

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subyektif

a. Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 03-07-2014 dan di dapatkan nama istri : Ny.E, usia 27 tahun, agama islam, suku/bangsa jawa /indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan IRT, nama suami Tn H, 27 tahun, agama islam, suku/bangsa jawa/indonesia, pendidikan SMK, pekerjaan swasta, alamat Gubeng kertajaya, No telp:082131xxxxx, No Reg:264/13.

b. Keluhan Utama

ibu mengatakan sering kencing, sehari ibu kencing 11-12x, akan tetapi tidak mengganggu aktifitas, sering kencing ini terkadang tidak bisa ditahan.

c. Riwayat Kebidanan

Kunjungan ulang ke 4, riwayat menstruasi (menarce usia 13 tahun (kelas 1 SMP), siklus 28 hari, teratur, banyaknya 2-3 softex/hari, lamanya 7 hari, sifat darah campuran terkadang cair dan menggumpal, warna merah segar, merah tua, dan merah kehitaman, baunya anyir, disminorhoe 1-2 hari, keputihan sesudah haid selama 3 hari, tidak berbau, berwarna bening sampai putih susu, sedikit. HPHT :05-10-2013.

d. Riwayat Obstetri yang Lalu

Ibu saat ini hamil kedua, hamil pertama usia kehamilannya 9 bulan, lahir normal, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3100 dan panjang badan 51 cm, ditolong bidan di Bidan Praktek Swasta, saat ini usia anaknya 4 tahun, keadaan baik dan minum Air Susu Ibu (ASI) selama 1,5 tahun.

e. Riwayat Kehamilan Sekarang

Keluhan

Pada pengkajian di didapatkan Trimester II: Ibu sering kencing, Trimester III : Ibu mengatakan mual kadang – kadang dan sering kencing. Pergerakan anak pertama kali : 5 bulan. Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir: Sering, Penyuluhan yang sudah di dapat : Nutrisi, kebersihan diri, aktifitas, seksualitas, dan tanda-tanda bahaya kehamilan. Imunisasi yang sudah di dapat : TT 5 (CPW).

f. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi : sebelum hamil Ibu makan 3x sehari dengan porsi cukup yaitu nasi, lauk dan sayur, buah. Minum 5-6x dengan air putih dan teh. Saat hamil Ibu makan 3x sehari dengan porsi sedang yaitu : nasi, sayur dan lauk. Minum 7-8x dengan air putih, teh dan susu.

b. Pola Eliminasi : Sebelum Hamil Ibu bab 1x dengan konsistensi lunak, Bak \pm 5x, warna orange, bau amoniak.

Saat hamil Ibu bab 1x dengan konsistensi lunak. Bak \pm 11 - 12x, warna kuning bening, bau amoniak.

- c. Pola Istirahat : Sebelum Hamil Ibu istirahat siang \pm 1jam dengan duduk,atau berbaring. Ibu istirahat malam dengan tidur \pm 7-8 jam.Saat hamil : Ibu istirahat siang dengan duduk atau tiduran \pm 1 jam.Istirahat malam dengan tidur \pm 7-8 jam.
- d. Pola Aktivitas : melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, memasak, mencuci dll. Selama hamil : tetap melakukan pekerjaan rumah tangga akan tetapi yang ringan-ringan saja serta dibantu oleh keluarga.
- e. Pola Personal Hygine : Sebelum Hamil Ibu mandi 2x sehari dan ganti celana dalam dan bra sehari sekali. Saat hamil Ibu mandi 2x sehari dan ganti celana dalam dan bra sehari sekali.
- f. Pola Seksual : Sebelum Hamil Ibu melakukan hubungan seksual seminggu \pm 2-3x dan tidak ada keluhan saat dan selesai melakukan hubungan. Saat hamil Ibu jarang melakukan hubungan seksul \pm 1-2 x dalam 2 minggu karena kehamilan sudah besar dan ibu takut melakukan hubungan seksual, ibu tidak ada keluhan ketika selesai melakukan hubungan.
- g. Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan: merokok, narkoba, obat-obatan, jamu,binatang peliharaan:Sebelum Hamil : Ibu tidak merokok, tidak konsumsi obat-obatan, jamu, tidak ada hewan peliharaan. Saat hamil : Ibu tidak merokok, tidak konsumsi obat-obatan, jamu, tidak ada hewan peliharaan.
- g. Riwayat Penyakit Sistemik yang Pernah di Derita

