agar melepas gurita bayi dan mengantikannya dengan kaos dalam saja.
3. Mengajarkan ibu untuk selalu mendekap bayinya
4. Mengajukan ibu untuk memberikan makanan tambahan setelah 6 bulan
5. Mengingatkan ibu tentang pentingnya ASI eksklusif.

6. Menganjurkan ibu untuk membawanya ke tenaga kesehatan jika terjadi tanda-tanda bahaya bayi.

Kunjungan Rumah II :2 MINGGU POST PARTUM

Hari/Tanggal/Jam: 31-12-2013,15.30 WIB

Subyektif: Ibu tidak ada keluhan.

Obyektif: Keadaan umum ibu, TD 110/70 mmHg,N : 84x/menit, RR: 24x/menit
Suhu : 37⁰C, Payudara: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat bendungan ASI, TFU tidak teraba diatas simpisis, Abdomen: tidak terdapat massa abnormal, Tfu sudah tidak teraba lagi diatas simpisis, pengeluaran pervaginam lochea alba, tidak terdapat haemoroid pada anus.

Assesment:P₃₀₀₀₃2 Minggu Post Partum

Planning:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu dan bayi baik-baik saja.
2. Memberikan konseling tentang pola seksual. Hubungan seksual boleh dilakukan jika ibu tidak nyeri saat berhubungan dan hendaknya dilakukan saat selesai 40 hari setelah persalinan. Diharapkan pada 40 hari setelah persalinan keadaan ibu pulih kembali.
3. Menganjurkan ibu untuk selalu menimbang berat badan bayi setiap bulannya untuk mengetahui status gizi bayi.
4. Menganjurkan ibu untuk datang ke petugas kesehatan jika ada keluhan.