

BAB 4
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN

4.1 KEHAMILAN

4.1.1 PENGUMPULAN DATA DASAR

A. Subyektif

1. Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 13 April 2014, pukul 11.30WIB oleh Selly Febriaty.A, dan didapatkan hasil nama ibu Ny. N, usia 31 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai wiraswasta, nama suami Tn. K, usia 25 tahun, suku Jawa bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, alamat Sidoarjo.

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan penglihatan kabur

3. Riwayat Kebidanan

Kunjungan ini adalah kunjungan ulang yang ke 3. Ibu pertama kali menarache usia 12 tahun, siklus teratur 28 hari, banyaknya 2-3x/hari ganti pembalut, lamanya 7 hari, cair, warnanya merah tua, anyir, dismenorhoe saat haid 2 hari. Ibu juga mengalami flour albus, saat sebelum haid, lamanya 5 hari tidak berbau, warnanya putih kekuningan, banyaknya 2-3x/hari ganti pembalut. HPHT: 20-07-2013

4. Riwayat obstetri yang lalu

Tabel 4.2 Riwayat Obstetri yang Lalu

Suami ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	hamil ke	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	PB/BB	Hdp/Mt	usia	Kead.	Lak
1	1	H	A	M	I	L	I	N	I				

5. Riwayat kehamilan sekarang

Keluhan yang dirasakan ibu pada trimester 1 sampai trimester 3 yaitu mual ketika pagi hari, mual tersebut tidak sampai mengganggu aktifitas ibu sehari-hari dibuktikan dengan ibu tetap menjalankan aktifitas seperti biasanya.

6. Riwayat Pemeriksaan Antenatal

1) Tanggal 01-09-2013 (buku KIA bidan "K")

Keluhan mual, muntah, TD: 100/70mmHg, BB: 45kg, UK: 5 minggu, TFU 2 jari atas symphisis, ball(+), DJJ(-)

2) Tanggal 05-09-2013 (buku KIA bidan Ika)

Keluhan mual, TD: 90/60 mmHg, BB:43,5 kg, UK: 6-7 minggu, TFU: ball (+), ppt (+), DJJ (-)

3) Tanggal 01-10-2013 (buku KIA bidan "K")

Keluhan mual muntah, TD: 100/70mmHg, BB: 43kg, UK: 10minggu, TFU: 2 jari atas symphisis, ball(+), DJJ (-)

4) Tanggal 15-10-2013(buku KIA bidan Ika)

Keluhan mual, muntah, TD: 100/60mmHg, BB: 44 kg, UK: 12-13minggu, TFU: ball(+), DJJ (-)

- 5) Tanggal 03-11-2013(buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, TD: 110/70mmHg, BB: 45,4kg, UK: 14minggu, TFU: 2 jari bawah pusat, ball (+)
- 6) Tanggal 11-12-2013(buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, TD: 120/80mmHg, BB: 49kg, UK: 18 minggu, TFU: 2 jari bawah pusat, letkep
- 7) Tanggal 06-01-2014 (buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, TD: 110/70mmHg, BB: 51kg, UK:21minggu, TFU: setinggi pusat, letkep
- 8) Tanggal 01-02-2014(buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, TD: 110/70mmHg, BB: 52kg, UK: 24minggu, TFU: 20cm, letkep
- 9) Tanggal 12-03-2014 (buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, muntah, TD: 130/80mmHg, BB: 56kg, UK: 31minggu, TFU: 22cm, letkep
- 10) Tanggal 01-04-2014 (buku KIA bidan “K”)
Keluhan mual, TD: 160/100mmHg, BB: 57kg, UK: 36minggu, TFU: pertengahan pusat & px, letkep U
- 11) Tanggal 13-04-2014(buku KIA bidan Ika)
Keluhan pusing, TD: 180/110mmHg, UK: 37-38 minggu, TFU: 31cm, let kepU,
DJJ 144x/mnt