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit (Jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, dan TORCH).

h. Riwayat kesehatan dan Penyakit Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak memiliki penyakit (Jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, TORCH dan kembar).

i. Riwayat Psiko-sosial-spiritual

1) Riwayat emosional :

Pada Trimester I: Ibu mengatakan sangat senang dengan kehamilannya yang ke-2, Trimester II : Ibu mengatakan tidak ada riwayat emosional, Trimester III: Ibu mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan yang sudah semakin adekuat.

2) Status perkawinan

Ibu menikah usia 23 tahun, lamanya 4 tahun, menikah 1x dan suami yang ke-1, kehamilan ini direncanakan, hubungan dengan keluarga dan orang lain akrab, ibadah/spiritual patuh, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya sangat senang dengan adanya kehamilan ini.

keluarga sangat mendukung dengan adanya kehamilan ini, dengan cara mengingatkan ibu untuk kontrol teratur, makan dan minum obat.

Pengambil keputusan dalam keluarga suami, ibu, dan keluarga.

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin BPS. Maulina Hasnida, oleh Bidan, tidak ada tradisi dalam keluarga.

j. Riwayat KB

Ibu mengatakan setelah menikah tidak menggunakan kb, setelah melahirkan anak yang pertama ibu kb suntik 3 bulan selama $\pm 1,5$ tahun karena ibu.

k. Riwayat Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Trimester 2 =1 kali

1. Tanggal 01-04-2014

Keluhan sering kencing, TD: 110/80 mmHg, BB: 76 kg, UK 26-27 minggu, TFU 2 jari bawah pusat, letak kepala, puka, DJJ 145 x/menit, multivitamin fe/novakal, nasihat tentang periksa kehamilan secara rutin, persiapan melahirkan (bersalin), perawatan sehari-hari (personal hygiene, aktifitas, istirahat, seksual), anjurkan makan buat ibu hamil (makan pola gizi seimbang, larangan minum jamu, minuman keras, merokok) dan tanda bahaya kehamilan di BPS Maulina Hasnida Amd. Keb, kontrol ulang tanggal 15-04-2014.

Trimester 3 = 2 kali

1. Tanggal 15-05-2014

Keluhan mual kadang - kadang, TD: 110/80 mmHg, BB: 78 kg, UK32 minggu + 4 hari, TFU 3 jari atas pusat, letak kepala, puka, DJJ 132 x/menit, multivitamin berlosid, nasehat tentang persiapan melahirkan, tanda-tanda persalinan di BPS Maulina Hasnida Amd. Keb, kontrol ulang tanggal 01-06-2014

2. Tanggal 10-06-2014

Tidak ada keluhan, TD: 110/80 mmHg, BB: 79 kg, UK 36 minggu, TFU 3 jari bawah px, letak kepala U, puka, DJJ 148 x/menit, multivitamin makro B1, nasehat tentang persiapan melahirkan, tanda-tanda persalinan di BPS Maulina Hasnida Amd. Keb, kontrol ulang tanggal 25-06-2014.

2) Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional kooperatif, Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 120/80 mmHg, dengan berbaring, Nadi : 80x/menit teratur, Pernafasan: 20x/menit teratur , suhu: 36,5°C aksila. BB sebelum hamil:74 kg,BB periksa yang lalu:79kg. (10-06-2014), BB periksa sekarang : 80 kg,Tinggi badan: 165 cm, Lingkar Lengan Atas : 32 cm. Taksiran persalinan: 12-07-2014, Usia kehamilan: 38 minggu 6 hari, Skore Poedji Rochjati : 2.

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

- a. Mata : mata simetris, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra.
 - b. Mulut dan gigi: mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, gingivitis gigi dan gusi bersih, tidak ada caries, tidak ada epulis, lidah bersih.
 - c. Mamae : simetris, kebersihan cukup, terdapat pembesaran pada payudara, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu, puting susu menonjol, tidak ada benjolan yang abnormal, ASI belum keluar.
 - d. Abdomen : terdapat pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum, terdapat linea alba, kandung kemih kosong.
- 1) Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xipoid, teraba lunak, kurang bundar dan kurang melenting.

