

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian

Studi kasus asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. E dilaksanakan di BPM Arwini Urip yang berlokasi di Dukuh Dolon Desa Paseban Kecamatan Bayat Kabupaten Klaten dengan nomor SIKB 19761209/SIKB_33.10/2014/2379 dan nomor SIPB 19761209/SIPB_33.10/2015/2221. Pelayanan yang diberikan sungguh menghormati dan menghargai pasien. Mulai dari pasien datang disambut dengan hangat dan memberikan pelayanan yang berkualitas sehingga pasien merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan.

Sarana yang dimiliki BPM Arwini Urip cukup memadai seperti 1 ruang periksa, 1 kamar bersalin, 1 kamar nifas, 1 kamar bayi, 2 bidan, 1 asisten, dan 1 tenaga non medis. Jenis pelayanan yang ada di BPM Arwini Urip seperti melayani pemeriksaan umum, pemeriksaan ibu dan anak, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan Hb, persalinan dan KB. Pasien yang melakukan pemeriksaan pada 1 bulan terakhir yaitu pada bulan Januari diantaranya ibu hamil berjumlah 32 orang, ibu bersalin berjumlah 8 orang, akseptor KB berjumlah 84 orang, imunisasi berjumlah 42 orang dan pasien bayi balita sakit berjumlah 37 orang.

B. Tinjauan kasus

ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA Ny. E USIA 35 TAHUN G₃P₂A₀ UK 35⁺⁶ MINGGU DENGAN KEHAMILAN NORMAL DI BPM ARWINI URIP

NO REGISTER: -

MASUK TANGGAL, JAM: 26 Februari 2016/ 17.20 WIB

TEMPAT: BPM Arwini Urip

DIAGNOSA: Ny. E usia 35 th G₃P₂A₀ dengan kehamilan normal

DOKTER / BIDAN: Bidan Arwini Urip

I. Pengkajian

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17. 20 WIB

a. Data Subyektif

a) Biodata

Ibu / Pasien	Suami / Penanggung Jawab
Nama : Ny. E	Nama : Tn.A
Umur : 35 tahun	Umur : 41 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : Akademi	Pendidikan : Akademi
Pekerjaan :Guru	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Banjarjo	Alamat : Banjarjo

b) Kunjungan saat ini: Kunjungan ulang

c) Alasan Masuk atau Keluhan:

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

d) Riwayat Perkawinan

Status Perkawinan: Kawin

Jika Kawin: 1 kali, Lamanya 11 tahun, Usia nikah 24 tahun

e) Riwayat Haid

Menarche umur: 14 tahun

Haid: Teratur

Siklus: 28 hari

Dismenorre: Tidak

Warna: Merah segar

Bentuk pendarahan atau haid: Cair, Bergumpal: Tidak, Flek: Tidak

Bau haid : Anyir

Fluor albu: Tidak

f) Riwayat Kehamilan Sekarang

G₃P₂A₀

HPHT: 19 Juni 2015

HPL: 26 Maret 2016

Umur Kehamilan: 35⁺⁶ minggu

(1) Riwayat ANC

(a) ANC pertama kali pada umur kehamilan: 8 minggu

(b) Tempat ANC: BPM

(c) Frekuensi : 9 Kali

1. TM 1: 2 kali

2. TM 2: 2 kali

3. TM 3: 5 kali

(d) Imunisasi TT

Sebanyak : 5 kali

1. TT1: 26 Maret 2005

2. TT 2: 24 April 2005

3. TT 3: 27 Maret 2006

4. TT 4: 28 Maret 2009

5. TT 5: 26 Februari 2016

(e) Keluhan

1. TM I: Mual

2. TM II: Mual

3. TM III: Tidak ada

(2) Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 16 minggu,
pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 16 kali

g) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	UK	Jenis Persalinan	Tempat Melahirkan	Komplikasi	Penolong	JK	PB/BB	Keadaan Lahir	Laktasi	Perdarahan	Infeksi	Keadaan Sekarang
1	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	RS	Tidak	dr. SpOG	L	49 cm/ 3 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 10 tahun
2	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	BPM	Tidak	Bidan	P	48 cm/ 3,2 5 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 7 tahun
3	Kehamilan sekarang											

h) Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

- (1) Kontrasepsi yang pernah digunakan: KB Suntik 3 bulan
- (2) Lamanya: 3 tahun
- (3) Keluhan: tidak ada
- (4) Rencana KB: belum
- (5) Jenis Kontrasepsi: belum
- (6) Kapan: belum
- (7) Tanggapan suami: belum
- (8) Jumlah Anak yang diinginkan: 3 anak

i) Riwayat Kesehatan

- (1) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - (a) Keluhan yang dirasakan sekarang: Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
 - (b) Penyakit menular: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
 - (c) Pengobatan yang pernah didapat: Ibu mengatakan tidak pernah mendapatkan pengobatan .