7. Pola Kesehatan Fungsional

- 1) Pola Nutrisi : Ibu mengatakan sebelum hamil ibu makan 3 kali perhari dengan 1 porsi nasi sedang, lauk pauk, buah dan minum $\pm 8-9$ gelas/hari. Dan pada saat selama hamil ibu makan 2-3 kali perhari dengan 1 porsi nasi sedikit, lauk pauk, sayur, buah dan minum $\pm 9-10$ gelas/hari.
- 2) Pola Eliminasi : Ibu mengatakan sebelum hamil BAB lancar 1 kali perhari dan BAK 6-7 kali perhari. Dan pada saat selama hamil BAB 1 kali perhari dan BAK 10-12 kali perhari.
- 3) Pola istirahat : Ibu mengatakan sebelum hamil tidur siang ± 4 jam perhari dan tidur malam $\pm 7-8$ jam perhari. Pada saat selama hamil tidur siang ± 4 jam perhari. tidur malam $\pm 6-7$ jam perhari.
- 4) Pola Aktivitas : ibu mengatakan sebelum hamil ibu melakukan pekerjaan rumah dan bekerja sebagai penjahit dan pada saat selama hamil ibu tetap melakukan pekerjaan rumah dan bekerja.
- 5) Pola seksual : Ibu mengatakan sebelum hamil ibu melakukan hubungan seksual 3x/minggu dan tidak ada keluhan. Pada saat selama hamil ibu melakukan hubungan seksual 1 x/3minggu.
- 6) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : Ibu mengatakan pada saat sebelum hamil dan saat hamil ibu tidak merokok, tidak minum alcohol, narkoba, obat-obatan, jamu dan tidak memelihara binatang

8. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :

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

9. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Dalam semua keluarga perempuan saat hamil menderita preeklampsia

10. Riwayat psiko-social-spiritual

- 1) Riwayat emosional ibu mengatakan pada trimester 1 sampai trimester 3 ini, ibu mudah tersinggung.
- 2) Status perkawinan Ibu mengatakan menikah 1 kali umur 29 tahun, lamanya 2 tahun.
- 3) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya: Ibu dan keluarganya senang terhadap kehamilan ini
- 4) Dukungan keluarga sangat mendukung dengan kehamilannya saat ini dibuktikan dengan ibu selalu diantarkan saat periksa ke BPS
- 5) Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami
- 6) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin ibu mengatakan ingin melahirkan ditolong oleh Bidan di RS.IBI Sidoarjo atau di RS.Siti Hajar Sidoarjo.
- 7) Riwayat KB ibu belum pernah menggunakan KB apa-apa dan rencananya akan menggunakan KB nonhormonal yaitu IUD karena tekanan darah ibu tinggi.

B. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum ibu baik, compos mentis, dan cemas. Tanda-tanda vital : TD= 180/110mmHg, N= 84x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,7⁰C, BB sebelum hamil 43,5 kg, BB periksa yang lalu (tanggal 01-04-2014) 57 kg, BB sekarang 58 kg, TB (tanggal 08-09-2013) 143 cm, Lila 26 cm.
- b. Taksiran pesalinan 27-04-2014, Usia Kehamilan 37 minggu 4 hari

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

- a. Wajah : Simetris, oedem, tampak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak terdapat benjolan dan terdapat nyeri tekan pada wajah.
- b. Mata : Simetris, sklera merah muda, kelopak mata oedem, conjungtiva merah muda, tidak terdapat benjolan dan terdapat nyeri tekan pada palpebra.
- c. Mamae : Simetris, oedem, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, ASI belum keluar
- d. Abdomen : pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, oedem, tidak terdapat linea nigra, tidak terdapat striae gravidarum, tidak terdapat luka bekas operasi.
- Leopold I : TFU 3 jari di bawah processus xyloideus, teraba lunak, dan tidak melenting, dan kurang bulat dibagian fundus.