2) Leopold II: teraba bagian janin yang panjang, keras, seperti papan disebelah kanan ibu, pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

3) Leopold III : bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan tidak dapat digoyangkan.

4) Leopold IV : konvergen, penurunan kepala 1/5 bagian.

a. TFU Mc.Donald : 34cm.

b. TBJ/EFW : 3,565 gram.

c. DJJ : 140x/menit.

j. 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.

3) Pemeriksaan Laboratorium

Darah : HB: 12 gram pada tgl 03-07-2014

Urine : albumin : negatif, reduksi : negatif (03-07-2014)

4) Pemeriksaan Lain :

USG : tidak di lakukan.

NST : tidak dilakukan.

2. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G₂ P₁₀₀₀₁, UK 38 minggu 6 hari, hidup, tunggal, letak kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

b. Masalah : sering kencing.

c. Kebutuhan :

1. Berikan He tentang penyebab sering kencing.
2. Berikan He Tentang cara-cara mengatasi sering kencing.

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan Segera

Tidak ada

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 45menit, diharapkan ibu dapat memahami penyebab sering kencing dan mampu mengatasi sering kencing yang di alami .

Kriteria Hasil : a. Ibu mengerti penyebab dari sering kencing

b. Ibu mampu mengulangi apa yang telah disampaikan petugas kesehatan

c. Ibu mampu mempraktekkan apa yang disarankan petugas kesehatan

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini.

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

2. Jelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing.

Rasional: hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih akibat dari lightning.

3. Berikan He tentang cara-cara mengatasi sering kencing

Rasional: pengurangan asupan cairan sebelum tidur malam akan menjadikan wanita hamil tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur.

4. Berikan He tentang tanda-tanda bahaya kehamilan.

Rasional: membantu ibu membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat.

5. Berikan He tentang persiapan persalinan.

Rasional: informasi tentang persiapan persalinan dalam meningkatkan kewaspadaan diri terhadap komplikasi selama persalinan.

6. Berikan He tentang tanda-tanda persalinan.

Rasional: membantu ibu mengenali terjadinya persalinan sehingga membantu dalam proses penanganan yang tepat waktu.

7. Berikan multivitamin seperti novabion 1x1, kalk 1x1

Rasional: vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal.

8. Anjurkan kontrol ulang.

Rasional: kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 1 minggu sekali.

6. Melaksanakan Perencanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kondisi yang dialami ibu saat ini hal yang fisiologis (wajar).
2. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab sering kencing, yaitu :Tekanan uterus pada kandung kemih, tekanan kepala pada kandung kemih,sering kencing pada malam hari akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air.
3. Memberikan He tentang cara-cara mengatasi masalah yang dialami ibu, yaitu :Kosongkan kandung kemih saat terasa ada dorongan untuk berkemih, perbanyak minum pada siang hari, kurangi minum mendekati waktu tidur pada malam hari untuk mencegah sering kencing, batasi minum-minuman dengan bahan diuretik seperti kopi, teh, coca-cola dan kafein.
4. Memberikan He tentang tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu penglihatan kabur, sakit kepala yang hebat, bengkak seluruh tubuh, nyeri ulu hati, nyeri perut bagian bawah janin tidak bergerak atau gerakannya berkurang, perdarahan, dan keluar air terus menerus pada vagina.
5. Memberikan He tentang persiapan persalinan, yaitu BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat rujukan, obat, kendaraan, uang, darah).
6. Memberikan He tentang tanda-tanda persalinan, yaitu kencing-kencing yang menjalar ke pinggang, keluar lendir bercampur darah dari vagina dan keluar cairan air ketuban baik merembes maupun pecah.
7. Memberikan multivitamin yaitu gestamin 1x1, berlosid 1x1
8. Menganjurkan kontrol ulang 1 minggu lagi tanggal 10-07-2014

7. Evaluasi

Hari, Tanggal, Jam : Kamis, 03-07-2014 Jam 15.45 WIB

Subjektif : Ibu mengerti dan memahami penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan.

Objektif : Ibu mampu mengulangi penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan.