- (d) Alergi terhadap obat: Ibu mengatakan tidak memiliki alergi obat.
- (2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- (a) Penyakit menular atau keturunan: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
- (b) Operasi yang pernah dialami: Ibu mengatakan tidak pernah mengalami operasi apapun.
- (3) Riwayat Kesehatan Keluarga
- (a) Keturunan kembar: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat keturunan kembar.
- (b) Penyakit menular atau keturunan: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
- j) Kebiasaan Sehari-hari
- (1) Nutrisi
- | Sebelum | Sekarang |
|--------------------------|--------------------------|
| Frekuensi: 3x sehari | Frekuensi: 3-5x sehari |
| Porsi: 1 piring | Porsi: 1 piring |
| Jenis: nasi, sayur, lauk | Jenis: nasi, sayur, lauk |
| Keluhan: Tidak ada | Keluhan: Tidak ada |
| Pantangan: Tidak ada | Pantangan: Tidak ada |
| Minum Alkohol: Tidak | Minum Alkohol: Tidak |
| Minum Jamu: Tidak | Minum Jamu: Tidak |

(2) Eliminasi

Sebelum

Frekuensi BAK: 6-7x sehari

Keluhan: Tidak ada

Frekuensi BAB: 1x sehari

Keluhan: Tidak ada

Sesudah

Frekuensi BAK: 9-10x sehari

Keluhan: Tidak ada

Frekuensi BAB: 1x sehari

Keluhan: Tidak ada

(3) *Personal Hygiene*

Sebelum

Mandi: 2x sehari

Keramas: 3x seminggu

Sikat Gigi: 2x sehari

Ganti Pakaian: 2x sehari

Keluhan: Tidak ada

Sekarang

Mandi: 2x sehari

Keramas: 3x seminggu

Sikat Gigi: 2x sehari

Ganti Pakaian: 2x sehari

Keluhan: Tidak ada

(4) Istirahat

Sebelum

Tidur: 6-7 jam

Keluhan: Tidak ada

Sekarang

Tidur: 7-8 jam

Keluhan: Tidak ada

(5) Kehidupan seksual

Sebelum

Frekuensi: 3x seminggu

Keluhan: Tidak ada

Sekarang

Frekuensi: 1x seminggu

Keluhan: Tidak ada

k) Data Psikososial

(1) Respon ibu atau keluarga terhadap kehamilannya

(a) Tanggapan ibu terhadap kehamilannya

Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya.

(b) Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilan ibu

Ibu mengatakan keluarga bahagia dan mendukung kehamilannya.

(c) Rencana menyusui

Ibu mengatakan berencana menyusui bayinya ASI Eksklusif.

(2) Rencana melahirkan

(a) Tempat: BPM

(b) Penolong: Bidan

b. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum: Baik

(2) Kesadaran: *Composmetis*

(3) *Vital Sign*:

(a) Tekanan darah: 130/80 mmHg

(b) Nadi: 80x/Menit

(c) Suhu: 36,8 °C

(d) Respirasi: 24x/Menit

(4) Berat Badan

(a) Sebelum Hamil: 55 kg

(b) Selama Hamil : 69 kg

(5) Tinggi badan: 160 cm

(6) LILA: 24 cm

b) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala dan Wajah

(a) Rambut: Warna Hitam, Pertumbuhan rambut Lebat, Lesi Tidak,
Oedema kepala tidak, Kotor Tidak, Bau Tidak

(b) Pipi: Cloasma: Tidak

(c) Mata: Konjungtiva merah muda, Secret tidak ada, Seklera putih

(d) Hidung: Normal, Secret tidak ada, Perdarahan tidak, Polip tidak

(e) Mulut dan Lidah: Keadaan normal, Warna Merah

1. Gigi: Karang gigi sedikit, Karies Tidak

2. Gusi: Warna merah muda, Oedema tidak ada

3. Bibir: Warna Merah, Simetris ya, Lesi tidak

(2) Leher: Simetris ya, Masa tidak ada, Kekakuan normal

- (a) Kelenjar tyroid: Tidak ada pembesaran
- (b) Kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran
- (3) Dada: Bentuk normal
 - (a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Punting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran belum ada, Jenis belum, Masa: Tidak ada, Nyeri: Tidak ada
 - (b) KGB Axila: Tidak ada pembesaran
- (4) Abdomen: Pembesaran sesuai UK, Bentuk lonjong, Hyperpigmentasi tidak, Bekas luka OP: Tidak ada
 - (a) Leopold I: Tinggi Fundus Uteri pertengahan pusat-*Xypoides* Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - (b) Leopold II: Bagian kiri teraba panjang keras seperti papan (Punggung) Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - (c) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, melenting (Kepala), *konvergen*
 - (d) Leopold IV: Bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - (e) HIS : Belum ada
 - (f) DJJ : Ada, Frekuensi 146x/menit, Intensitas: Teratur
 - (g) TFU : 25 cm
 - (h) TBJ : $(25-12) \times 155 = 2015$ gram
- (5) Genetalia: Oedema tidak ada, Varises tidak ada, PPV tidak ada Infeksi tidak ada, Kel. Bartolini tidak ada pembesaran
- (6) Ekstermitas: Oedema tidak ada, Kuku jari bersih, Varises tidak Refleksi patella: Ka/Ki +/+
- (7) Pemeriksaan Dalam: Tidak dilakukan
- (8) Pemeriksaan Penunjang: Tidak dilakukan

II. Interpretasi Data

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17. 25 WIB

1) Diagnosis Kebidanan

Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 35⁺⁶ minggu janin hidup, tunggal, presentasi kepala, punggung kiri, *konvergen* dengan kehamilan normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- a) Ibu mengatakan ini kehamilannya yang ketiganya.
- b) Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.
- c) Ibu mengatakan HPHT tanggal 15 Agustus 2015.