- Leopold II : Teraba keras, panjang seperti papan pada bagian kiri dinding perut ibu dan teraba bagian terkecil janin disebelah kanan dinding perut ibu.
- LeopoldIII : pada bagian bawah perut ibuteraba bulat, keras,melenting dan tidak dapat digoyangkan
- Leopold IV : sebagian separuh masuk PAP (sejajar)
- 1) TFU Mc. Donald : 29cm
 - 2) TBJ/EFW : 2790gram
 - 3) DJJ : 144x/menit, teratur dan kuat.
- e. Genetalia : kebersihan cukup, tidak ada varises, tidak ada odema pada vulva, tidak terdapat infeksi menular seksual, tidak ada pembesaran pada kalenjar bartolini dan tidak ada pembesaran pada kalenjar skene, tidak ada nyeri tekan pada labia, tidak ada hemoroid pada anus.
- f. Ekstremitas : - Atas: simetris, turgor kulit baik, oedema+/, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan.
- Bawah: simetris, turgor kulit baik, oedema +/+, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah : Tidak dilakukan
- b. Urine : (12-03-2014, buku KIA)
 - Albumin : (++) (12-03-2014)
 - Reduksi : (-)

4. Pemeriksaan lain

- a. VT : tidak ada pembukaan, tidak ada blood show, ketuban utuh, presentasi kepala, tidak ada molase, tidak ada bagian terkecil janin yang menumbung
- b. USG : Tidak dilakukan
- c. NST : Tidak dilakukan

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa :
 - Ibu : G₁P₀₀₀₀₀, uk 37 minggu 4 hari, letak kepala \cup , intra uterin, keadaan umum ibu baik dengan PEB
 - Janin : Tunggal, hidup
- b. Masalah : Cemas
- c. Kebutuhan :
 1. Menjelaskan kondisi ibu saat ini bahwa ibu dalam keadan Preeklampsia Berat (PEB) dan butuh untuk dirujuk segera.
 2. Memberikan motivasi ibu agar TD tidak semakin tinggi dan DJJ stabil/ dalam batas normal (120-160x/menit)

4.1.3 Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Ibu : Eklampsia

Janin : IUFD

4.1.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk merujuk pasien ke RS.IBI Sidoarjo

4.1.5 Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (eklampsia) pada ibu & asfiksia BBL pada janin.

Kriteria Hasil : 1. DJJ dalam batas normal 120-160x/menit
2. Tidak terjadi kejang
3. Ibu lebih tenang sehingga bisa mengerti dan memahami penjelasan dari petugas kesehatan

Intervensi

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien dan keluarga.

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

2. Lakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG untuk pemberian terapi.

Rasional : fungsi interdependent.

3. Lakukan informed consent

Rasional : adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan

4. Anjurkan pasien tirah baring miring ke satu sisi

Rasional : pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

5. Pasang infus RL

Rasional : RL diberikan dengan pertimbangan tingkat dehidrasi pasien masih rendah dan termasuk balance crystalloid yang komposisinya dapat mengembalikan cairan ekstraseluler yang hilang

6. Berikan Anti konvulsan

Rasional : anti konvulsan diberikan dengan pertimbangan apabila diduga ada resiko eklampsia

7. Pasang dower kateter

Rasional : cairan yang diberikan berlebihan atau tidak terpantau, ibu rentan mengalami edema paru

8. Berikan obat antihipertensi Nifedipine 5-10mg tiap 8 jam, atau Methyldopa 250 mg tiap 8 jam

Rasional : pengobatan antihipertensi diberikan pada ibu yang memiliki tekanan sistolik diatas 160 mmHg atau diastolik diatas 110 mmHg

9. Segera Rujuk

Rasional : fungsi interdependent (Sarwono, 2006)

(Lilis, 2011)

4.1.6. Implementasi

Hari, Tanggal, Jam : Minggu, 13-04-2014, 12.00 WIB

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaannya saat ini bahwa ibu dalam keadaan preeklampsia berat (PEB) dengan TD=180/110mmHg dan tubuh ibu bengkak sehingga butuh untuk segera dirujuk.
2. Melakukan inform consent pada ibu dan keluarga.
3. Memberitahu ibu setiap tindakan yang akan dilakukan bahwa akan dilakukan pemasangan infus, kateter tetap, dan oksigen
4. Melakukan observasi:
 - a. keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, dan reflek patella (k.u ibu baik, TD=180/110mmHg, N=88x/menit, RR=20x/menit, reflex patella +/+).
 - b. DJJ=144x/menit
5. Memasang O2 nassal 6L, memasang infus RL 16tpm, dan kateter tetap
6. Melakukan observasi his= 2x10'x15"
7. Menganjurkan ibu miring ke kiri
8. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk merujuk pasien ke RS.IBI Sidoarjo
9. Mempersiapkan pasien untuk dirujuk (Bidan, alat, keluarga, surat rujukan, kendaraan, uang
10. Melakukan observasi ulang :
 - a. TD=180/110mmHg
 - b. his=2x10'x20", DJJ=148x/menit
11. Berangkat ke tempat rujukan