Assesment : G2P10001, UK38 minggu 6 hari, hidup, tunggal, letak kepala U, intrauteri, ukuran panggul luar dalam batas normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Planning :

1. Mengajukan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 10-07-2014 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.
2. Mengingatkan ibu untuk minum obat yang diberikan (berlosid, gestamin).
3. Mengingatkan ibu untuk mempersiapkan persiapan persalinan.

Catatan Perkembangan

1. Kunjungan Rumah I

Hari, Tanggal, Jam : Jum'at, 04-07-2014, 15.30 WIB

Subjektif : Keadaannya saat ini lebih baik, ibu mengatakan keluhan sering kencing tetap ada akan tetapi sudah berkurang dan dapat teratasi, ibu merasa tidak ada keluhan, dan kencing-kencing jarang, frekuensi 10 menit 1 kali dan sebentar.

Objektif: K/U ibu baik, kesadaran compos mentis ibu kooperatif, TD 120/70 mmHg, N: 78 x/menit, S 36,5⁰C, RR 22x/menit, pada pemeriksaan

fisik tidak ada kelainan, colostrum belum keluar. Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xipoid, teraba lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Leopold II : teraba bagian janin yang panjang, keras, seperti papan disebelah kanan ibu, pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III : bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan tidak dapat digoyangkan. Leopold IV: konvergen, penuruan kepala 1/5. TFU Mc. Donald : 34cm. DJJ : 148x/menit. TBJ : 3,565 gram

Assasment : G2P10001, UK 39 minggu, janin hidup, tunggal, let kep \cup , intra uteri, keadaan umum ibu dan janin baik.

Planning :

a. Memantau kesejahteraan ibu dan janin baik.

Evaluasi: keadaan ibu dan janin baik.

b. Mengevaluasi keluhan sering kencing.

Evaluasi: keluhan sering kencing tetap ada akan tetapi tidak khawatir lagi.

c. Memberikan He tentang tanda-tanda persalinan.

Evaluasi: ibu mampu menyebutkan tanda bahaya kehamilan dan tindakan apa yang harus segera dilakukan.

d. Kunjungan di BPS. Maulina Hasnida Amd.keb sewaktu waktu ada keluhan.

Evaluasi: ibu mengerti dan menyetujui.

2. Kunjungan Rumah II

Hari, Tanggal, Jam : Sabtu, 08-07-2014, 14.30 WIB

Subyektif : Keadaannya saat ini lebih baik, ibu mengatakan keluhan sering kencing tetap ada akan tetapi sudah berkurang dan dapat teratasi, ibu merasa tidak ada keluhan, dan kencing-kencing jarang, frekuensi 10 menit 1 kali dan sebentar.

Obyektif : K/U ibu baik, kesadaran composmentis ibu kooperatif, TD 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, S 36,5⁰C, RR 20x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, colostrum belum keluar. Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xipoid, teraba lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Leopold II : teraba bagian janin yang panjang, keras, seperti papan disebelah kanan ibu, pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III : bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan tidak dapat digoyangkan. Leopold IV: konvergen, penurunan kepala 1/5. TFU Mc.Donald : 34cm. TBJ : 3.565 gram. DJJ : 140x/menit.

Assasment : G2P10001, UK39 minggu 4 hari, janin hidup, tunggal, letak kepalanya, intra uteri, keadaan umum ibu dan janin baik.

Planning :

1. Memantau kesejahteraan ibu dan janin baik.

Evaluasi: keadaan ibu dan janin baik.

2. Memberikan He tentang cara-cara menghitung kontraksi dalam 10 menit.

Evaluasi :ibu bisa melakukan penghitungan kontraksi dengan menggunakan jam tangan.

3. Memberikan He tentang persiapan menyusui.

Evaluasi : ibu mampu melakukan perawatan payudara secara benar dan mampu mengulangi kembali penjelasan yang telah diberikan.

4. Kunjungan di BPS. Maulina Hasnida Amd.keb sewaktu waktu ada keluhan.

Evaluasi: ibu mengerti dan menyetujui.

4.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

a. Subektif

1. Keluhan Utama

Ibu datang tanggal 10-07-14 pukul 06.00WIB,mengatakan perutnya kenceng-kenceng sejak jam 24.00 WIB,banyaknya 4x,lamanya 45 detik dalam 10 menit.Belum mengeluarkan darah dan lendir dari jalan lahir.