Data Obyektif:

- a) Keadaan umum: Baik
- b) Kesadaran: *Composmentis*
 - (1) Tekanan darah: 130/80 mmHg
 - (2) Respirasi: 24 x/menit
 - (3) Nadi: 80 x/menit
 - (4) Suhu: 36,8 °C
- c) Palpasi abdomen
 - (1) Leopold I : Tinggi Fundus Uteri pertengahan pusat-*Xypoideus*
Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
(Bokong)
 - (2) Leopold II: Bagian kiri ibu teraba panjang keras seperti papan
(Punggung)
Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - (3) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, melenting
(Kepala), *Konvergen*
 - (4) Leopold IV: Bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - (5) TBJ: (25-12)x155 = 2015 gram
 - (6) DJJ: 140 kali/menit
 - (7) TBJ: 2015 gram

2) Masalah

Tidak ada

3) Kebutuhan

Tidak ada

III. Diagnosa Potensial

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17.30 WIB

Tidak ada

IV. Antisipasi

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17.35 WIB

Tidak ada

V. Intervensi

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17.40 WIB

1. Berikan informasi hasil pemeriksaan pada ibu.
2. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
3. Berikan KIE tentang Tablet Fe.
4. Berikan KIE tentang tanda bahaya trimester III.
5. Berikan terapi obat.
6. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.
7. Dokumentasikan hasil asuhan.

VI. Implementasi

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/17.45 WIB

1. Memberikan informasi hasil pemeriksaan pada ibu. Tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,8⁰c, Respirasi: 24x/menit.
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
3. Memberikan KIE tentang Tablet Fe yaitu suplemen Penambah Darah. Kegunaannya yaitu suplemen penambah darah yang dibutuhkan seseorang ibu hamil untuk mencegah anemia selama masa kehamilannya. Efek samping zat besi mual dan muntah. Zat besi diminum 1x per hari dan tidak dianjurkan minum menggunakan teh, susu dan kopi karena dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh. Jumlah kebutuhan zat besi saat hamil 90 tablet. Dosisnya 60 mg

per hari. Zat besi didapat dari sayuran seperti kacang-kacangan, sayuran hijau (kangkung, bayam).

4. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, gerakan janin berkurang atau tidak terasa, per eklamsi dan eklamsia (gejalanya nyeri kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan).
5. Memberikan terapi obat Fe x minum 1 x @ 60 mg malam hari, Kalk x minum 1 x @ 500 mg pagi hari dan cara meminumnya diminum dengan air putih atau air jeruk.
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.
7. Mendokumentasikan hasil asuhan.

VII. Evaluasi

Tanggal / Jam : 26 Februari 2016/ 17.50 WIB

1. Ibu mengerti dengan kondisinya.
2. Ibu mengerti untuk beristirahat yang cukup.
3. Ibu sudah mengerti tentang Tablet Fe.
4. Ibu sudah mengerti tentang tanda bahaya trimester III.
5. Terapi sudah diberikan dan ibu mau untuk meminumnya.
6. Ibu mengerti untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.
7. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan I

Tanggal / Jam : 4 Maret 2016 / 17.30 WIB

Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan ketiganya.
- 2) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya.

Data Obyektif

- 1) Keadaan Umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmentis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - b) Respirasi: 20 x/menit
 - c) Nadi: 84 x/menit
 - d) Suhu: 36,4⁰C
- 4) Berat Badan: 69 kg
- 5) Dada: Bentuk: Normal
 - a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Punting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran belum, Jenis belum, Masa tidak ada, Nyeri tidak.
 - b) KGB Axila: Tidak ada pembesaran
- 6) Abdomen: Pembesaran sesuai UK, Bentuk lonjong, Hyperpigmentasi tidak, Bekas luka OP: Tidak.
 - a) Leopold I: Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - b) Leopold II: Bagian kiri ibu teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - c) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, tidak melenting (Kepala)
Divergen
 - d) Leopold IV: Bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - e) DJJ: 140 x/menit
 - f) TFU: 27 cm
 - g) TBJ: $(27-12) \times 155 = 2325$ gram

Analisa

Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ Umur Kehamilan 36⁺⁶ minggu janin tunggal hidup, presentasi kepala, punggung kiri, *konvergen* dengan kehamilan normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan ketiganya.
- 2) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan Umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmentis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - b) Respirasi: 20 x/menit
 - c) Nadi: 84 x/menit
 - d) Suhu: 36,4⁰C
- 4) Abdomen: Pembesaran sesuai UK, Bentuk lonjong, Hyperpigmentasi tidak, Bekas luka OP: Tidak.
 - a) Leopold I: Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - b) Leopold II: Bagian kiri ibu teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - c) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, tidak melenting (Kepala)
Divergen
 - d) Leopold IV: Bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - e) DJJ: 140 x/menit
 - f) TFU: 27 cm
 - g) TBJ: $(27-12) \times 155 = 2325$ gram

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu. Tekanan darah: 120/80 mmHg, Respirasi: 22 x/menit, Nadi: 84 x/menit, Suhu: 36,8°C. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, seperti timbulnya rasa sakit karena adanya his yang lebih, kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah, kontraksi minimal 2x dalam 10 menit. Ibu mengerti tentang tanda persalinan.
- 3) Memberikan KIE tentang persiapan persalinan, mempersiapkan perlengkapan persalinan untuk ibu (jarit, perlengkapan mandi, pakaian, pembalut, gurita, baju kancing depan), perlengkapan untuk bayi (popok, pakaian bayi, selimut atau bedong, kaos kaki dan tangan bayi, topi kepala). Ibu mengerti tentang persiapan persalinan yang harus disiapkan.
- 4) Menganjurkan ibu untuk melanjutkan terapi obatnya. Ibu mengerti.
- 5) Mennganjurkan ibu kunjungan ulang 1 minggu lagi. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan telah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan II

Tanggal / Jam : 11 Maret 2016 / 17.00 WIB

Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.
- 2) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya.