4.1.7 Evaluasi : SOAP

Minggu / 13-04-2014/ 13.10 wib

- S** : Ibu dan keluarga mengatakan bersedia untuk dirujuk
- O** : TTV: TD= 180/100mmHg, N=84x/menit, RR=20x/menit,
DJJ(+) 144x/menit, His 2x10'x30"
- A** : Ibu : G₁P₀₀₀₀₀, UK 37 minggu 4 hari letkep \cup dengan PEB
Janin : tunggal, hidup
- P** : 1. Memberi motivasi pada ibu agar TD ibu tidak semakin tinggi dan Bidan Ika merujuk pasien ke RS.IBI Sidoarjo
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah (TD=180/100mmHg)
3. Sampai di RS.IBI Sidoarjo
4. Serah terima pasien dengan petugas kesehatan di RS.IBI Sidoarjo dengan TD=181/100mmHg, DJJ (+) 150x/menit.
5. Bidan RS.IBI melakukan pemeriksaan:
- VT belum ada pembukaan, ketuban utuh, H1(+)
 - Cek protein urine, didapatkan hasil (++)
 - Cek Hb, didapatkan hasil 6gr% (Hb sahli)
6. Bidan RS.IBI konsul dr.SpOG dan melaksanakan advice dokter:

- a. Memberi nifedipine 10mg 1/2 tab sublingual
 - b. Pemantauan TD, hasilnya 179/99mmHg
7. Bidan Ika memberi motivasi pada ibu agar kondisinya lebih tenang
 8. Memberi penjelasan kepada keluarga bahwa Ny.N sudah ditangani oleh tenaga kesehatan dari RS.IBI, jadi keluarga tidak perlu merasa khawatir akan kondisi Ny.N
 9. Kembali ke RB

4.2.Nifas

Sabtu, 19April 2014. Pukul 08.00 wib

4.2.1 Pengumpulan Data Dasar

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Hari ini tanggal 19 April 2014 ibu datang ke bidan Ika untuk kontrol nifas dengan keluhan kaki bengkak

2. Pola fungsi kesehatan

- 1) pola nutrisi : makan 3x dengan ½ porsi nasi sedang, lauk pauk, sayur. Minum: 8-10 gelas/ hari
- 2) pola eliminasi : Buang air kecil : 7 x (spontan, tidak nyeri), buang air besar 1x (Spontan, konsistensi lunak).
- 3) Pola istirahat : istirahat ± 7-8 jam/hari
- 4) Pola aktivitas :mengurus bayinya di rumah

B. Obyektif

1. Riwayat persalinan

IBU :

Kala I : jam	}	Tidak terkaji
Kala II : menit		
Kala III : menit		

BAYI :

Lahir : Operasi SC

Hari/Tanggal/Jam : Selasa/15-04-2014/16.00

BB/PB/AS : 2600/47cm/-
 Cacat bawaan : -
 Masa gestasi : 37 minggu 4 hari

2. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik, BB= 56 kg, TD= 140/90 mmHg, N= 80x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,4°C

3. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah : Tidak oedem, tidak pucat
- 2) Mata : Conjunctiva merah muda, sclera putih
- 3) Mamae : Bersih, tidak ada benjolan, terdapat hiperpigmentasi areola, puting susu menonjol, bila ditekan payudara terasa penuh
- 4) Abdomen : TFU2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, terdapat luka melintang bekas operasi SC diatas symphisis tertutup oleh kassa kering
- 5) Genetalia : Lochea sanguilenta
- 6) Ekstremitas : Atas: Oedem - / -, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan
 Bawah: Oedem +/+, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan

4. Pemeriksaan Laboratorium

Darah : Hb= 10,7 gr%

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : P₁₀₀₀₁, post SC hari ke 4
2. Masalah : kaki bengkak
3. Kebutuhan : HE nutrisi, penyebab kaki bengkak & cara mengatasinya, pola aktivitas