2. Pola Kesehatan Fungsional

- 1) Pola istirahat : Ibu tidur 5-6 jam namun sering terbangun karena kontraksi dan cemas menghadapi persalinan.
- 2) Pola aktivitas : Tidur miring kiri.
- 3) Pola seksual : Tidak melakukan hubungan seksual dengan suami.

b. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Tanda-tanda vital : Tekanan darah: 110/70 mmHg dengan berbaring, Nadi: 80x/menit teratur. Pernafasan: 20 x/menit teratur. Suhu: 36,5⁰C di aksila.

- b. Antropometri : BB sekarang : 80 kg
Tinggi badan : 165 cm

2. Pemeriksaan fisik

Tidak ada kelainan, ibu terlihat cemas, pada abdomen HIS 4x10'x45".TFU 3 jari bawah Proccus xipoid, Punggung bayi berada di kanan perut ibu, Letak kepala, Divergent (3/5 teraba di tepi atas symfisis).

TFU Mc. Donald : 34cm

TBJ/EFW : 3.565 gram

DJJ : 142 x/menit

Pada genetalia : Vulva dan vagina tidak odema,tidak ada varises,ada jaringan parut,tidak tampak adanya lendir dan darah.

3. Pemeriksaan dalam

Vulva vagina tidak oedema, tidak varices, Ø 5 cm, eff 75%, ketuban positif, Presentasi kepala, H III, tidak teraba bagian – bagian kecil janin.

2. Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : G2P10001, UK 39 minggu 6 hari hidup, tunggal, letak kepala, U,Intra uterin, K/U ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase aktif
- b. Masalah : cemas menghadapi persalinan
- c. Kebutuhan :1. Berikan dukungan emosional
2. Dampingi ibu selama persalinan

3. Antisipasi terhadap diagnosa dan masalah potensial

tidak ada

4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

tidak ada

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 2 jam 30 menit

diharapkan terdapat tanda dan gejala kala II.

Kriteria hasil : a). k/u ibu dan janin baik

b). his semakin adekuat

c). Adanya pembukaan

1. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasional: pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga.

2. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.

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

3. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional: standart operasional persalinan

4. Berikan asuhan sayang ibu

a) Berikan dukungan emosional.

Rasional: keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan.

a. Atur posisi ibu.

Rasional: pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

- c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional: pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.

- d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasional: tidak mengganggu proses penurunan kepala.

- e) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasional: terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang.

5. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30menit.

Rasional: observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

6. Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasional: saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

7. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yaitu dengancara menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasional: teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

8. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam lembar observasi

Rasional: merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

6. Melaksanakan Perencanaan

Hari, Tanggal : Kamis, 10-07-2014, 06.30 WIB

1. Memberikan informasi hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya. TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36,5°C, TFU : 3 jari dibawah poccus xipoides (34cm), DJJ : 142 x/menit, Let.kep, PUKA, Ket + , VT Ø 5 cm, eff 75 %, HIII.
2. Melakukan inform consent pada ibu dan keluarga sebagai persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan, ibu dan keluarga menyetujui.
3. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi oleh petugas kesehatan.
4. Memberikan asuhan sayang ibu
 - a) Memberikan dukungan emosional, menganjurkan suami dan keluarga mendampingi ibu selama persalinan.
 - b) Memberikan posisi yang nyaman: menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri.
 - c) Memberikan makanan dan minuman yang cukup.
 - d) Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin agar kandung kemih tidak menghalangi turunnya kepala dan tidak mempengaruhi HIS.
 - e) Melakukan pencegahan infeksi dengan menggunakan peralatan steril.
5. Mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30menit.
6. Melakukan observasi DJJ setiap 30 menit.

7. Mengajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
8. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam lembar observasi

Lembar Observasi

Tabel 4.1 Lembar observasi

No	Hari/tanggal/jam	TTV	HIS	DJJ	Ket (VT, urine, bandl, input)
1	kamis,10-07-2014, Jam 06.30	N: 80x/m	4x10'x45"	142x/m	Dilakukan stimulasi puting susu.
2	Jam 07.00	N: 84x/m	5x10'x50"	148x/m	VT: Ø10 cm,eff: 100%,ket - ,HIII,tidak teraba bagian terkecil janin dan tali pusat yang menumbung.
3	Jam 07.15	N: 82x/m	5x10'x50"	140x/m	

7. Evaluasi

KALA I

Subyektif : ibu mengatakan seperti ada yang pecah dan keluar dari jalan lahir

Obyektif : K/U ibu baik TD: 110/70 mmhg, N: 82x/m, S: 36,8 °C RR: 21x/m, ketuban pecah spontan jernih, VT: Ø 10 cm, eff 100%, let kep, H III, Tidak ada molase, DJJ : 140X/M, His : 5x.10'.50".ibu merasa

ada dorongan meneran, merasa ada tekanan pada vagina dan perineum tampak menonjol.

Assasment : G2P10001, UK39 minggu 6 hari, A/T/H, Let.Kep U, intra uterin, K/U ibu dan janin baik. Ibu masuk kala II

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

KALA II

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 30 menit diharapkan bayi lahir pervaginam, spontan, dan menangis spontan.

Kriteria Hasil : a. ibu kuat meneran
b. Bayi lahir spontan
c. Bayi menangis spontan
d. A-S : 7-8

Hari/tanggal : Kamis, 10-07-14

jam : 07.15

Implementasi

1. Dengar dan lihat adanya tanda gejala kala II.
2. Pakai celemek.
3. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk kering.
4. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

5. Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
6. Bersihkan vulva dan perineum, dari arah depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
7. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembuaan lengkap.
8. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
9. Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.
10. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
11. Pinta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
12. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
13. Anjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
14. Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
15. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16. Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
17. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
18. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

19. Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
20. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
21. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal.
Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawaharcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
22. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
23. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
24. Nilai segera bayi baru lahir.
25. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpaa membersihkan verniks.
26. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
27. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.

Evaluasi

Pada hari kamis, 10-07-14 jam : 07.30 wib

Subyektif : ibu mengatakan lega karena bayi sudah lahir dengan selamat.

Obyektif : tanggal 10-juli-2014 jam 07.30 bayi lahir spontan B, menangis kuat, gerak aktif.

Ibu K/U baik TD: 120/70 mmhg, N : 80x/m, 36,6°C, 20x/m.

Assesment : P20002 ibu dengan kala III

Planning : 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
2) Memberitahukan ibu akan disuntik 10 UI oksitosin, paha bagian lateral.
3) Observasi adanya tanda-tanda pelepasan plasenta
4) Melakukan PTT

KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15-30 menit diharapkan plasenta dapat lahir lengkap.

Kriteria Hasil : a. Plasenta lahir

b. Kontraksi uterus baik

c. Kandung kemih kosong

Implementasi

Pada hari kamis, 10-07-14

jam : 07.32 wib

28. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
Setelah 1 menit setelah bayi lahir.
29. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.
30. Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.
31. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
32. Letakkan satu tangan diatas kain pada perit ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
33. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uteru skearah belakang (dorso-kranial).
34. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
35. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
36. Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

37. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.
38. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum

Evaluasi

Pada hari kamis, 10-07-14

jam : 07.39 wib

Subyektif : ibu mengatakan lega karena plasenta sudah lahir spontan.

Obyektif : plasenta lahir spontan lengkap, bagian maternal : selaput ketuban utuh, jumlah kotiledon lengkap, Bagian fetal: insersi centralis, panjang tali pusat 45 cm, jumlah perdarahan \pm 200cc, kontraksi uterus baik, keras, kandung kemih kosong, TFU : setinggi pusat. K/U ibu baik TD : 120/70 mmhg, N : 80x/m, S : 36,7°C, RR : 20x/m.

Assasment : P20002 ibu masuk kala IV

Planning :

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga hasil dari pemeriksaan.
2. Mengajarkan ibu cara masase yang benar dan menilai kontraksi yang baik.
3. Memberikan He pada ibu untuk mobilisasi dini, istirahat, personal hygiene, tanda bahaya nifas, Asi eksklusif, aktifitas.

KALA IV

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan 2 jam diharapkan K/U ibu baik dan stabil, kontraksi uterus baik dan keras, tidak ada perdarahan.

Kriteria Hasil : a. Kontraksi uterus baik dan keras

b. Tidak ada perdarahan

Implementasi

39. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
40. Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
41. Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di paha kiri
42. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam:
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pasca persalinan.
43. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
44. Evaluasi dan mengistimesi jumlah kehilangan darah.
45. Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
46. Periksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.

47. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi.
48. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
49. Bersihkan ibu dengan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah.
50. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.
53. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
54. Lengkapi partograf, memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

Evaluasi

Pada hari kamis, 10-07-14

jam : 09.30 wib

Subyektif : Ibu mengatakan bahagia karena proses persalinan berjalan dengan lancar. Ibu masih lelah dan perutnya masih terasa mules-mules serta nyeri pada luka jahitan, ibu sudah BAK

Obyektif : K/U ibu baik TD: 110/80 mmhg, N : 84x/m, S: 36,8°C, RR: 22x/m, kontraksi uterus baik, keras, TFU: 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, lochea Rubra \pm 1 softex penuh, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Assasment : P20002 ibu post partum fisiologis 2 jam

Planning:

1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini
3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya
4. Memberikan terapi obat pada ibu : Analgesic, Antibiotik, Fe, Vit A.

4.3 Nifas

Hari, tanggal : jum'at, 11-07-2014. Pukul 07.00 WIB

1. Pengumpulan Data Dasar**a. Subyektif**

1. keluhan utama

ibu mengatakan tidak ada keluhan, sudah bisa mobilisasi dini dan BAK, sudah tidak capek lagi, dan tidak pusing.

2. pola kesehatan fungsional

Pola eliminasi : ibu BAK 2x dan belum BAB

Pola istirahat : ibu istirahat dengan tiduran dan duduk

Pola aktifitas : Miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, dan pergi ke kamar mandi dengan dibantu oleh keluarga.

b. Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, keadaan emosional kooperatif, Tanda – tanda vital : Tekanan darah : 120/80 mmHg, dengan berbaring, Nadi : 80x/menit teratur, Pernafasan : 22x/menit teratur , suhu: 36,7°C aksila, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, tidak icterus, conjungtiva merah muda, sclera putih, wajah tidak edema.

Pada payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar sedikit pada payudara kanan dan kiri. Pada abdomen : UC keras, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong. Pada genitalia : kebersihan cukup, tidak ada peradangan vagina, terdapat lochea rubra.

Pada ekstermitas : simetris, tidak ada bengkak. Pada bayi : sudah mendapat imunisasi HB dan Vit.K, tidak ikterus, tali pusat belum lepas, kering, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI aktif.

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : P20002 Post Partum Hari ke 1
- b. Masalah : tidak ada
- c. Kebutuhan : tidak ada

3. Antisipasi terhadap diagnose potensial

Tidak ada

4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/rujukan

Tidak ada

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1 jam diharapkan tidak komplikasi.

Kriteria Hasil : a). K/U ibu baik

- b). involusi uterus baik
- c). kontraksi uterus keras
- d). kandung kemih kosong dan perdarahan sedikit.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rasional: pengetahuan tentang masalah yang dialami ibu akan meningkatkan kerjasama ibu dengan tenaga kesehatan dalam menjalankan asuhan kebidanan

2. Anjurkan ibu untuk penuh nutrisi masa nifas dengan makan makanan yang bergizi.

Rasional: adanya asupan nutrisi yang bergizi dan seimbang akan membantu proses produksi ASI.

3. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya.

Rasional: personal hygiene yang tepat dan sesuai dapat mencegah terjadinya infeksi.

4. Beritahukan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin.

Rasional: isapan bayi yang sering dan kuat akan merangsang hipotalamus anterior untuk memproduksi hormon oksitosin sehingga kontraksi uterus menjadi baik, dan produksi ASI.

5. Memberikan He tentang tanda bahaya masa nifas

Rasional: mendeteksi dini adanya komplikasi masa nifas

6. Berikan multivitamin seperti antibiotik 3x1, fex1, analgesic 2x1.

Rasional: vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal.

6. melaksanakan Perencanaan

1. Memberitahukan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.

TTV TD :120/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 22 x/menit, Suhu : 36,7°C.

ASI sudah keluar. TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong. Lochea rubra.