Data Obyektif

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) Kesadaran : *Composmentis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 120/80 mmHg
 - b) Respirasi: 22 x/menit
 - c) Nadi: 84 x/menit
 - d) Suhu: 36,4⁰C
- 4) Berat Badan : 70 kg
- 5) Dada: Bentuk: Normal
 - a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Punting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran belum, Jenis tidak, Masa: Tidak, Nyeri: Tidak
 - b) KGB Axila: Tidak ada pembesaran
- 6) Abdomen: Pembesaran: Sesuai UK, Bentuk lonjong, Hyperpigmentasi: Tidak , Bekas luka OP: Tidak.
 - a) Leopold I: Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - b) Leopold II: Bagian kiri ibu teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - c) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, tidak melenting (Kepala)
Divergen
 - d) Leopold IV: bagian bawah janin sudah masuk PAP.
 - e) DJJ: 140 x/menit
 - f) TFU: 28 cm
 - g) TBJ: $(28-11) \times 155 = 2635$ gram

Analisa

Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ Umur Kehamilan 37⁺⁴ minggu janin tunggal hidup, presentasi kepala, punggung kiri, *divergen* kehamilan normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.
- 2) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 4) Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya.

Data Obyektif:

- 5) Keadaan Umum: Baik
- 6) Kesadaran: *Composmentis*
- 7) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 120/80 mmHg
 - b) Respirasi: 22 x/menit
 - c) Nadi: 84 x/menit
 - d) Suhu: 36,4⁰C
- 8) Abdomen: Pembesaran sesuai UK, Bentuk lonjong, Hyperpigmentasi tidak, Bekas luka OP: Tidak.
 - a) Leopold I: Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - b) Leopold II: Bagian kiri ibu teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
Bagian kanan ibu teraba bagian kecil-kecil janin (Ekstremitas)
 - c) Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat, keras, tidak melenting (Kepala)
Divergen
 - d) Leopold IV: Bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - e) DJJ: 140 x/menit
 - f) TFU: 28 cm
 - g) TBJ: $(28-12) \times 155 = 2635$ gram

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu. Tekanan darah: 120/80 mmHg, Respirasi: 22 x/menit, Nadi: 84 x/menit, Suhu: 36,8°C. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, seperti timbulnya rasa sakit karena adanya his yang lebih, kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah, kontraksi minimal 2x dalam 10 menit. Ibu mengerti tentang tanda persalinan.
- 3) Memberikan KIE tentang persiapan persalinan, mempersiapkan perlengkapan persalinan untuk ibu (jarit, perlengkapan mandi, pakaian, pembalut, gurita, baju kancing depan), perlengkapan untuk bayi (popok, pakaian bayi, selimut atau bedong, kaos kaki dan tangan bayi, topi kepala). Ibu mengerti tentang persiapan persalinan yang harus disiapkan.
- 4) Memberikan terapi obat Fe x minum 1 x @ 60 mg malam hari, Kalk x minum 1 x @ 500 mg pagi hari dan cara meminumnya dengan air putih atau air jeruk. Terapi sudah diberikan dan ibu mau meminumnya.
- 5) Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan telah didokumentasikan.

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. E USIA 35 TAHUN
G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ MINGGU DENGAN PERSALINAN NORMAL
DI BPM ARWINI URIP**

NO REGISTER: -

MASUK TANGGAL, JAM: 22 Maret 2016/ 22.00 WIB

TEMPAT: BPM Arwini Urip

DIAGNOSA: Ny. E usia 35 th G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ minggu dengan persalinan normal

DOKTER / BIDAN: Bidan Arwini Urip

I. Pengkajian

Tanggal / Jam : 22 Maret 2016/22.00 WIB

1) Data subyektif

a) Biodata

Ibu / Pasien	Suami / Penanggung Jawab
Nama : Ny. E	Nama : Tn.A
Umur : 35 tahun	Umur : 41 tahun
Agama: Islam	Agama: Islam
Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : Akademi	Pendidikan : Akademi
Pekerjaan : Guru	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Banjarjo	Alamat : Banjarjo

b) Alasan Masuk / Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar sampai kepongung dan merasakan kenceng-kenceng teratur sejak tadi siang jam 13.00 WIB dan sudah mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir.

c) Tanda – tanda persalinan

(1) Kontraksi: 2x sejak tanggal 22 Maret 2016 jam 13.00 WIB

Frekuensi: 2x/10 menit, lama: 25 detik, Intensitas: Sering,
Lokasi nyeri perut bagian bawah

- (2) Pengeluaran Pervaginam: Lender darah
- d) Riwayat perkawinan: Kawin: Ya, 1 kali, lamanya 11 tahun, usia 24 tahun
- e) Riwayat Menstruasi
 - (1) *Menarche* umur: 14 tahun
 - (2) Haid: teratur: ya, Siklus: 28 hari
 - (3) *Disminorhea*: Tidak
 - (4) Warna darah: Merah segar
 - (5) Bentuk perdarahan: Cair, tidak bergumpal
 - (6) Bau haid: Anyir
 - (7) *Flour albus*: Tidak
- f) Riwayat Kehamilan Sekarang
 - G₃P₂A₀
 - HPHT: 19 Juni 2015
 - HPL : 26 Maret 2016
 - Umur Kehamilan: 39⁺⁴ minggu
 - (1) Riwayat ANC
 - (a) ANC pertama kali pada umur kehamilan: 8 minggu
 - (b) Tempat ANC: BPM
 - (c) Frekuensi: 9 Kali
 - 1. TM 1: 2 kali
 - 2. TM 2: 2 kali
 - 3. TM 3: 5 kali
 - (d) Imunisasi TT
 - Sebanyak : 5 kali
 - 1. TT1: 26 Maret 2005
 - 2. TT 2: 24 April 2005
 - 3. TT 3: 27 Maret 2006
 - 4. TT 4: 28 Maret 2009
 - 5. TT 5: 26 Februari 2016
 - (e) Keluhan
 - 1. TM I : Mual

2. TM II : Mual

3. TM III : Tidak Ada

(2) Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 16 minggu, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 16 kali.

g) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	UK	Jenis Persalinan	Tempat Melahirkan	Komplikasi	Penolong	J K	PB/BB	Keadaan Lahir	Laktasi	Perdarahan	Infeksi	Keadaan Sekarang
1	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	RS	Tidak	dr. SpOG	L	49 cm/3 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 10 tahun
2	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	BPM	Tidak	Bidan	P	48 cm/3,25 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 7 tahun
3	Kehamilan sekarang											

h) Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

- (1) Kontrasepsi yang pernah digunakan: KB Suntik 3 bulan
- (2) Lamanya: 3 tahun
- (3) Keluhan: tidak ada
- (4) Rencana KB: Ada
- (5) Jenis Kontrasepsi: IUD
- (6) Kapan: setelah masa nifas
- (7) Tanggapan suami: mendukung
- (8) Jumlah Anak yang diinginkan: 3 anak

i) Riwayat Kesehatan

- (1) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - (a) Keluhan yang dirasakan sekarang: Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng dan nyeri perut bagian bawah

- (b) Penyakit yang diderita: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
 - (c) Pengobatan yang pernah didapat: Ibu mengatakan tidak pernah mendapatkan pengobatan.
 - (d) Alergi terhadap obat: Ibu mengatakan tidak ada alergi obat apapun.
- (2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- (a) Penyakit yang pernah diderita: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
 - (b) Operasi yang pernah dialami: Ibu mengatakan tidak pernah mengalami operasi apapun.
- (3) Riwayat Kesehatan Keluarga
- (a) Keturunan kembar: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat keturunan kembar.
 - (b) Penyakit Kesehatan keluarga: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
- j) Keadaan Sebelum masuk Rumah Bersalin
- (1) Makan terakhir: 21.00 Jenis nasi, lauk, sayur, roti kering
 - (2) Minum Terakhir: 00.00, Jenis pocari sweat, teh manis
 - (3) BAK terakhir: 22 Maret 2016, Jam 18.00 WIB
 - (4) BAB terakhir: 21 Maret 2016, Jam 06.00 WIB
 - (5) Tidur terakhir: 5 jam
 - (6) Keluhan lain: Tidak ada
- k) Data Psikososial
- (1) Tanggapan ibu terhadap persalinan yang dihadapi
Ibu mengatakan cemas dengan persalinan yang akan dihadapinya.

- (2) Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap proses persalinan
Ibu mengatakan keluarga juga merasa cemas dan mendukung proses persalinan yang akan dihadapi

2) Data obyektif

a) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaa Umum: Baik
- (2) Kesadaran: *Composmetis*
- (3) *Vital Sign*:
 - (a) Tekanan darah: 120/80 mmHg
 - (b) Nadi: 80 Kali/Menit
 - (c) Suhu: 37°C
 - (d) Respirasi: 19 Kali/Menit
- (4) Berat badan: 70 kg
- (5) Tinggi badan: 160 cm
- (6) LILA: 26 cm

b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Kepala dan Wajah
 - (a) Rambut: Warna hitam, Pertumbuhan rambut lebat, Lesi tidak,
Oedema kepala: Tidak, Kotor: Tidak, Bau: Tidak
 - (b) Pipi: Cloasma: Tidak ada
 - (c) Mata: Konjungtiva merah muda, Secret tidak ada, Seklera putih
 - (d) Hidung: Secret tidak ada, Perdarahan tidak, Polip tidak ada
 - (e) Mulut, Lidah: Keadaan baik, Warna merah muda
 1. Gigi: Karang gigi tidak ada, *Caries* tidak ada
 2. Gusi: Warna merah muda, Oedema tidak Ada
 3. Bibir: Warna merah muda, Simetris ya, Lesi tidak
- (2) Leher: Simetris ya, Masa tidak ada, Kekakuan normal
 - (a) Kelenjar tyroid: Tidak Ada Pembesaran
 - (b) Kelenjar parotis: Tidak Ada Pembesaran
- (3) Dada: Bentuk: Normal
 - (a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Punting susu menonjol,

Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran ASI, Jenis: Kolostrum,
Masa: Tidak Ada, Nyeri: Tidak

- (b) KGB Axila: Pembesaran normal
- (4) Abdomen: Pembesaran sesuai UK, Bentuk lonjong, Hiperpigmentasi tidak,
Bekas luka OP tidak ada
 - (a) Leopold I: TFU 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian atas teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)
 - (b) Leopold II: Bagian kiri teraba bagian keci-kecil janin (Ekstremitas)
Bagian kanan teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
 - (c) Leopold III: Bagian bawah teraba bulat, keras, tidak melenting
(Kepala), *Divergen*
 - (d) Leopold IV: Bagian bawah janin masuk PAP 2/5 bagian.
 - (e) HIS : Frekuensi: 2 kali, Intensitas: Sering
 - (f) DJJ : Frekuensi: 140 Kali/Menit, Intensitas: Teratur
 - (g) TFU : 28 cm
 - (h) TBJ : 2635 gram
- (5) Palpasi *Supra pubic*: Kandung kemih: Kosong
- (6) Genetalia: Oedema tidak, Varises tidak, PPV lendir darah, Infeksi: tidak,
Kel. Bartolini: Tidak Ada Pembesaran, Perineum: Normal
- (7) Ekstermitas: Oedema tidak, Kuku jari bersih, tidak panjang, Varises tidak,
Refleksi patella: Ka/Ki +/+
- (8) Pemeriksaan Dalam
 - (a) Vagina: Normal, Tidak Ada Varises dan Oedema
 - (b) Porsio: Tebal
 - (c) Pembukaan: 2 cm
 - (d) Ketuban: Utuh
 - (e) Presentasi: Kepala
 - (f) Bagian yang menumbung: Tidak Ada
 - (g) UUK: Menghadap Jam 12
- (9) Pemeriksaan Penunjang: Tidak dilakukan.