4.2.3 Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Tidak ada

4.2.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/rujukan

Tidak ada

4.2.5 Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 1 jam diharapkan ibu dapat mengerti akan kondisinya dan masa nifas berjalan dengan normal

1. k.u ibu baik, Ibu lebih kooperatif dengan petugas

Kriteria hasil : kesehatan

2. tidak ada infeksi luka post SC: tidak timbul nanah, bengkak, bau, dan perdarahan
3. ibu bisa melakukan penjelasan dari petugas kesehatan
4. ibu bersedia diet nutrisi sesuai yang dianjurkan oleh dokter & bidan

Intervensi

1) Jelaskan pada ibu tentang kondisinya

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

2) Observasi keadaan umum

Rasional : ibu hamil tampak setengah sadar atau mengantuk serta penglihatan kabur merupakan tanda preeklampsia / eklampsia.

3) Pantau tekanan darah dan protein

Rasional : kenaikan tekanan darah sistol yang lebih dari 30 mmHg atau diastol yang lebih dari 15 mmHg tiap 30 menit berpotensi menjadi preeklampsia. Dan adanya kadar albumin dalam urine yang $\geq +2$ tanda preeklampsia

4) Anjurkan pada ibu untuk banyak istirahat

Rasional : dapat menurunkan laju metabolisme dan memungkinkan nutrisi dan oksigen yang digunakan sebagai proses pemulihan.

5) Anjurkan pada ibu untuk diet rendah garam

Rasional : natrium yang terkandung dalam garam dapat mengikat cairan dan menumpuk dalam tubuh sehingga menyebabkan tubuh ibu mengalami bengkak

6) Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk pemberian terapi

Rasional : fungsi independen

(Wiknjosastro,2006)

4.2.6 Implementasi

Sabtu / 19 April 2014/ Pukul 08.30 wib

1. Melakukan pemberian imunisasi Hb0 pada bayi Ny.N
2. Mengganti perban luka post SC ibu dengan plester anti air
3. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa luka bekas operasi tidak ada infeksi, tubuh ibu masih bengkak, ibu masih mengalami anemia ringan dengan Hb 10,7gr%, dan tekanan darah ibu masih 140/90 mmHg
4. Menjelaskan pada ibu mengenai penyebab kaki bengkak yaitu karena terhambatnya aliran darah selama hamil yang didistribusikan dalam beberapa hari setelah melahirkan. Serta masih adanya peningkatan volume cairan dalam tubuh ibu
5. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi kaki bengkak, yaitu dengan meninggikan posisi kaki saat tidur, istirahat cukup, dan jangan menggantungkan posisi kaki saat menyusui atau saat aktivitas apapun
6. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup agar proses penyembuhan luka post operasi ibu bisa cepat pulih
7. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar yaitu dengan duduk tegak, posisi bayi miring sejajar menghadap ke badan ibu, dan tangan ibu memeluk bayinya
8. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan terapi multivitamin yang diberikan oleh dokter, yaitu: Asam Mefenamat (3dd1), Sulfas Ferosus (3dd1), Nifedipine (3dd1), KSR (3dd1)
9. Menambahkan multivitamin tablet besi untuk penambah darah pada ibu
10. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 23-04-2014

4.2.7 Evaluasi

Sabtu/ 19 April 2014/ Pukul 09.00 wib

- S** : ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan
- O** : ibu bisa menerapkan posisi menyusui yang benar dan cara mengatasi kaki bengkok yang telah diajarkan oleh petugas kesehatan
- A** : P₁₀₀₀₁, 4 hari post SC
- P** : 1. HE nutrisi
2. HE cara perawatan bayi
3. HE ASI eksklusif
4. Menepakati jadwal kunjungan ulang tanggal 23-04-2014

4.2.8 CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Rumah I

Minggu, 20 April 2014 pukul 09.00

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

1. k.u ibu baik, TTV, TD= 140/80mmHg, N= 80x/menit, RR=20x/menit,
S=36,7°C

2. Mamae: tidak oedem, putting susu menonjol, ASI+/-

3. Abdomen: luka bekas operasi masih tertutup plester anti air, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post SC

4. TFU= 2 jari bawah pusat, uc keras

5. Genetalia: Lochea sanguilenta, perdarahan \pm 1/4 pembalut

6. Ekstermitas: atas: oedem +/-, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan

Bawah: oedem +/+, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan

A : P₁₀₀₀₁, 5 hari post SC

P : 1. HE aktivitas

2. HE nutrisi

3. HE cara mengatasi kaki bengkak

4. HE cara perawatan luka post SC

BAYI

S : -

O : Ikterus (-), BAB/BAK +/+, tali pusat kering, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronchi & wheezing.