2. Menjelaskan pada ibu penyebab mules yaitu adanya aktivitas rahim mengecil seperti sebelum hamil, dan ini normal.
3. Menganjurkan kepada ibu semua jenis makanan kecuali ada alergi terhadap makanan tertentu. Minum air putih minimal 3 liter/ hari atau sama dengan 2 botol besar.
4. Memberitahukan kepada ibu tentang tanda bahaya ibu nifas dan BBL yaitu:
 - a. perdarahan dari vagina yang banyak (penggantian pembalut 2x dalam ½ jam)
 - b. demam, muntah, rasa sakit waktu BAK
 - c. sakit kepala yang terus menerus
 - d. pandangan kabur
5. Memberitahu ibu tentang kebersihan yaitu Mandi 2-3x/hari dan gosok gigi teratur, cebok dari depan ke belakang, ganti pembalut setelah merasa penuh agar ibu merasa nyaman.

6. Menganjurkan ibu untuk control ulang tanggal 14-07-2014 atau sewaktu waktu jika ada keluhan.

7. Evaluasi

Pada hari jum'at, 11-07-14 jam : 07.00 wib

Subyektif : Ibu mengerti dengan apa yang dijelaskan oleh bidan

Obyektif : Ibu dapat menjelaskan kembali penjelasan bidan

Assesment : P20002 post partum hari ke 1

Planning : Anjurkan ibu untuk memberikan Asi saja tanpa tambahan makanan apapun sampai bayi berumur 6 bulan

Catatan Perkembangan

1) Kunjungan Rumah I

Hari, Tanggal :minggu,13 -07-2014 jam : 14.30 WIB

Subyektif : ibu mengatakan asi keluar tapi tidak lancar,ibu sudah bisa BAB.

Obyektif : K/U ibu baik, kesadaran composmentis, ibu kooperatif, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, S 36,5⁰C, RR 21 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, tidak icterus, conjungtiva merah muda, sclera putih, wajah tidak edema.Pada payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar sedikit pada payudara kanan dan kiri. Pada abdomen : UC keras, TFU 3 jari bawah pusat, kandung kemih kosong. Pada genetalia : kebersihan cukup, tidak ada peradangan vagina, terdapat lochea rubra.

Pada ekstermitas : simetris, tidak ada bengkak. Pada bayi : sudah mendapat imunisasi HB dan Vit.K, tidak ikterus, tali pusat belum lepas, kering, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI aktif.

Assasment : P20002 post partum 3 hari fisiologis

Planning : 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: ibu mengerti dengan penjelasan tenaga kesehatan.

2. Memantau keadaan ibu dan bayinya

Evaluasi: keadaan ibu dan janin baik

3. Memberikan He tentang nutrisi yang baik dan cara menyusui yang baik, serta perawatan bayi dan ibu, personal hygiene.

Evaluasi : ibu mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan.

4. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 14-07-2014

Evaluasi : ibu menyetujui rencana kunjungan ulang berikutnya.

2) Kunjungan Rumah II

Hari, Tanggal : kamis, 17-07-2014 jam : 14.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Obyektif : K/U ibu baik, kesadaran composmentis, ibu kooperatif, TD 110/80 mmHg, N 78 x/menit, S 36,7⁰C, RR 19 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, tidak icterus, conjungtiva merah muda, sclera putih, wajah tidak edema. Pada payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar. Pada abdomen : UC keras, TFU pertengahan symphisis pusat, kandung kemih kosong. Pada genitalia : kebersihan cukup, tidak ada peradangan vagina, terdapat lochea sanguilenta. Pada ekstermitas : simetris, tidak ada bengkak. Pada bayi : sudah mendapat imunisasi HB dan Vit.K, tidak ikterus, tali pusat sudah lepas, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI aktif.

Assasment : P20002 post partum 7 hari fisiologis

Planning : 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: ibu mengerti dengan penjelasan tenaga kesehatan.

2. Menjelaskan tentang KB untuk menyusui dan kapan harus berKB

Evaluasi : ibu mengerti dan mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan,

serta ibu juga mengajukan pertanyaan terkait dengan ber-KB.

3. Memberikan He tentang cara mengetahui apakah bayinya kurang cairan atau tidak.

Evaluasi : ibu mampu menjelaskan kembali tentang cara mengetahui bayinya kekurangan cairan atau tidak dengan mengindikasikan pada ubun-ubun bayi.

4. 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.