II. Interpretasi data

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22.05 WIB

1. Diagnosa Kebidanan

Ny. E Usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ minggu janin hidup, tunggal, presentasi kepala, punggung kiri, *divergen 2/5* bagian dalam *in partu* kala 1 fase laten.

Data dasar

Data Subyektif :

- 1) Ibu mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar sampai kepongung.
- 2) Ibu mengatakan merasakan kenceng-kenceng teratur sejak tadi siang jam 13.00 WIB.
- 3) Ibu mengatakan sudah mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir.

Data Obyektif :

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: *Composmetis*
- c) *Vital Sign*:

- (1) Tekanan darah: 120/80 mmHg
- (2) Nadi: 80 x/Menit
- (3) Suhu: 37°C
- (4) Respirasi: 19 x/Menit

d) Leopold

- (1) Leopold I : TFU 2 jari dibawah *Xypoideus*
Bagian atas teraba bulat, lunak, tidak melenting
(Bokong)
- (2) Leopold II : Bagian kiri teraba bagian keci-kecil janin (Ekstremitas)
Bagian kanan teraba panjang keras seperti papan (Punggung)
- (3) Leopold III : Bagian bawah teraba bulat, keras, tidak melenting (Kepala)
Divergen
- (4) Leopold IV : Bagian bawah janin masuk PAP 2/5 bagian

2) Masalah: Tidak Ada

3) Kebutuhan : Tidak Ada

III. Diagnosa potensial

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22.10 WIB

Tidak Ada

IV. Antisipasi

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22.15 WIB

Tidak Ada

V. Intervensi

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22.20 WIB

- 1) Berikan informasi hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
- 2) Berikan *inform consent* untuk pertolongan persalinan kepada ibu.
- 3) Lakukan observasi vital sign, DJJ, dan His kemajuan persalinan.
- 4) Anjurkan ibu untuk makan dan minum serta miring ke kiri untuk mempercepat pembukaan.
- 5) Ajarkan pada ibu tehnik relaksasi agar ibu tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap.
- 6) Siapkan partus set dan posisikan ibu nyaman mungkin.
- 7) Dokumentasikan hasil asuhan.

VI. Implementasi

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22.25 WIB

- 1) Memberikan informasi hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 80 x/Menit, Suhu: 37°C,
Respirasi: 19 x/Menit.
- 2) Memberikan *inform consent* untuk pertolongan persalinan kepada ibu.
- 3) Melakukan observasi *vital sign*, DJJ, dan His kemajuan persalinan.
- 4) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta miring ke kiri untuk mempercepat pembukaan.
- 5) Mengajarkan pada ibu tehnik relaksasi agar ibu tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap dengan cara menarik nafas lewat hidung dan dikeluarkan melalui mulut saat ada kontraksi.

- 6) Menyiapkan partus set (setengah kocher, gunting episiotomi, klem tali pusat 2, gunting tali pusat, pinset *chirurgis*, *needle holder*) dan memposisikan ibu nyaman mungkin.
- 7) Mendokumentasikan hasil asuhan.

VII. Evaluasi

Tanggal / Jam: 22 Maret 2016/ 22. 30 WIB

- 1) Ibu dan keluarga merasa bahagia dengan hasil pemeriksaan
- 2) Ibu memilih untuk melahirkan spontan.
- 3) Observasi vital sign, DJJ, dan His kemajuan persalinan sudah dilakukan.
- 4) Ibu bersedia makan dan minum serta miring ke kiri.
- 5) Ibu mengerti cara melakukan tehnik relaksasi.
- 6) Partus set sudah siap dan ibu dalam posisi nyaman.
- 7) Hasil asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.00 WIB

Data subyektif

- 1) Ibu mengatakan kenceng-kencengnya semakin sering.
- 2) Ibu mengatakan merasa seperti ingin BAB.
- 3) Ibu mengatakan ingin meneran.

Data obyektif

- a) Keadaan umum: Baik
- b) Kesadaran: *Composmetis*
- c) *Vital Sign*:
 - (1) Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - (2) Nadi: 80 x/menit
 - (3) Suhu: 36,7⁰C
 - (4) Respirasi: 22 x/menit
- d) Inspeksi
Tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.
- e) Auskultasi
 - (1) DJJ: 138x/menit
 - (2) Irama: Teratur
- f) Palpasi
 - (1) His: 5x dalam 10 menit lamanya 45 detik
 - (2) Sifat: Kuat
 - (3) Penurunan kepala 1/5 bagian
- g) Pemeriksaan dalam:
 - (1) Indikasi: keluar air ketuban dan kenceng-kenceng teratur
 - (2) Tujuan: untuk mengetahui ibu sudah masuk persalinan kala II atau belum
 - (3) Hasil:
 - (a) Vagina: Normal, Tidak Ada Varises dan Oedema
 - (b) Porsio: Tidak teraba
 - (c) Pembukaan: 10 cm (lengkap)
 - (d) Ketuban: Jernih

- (e) Presentasi: Kepala
- (f) Bagian yang menumbung: Tidak Ada
- (g) UUK: Menghadap Jam 12

Analisis

Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ minggu dalam *inpartu* kala II.