A : By.Ny.N usia 5 hari

P : HE perawatan tali pusat

4.2.9 CATATAN PERKEMBANGAN**Kunjungan Ulang I**

Rabu/ 23 April 2014/ Pukul 18.00 wib

IBU

S : Ny.N datang ke RB AL-HAZMI untuk control ulang nifas yang ke 2 sekaligus untuk imunisasi BCG bayinya

O : 1. k/u ibu baik, TTV: TD: 140/90 mmHg, Nadi: 80x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36°C, ASI +/+

2. TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, terdapat luka bekas operasi, luka operasi sedikit kering.

3. Genetalia : lochea sanguilenta (1/4 pembalut),

A : P₁₀₀₀₁, 9 hari post SC

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu memahami.

2. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

pada bayi sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu memahami.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin. Ibu memahami.
4. Memberikan KIE : aktivitas, nutrisi diet garam, personal hygiene, perawatan payudara, posisi kaki saat tidur dan saat menyusui
5. melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG untuk melanjutkan terapi oral & kontrol nifas untuk memantau kondisi nifas ibu

BAYI

S : -

O : Ikterus (-), BAB/BAK +/+, tali pusat sudah lepas, BB= 2700gr, PB= 47cm, imunisasi BCG+O1

A : By.Ny.N umur 9 hari

- P** : 1. memberi HE perawatan tali pusat.
2. memberi HE perawatan bayi.
3. memberi jadwal kunjungan ulang untuk imunisasi selanjutnya.

4.2.10 CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Rumah II

Jumat, 25 April 2014 pukul 09.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

1. k.u ibu baik, ASI +/+, TTV, TD= 140/80mmHg, N= 80x/menit, RR= 20x/menit, RR= 20x/menit, S=36,7°C
2. Abdomen: luka bekas operasi masih tertutup plester anti air, TFU= 3 jari bawah pusat, uc keras
3. Genetalia: Lochea serosa, perdarahan \pm 1/4 pembalut
4. Ekstermitas: atas: oedem -/-, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan. Bawah: oedem +/+, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan

A : P₁₀₀₀₁, 10 hari post SC

P : 1. HE aktivitas

2. HE nutrisi

3. HE cara mengatasi kaki bengkak

BAYI

S : -

O : Ikterus (-), BAB/BAK +/+, tali pusat sudah lepas, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronchi & wheezing, ada bekas suntikan BCG di lengan luar sebelah kanan atas

A : By.Ny.N usia 10 hari

P : HE imunisasi

4.2.11 CATATAN PERKEMBANGAN**Kunjungan Ulang II**

Minggu/ 27 April 2014/ Pukul 09.00 wib

IBU

S : Ny.N datang ke RB AL-HAZMI untuk control ulang nifas yang ke 3 sekaligus untuk mengganti plester anti airnya.

O : 1. k/u ibu baik, wajah tidak oedem, tidak pucat, TTV:TD: 140/80mmHg, Nadi:80x/menit, RR: 20x/menit, S : 36°C

2. ASI +/+

3. TFU: 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, terdapat luka bekas operasi, luka operasi sudah kering.

4. Genetalia : lochea serosa(1/4 pembalut),

A : P₁₀₀₀₁, 13 hari post SC

- P** :
1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu memahami
 2. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu memahami.
 3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin. Ibu memahami.
 4. Memberikan KIE : aktivitas, nutrisi diet garam, personal hygiene, perawatan payudara, posisi kaki saat tidur dan saat menyusui
 5. melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG untuk melanjutkan terapi oral & kontrol nifas untuk memantau kondisi nifas ibu