Data dasar:

a. Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan kenceng-kencengnya semakin sering.
- 2) Ibu mengatakan merasa seperti ingin BAB.
- 3) Ibu mengatakan ingin meneran.

b. Data Objektif :

- 1) Inspeksi: Tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka
- 2) Auskultasi: DJJ ±148x/ menit, Irama teratur
- 3) Palpasi: His 4x dalam 10 menit lamanya 45 detik, Sifat Kuat dan teratur,
Penurunan kepala: 1/5 bagian

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.20 WIB

- a) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 80 x/menit, Suhu: 36,7⁰C, RespirasiR: 22 x/menit. Ibu mengerti kondisinya.
- b) Memfasilitasi persalinan dengan pendampingan keluarga. Keluarga bersedia untuk mendampingi.
- c) Membantu bidan menolong persalinan dengan 58 langkah APN.
 - (1) Memastikan tanda gejala kala 2: doran, tekus, perjol, vulka
 - (2) Meminta keluarga untuk membantu proses meneran
 - (3) Membimbing ibu untuk memeran
 - (4) Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi
 - (5) Memasang handuk diatas perut ibu
 - (6) Memakai sarung tangan
 - (7) Memasang kain 1/3 pada bokong
 - (8) Melindungi perineum ibu

- (9) Mengecek apakah ada lilitan tali pusat
- (10) Menunggu bayi melakukan putaran paksi luar
- (11) Mengubah posisi tangan biparietal untuk melahirkan bahu
- (12) Sanggah bahu bayi
- (13) Menyusuri badan bayi sampai ke tungkai
- (14) Menilai sepintas lalu letakkan di atas perut ibu
- (15) Mengeringkan bayi

Bayi lahir dengan selamat dan sehat

- d) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.15 WIB

Data subyektif

- a) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.
- b) Ibu mengatakan bahagia telah melahirkan bayinya.
- c) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.

Data obyektif

- a) Keadaan umum: Baik
- b) Kesadaran: *Composmetis*
- c) Bayi lahir spontan jam 00.15 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, kulit berwarna kemerahan.
- d) Plasenta belum lahir
- e) Kontraksi uterus: baik, keras
- f) TFU: setinggi pusat
- g) Palpasi: tidak ada janin kedua

Analisis

Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ dalam *inpartu* kala III.

Data dasar:

- a. Data Subyektif:
 - 1) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.
 - 2) Ibu mengatakan bahagia telah melahirkan bayinya.
 - 3) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- b. Data Obyektif :
 - 1) Bayi lahir spontan jam 00.15 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, kulit berwarna kemerahan.
 - 2) Plasenta belum lahir
 - 3) Kontraksi uterus: baik, keras
 - 4) TFU: setinggi pusat
 - 5) Palpasi: tidak ada janin kedua

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.25 WIB

- a) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Kontraksi uterus baik dan keras serta tidak ada janin kedua. Ibu mengerti kondisinya.
- b) Membantu bidan melahirkan plasenta dengan manajemen aktif kala III:
 - (1) Memakai sarung tangan
 - (2) Memeriksa kembali uterus dengan meraba abdomen untuk memastikan tidak ada janin kedua
 - (3) Menjelaskan dan memberitahu ibu akan disuntik agar uterus berkontraksi dengan baik.
 - (4) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan injeksi Oksitoxin IM 1/3 paha atas bagian distal lateral
 - (5) Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
 - (6) Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva
 - (7) Melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali)
 - (8) Tangan kiri melakukan dorsocranial hingga plasenta lepas dan tangan kanan melakukan PTT
 - (9) Saat plasenta muncul di *introitus* vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selpaut ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadahnya
 - (10) Lakukan *masasse uterus* sampai *uterus* berkontraksi dengan baik
 - (11) Evaluasi *laserasi* jalan lahir pada vagina dan perineum
 - (12) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
 - (13) Cuci sarung tangan dengan larutan klorin dan rendam dalam keadaan terbalik
 - (14) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

Plasenta lahir spontan tanggal: 23 Maret 2016 jam: 00.20 WIB
- c) Mengajari ibu dan keluarga melakukan *massase* abdomen dan menilai perdarahan. Ibu dan keluarga mengerti cara *massase* dan menilai perdarahan.
- d) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.25 WIB

Data subyektif

- 1) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.
- 2) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran plasentanya.
- 3) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.

Data obyektif

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 110/70 mmHg
 - b) Nadi: 80 x/menit
 - c) Suhu: 36,9⁰C
 - d) Respirasi: 20 x/menit
- 4) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 5) Perineum: Utuh
- 6) TFU: 2 jari dibawah pusat
- 7) Kontraksi uterus baik, keras
- 8) Kandung kemih: Kosong
- 9) PPV: \pm 160 cc

Analisis

Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ dalam *inpartu* kala IV.

Data dasar:

a. Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.
- 2) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran plasentanya.
- 3) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya

b. Data Obyektif:

- 1) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 2) TFU: 2 jari dibawah pusat
- 3) Kontraksi uterus baik, keras

4) Kandung kemih: Kosong

5) PPV: ± 160 cc

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2016

Jam: 00.30 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 80 x/menit, Suhu: 36,9⁰C, Respirasi: 20 x/menit. Ibu mengerti kondisinya.
- 2) Membersihkan dan merapikan ibu setelah semua tindakan selesai dilakukan, dengan waslap dan air hangat. Ibu sudah merasa nyaman.
- 3) Mengajarkan Ibu dan keluarga cara *masase uterus* dengan telapak tangan searah jarum jam untuk mencegah perdarahan. Ibu serta keluarga sudah bisa melakukan *massase* sehingga kontraksi *uterus* ibu baik.
- 4) Menganjurkan ibu untuk istirahat agar tenaganya pulih sambil mencoba menetek bayinya. Ibu mengerti untuk istirahat cukup.
- 5) Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu dengan memberikan makanan bergizi dan air putih atau air teh. Nutrisi ibu telah dipenuhi.
- 6) Memberikan ibu vitamin A untuk ibu nifas dosis 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan tablet kedua diminum selang waktu 24 jam serta cara minumnya dengan menggunakan air putih atau air jeruk.
- 7) Melakukan observasi kala IV. Observasi sudah dilakukan.
- 8) Memindahkan ibu dari kamar bersalin ke kamar nifas. Ibu sudah dipindah ke kamar nifas.
- 9) Memberikan terapi obat Fe x minum 1 x @ 60 mg malam hari, Amoxicilin x minum 3 x @ 500 mg pagi, siang dan malam hari, Asam Mefenamat X minum 1 x @ 500 mg pagi, siang, dan malam hari serta cara minumnya dengan menggunakan air putih atau air jeruk. Terapi sudah diberikan dan ibu mau untuk meminumnya.
- 10) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Laporan observasi kala IV

Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi	Kandung Kemih	Perdarahan
00. 20 WIB	110 / 80 mmHg	80 x / menit	36, 5 ° C	2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 40 cc
00. 35 WIB	120 / 80 mmHg	80 x / menit		2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 60 cc
00. 50 WIB	110 / 80 mmHg	78 x / menit		2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 80 cc
01. 05 WIB	110 / 70 mmHg	78 x / menit		2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 100 cc
01. 35 WIB	110 / 70 mmHg	82 x / menit	36 ° C	2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 130 cc
02. 05 WIB	110 / 70 mmHg	80 x / menit		2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	± 160 cc

LAPORAN OBSERVASI PERSALINAN

Nama Pasien : Ny. E

Umur : 35 tahun

Tgl / Jam masuk : 22 Maret 2016/ 22.00 WIB

Tgl/jam	HIS	DJJ	Suhu, Nadi, TD	KU, Tindakan
22 Maret 2016/ 22.00	Frekuensi: 2x10 menit Lama:25 detik Intensitas: Sering Pembukaan 2 cm	140 x/menit	TD: 120/80 mmHg Suhu: 37 ⁰ C Nadi: 80 x/menit	Keadaan Umum baik, Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, miring ke kiri, mengajarkan ibu tehnik relaksasi
22 Maret 2016/ 23.00	Frekuensi: 3x10 menit Lama: 30 detik Intensitas: Sering	144x/menit		

LAPORAN MEKANISME PERTOLONGAN PERSALINAN

Nama Pasien : Ny. E

Umur : 35 tahun

Tgl / Jam masuk: 22 Maret 2016/ 22.00 WIB

Tgl/jam	Mekanisme Persalinan
22 Maret 2016/ 00.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua. 2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set. 3. Memakai celemek plastik. 4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. 5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam. 6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set. 7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum. 8. Melakukan pemeriksaan dalam (pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah). 9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%. 10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit)). 11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada <i>his</i> apabila ibu sudah merasa ingin meneran. 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada <i>his</i>, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman). 13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. 14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

<p>23 Maret 2016/ 00.15 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm. 16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu. 17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan. 18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. 19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu. 20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin 21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan. 22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. 23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. 24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin). 25. Melakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak aktif ? 26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu. 27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus. 28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
-------------------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none">29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan <i>masase</i> (pemijatan) pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba
--	---

<p>23 Maret 2016/ 00.20 WIB</p>	<p>keras).</p> <ol style="list-style-type: none"> 40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia. 41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan. 42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. 43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. 44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral. 45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. 46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. 47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>masase</i> uterus dan menilai kontraksi. 48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah. 49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. 50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40 – 60 kali) serta suhu tubuh normal (36,6 – 37,5 °C). 51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi. 52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. 53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering. 54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI dan menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
-------------------------------------	---

	<p>55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.</p> <p>56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.</p> <p>57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.</p> <p>58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV</p>
--	--

A. Pemeriksaan Plasenta

Plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, panjang tali pusat ± 30 cm, tebal ± 4 cm, diameter ± 20 cm, *insersi sentralis*.

B. Pemeriksaan Anak

1. Keadaan Lahir: Langsung menangis
2. Jenis Kelamin: Perempuan
3. Berat Badan: 2600 gram
4. Panjang Badan: 48 cm
5. Kelainan Kongenital: Tidak ada
6. Ukuran kepala: 33 cm
7. Nilai APGAR SCORE:

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut jantung	2	2	2
2	Usaha Nafas	2	2	2
3	Tonus otot	1	2	2
4	Reflek	1	1	2
5	Warna kulit	2	2	2
	TOTAL	8	9	10

C. Jumlah perdarahan

1. Kala I: ± 10 cc
2. Kala II: ± 70 cc
3. Kala III: ± 210 cc
4. Kala IV: ± 160 cc

D. Lama persalinan

1. Kala I: 2 jam
2. Kala II: 15 menit
3. Kala III: 5 menit
4. Kala IV: 2 jam

**ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR PADA BAYI Ny.E
DENGAN BAYI BARU LAHIR NORMAL
DI BPM ARWINI URIP**

REGISTER: -

MASUK TANGGAL, JAM : 23 Maret 2016/ 00.15 WIB

TEMPAT : BPM Arwini Urip

DIAGNOSA : By. Ny. E dengan bayi baru lahir normal

DOKTER / BIDAN: Bidan Arwini Urip

I. Pengkajian

Tanggal/ Jam: 23 Maret 2015/ 00.15 WIB

a. Data subyektif

a) Biodata

Nama Bayi : By. Ny. E

Tanggal lahir: 23 Maret 2016 Jam: 00.15 WIB

Jenis kelamin : Perempuan

Nama Orang Tua/ Penanggung Jawab

Nama Ibu : Ny. E Ayah: Tn. A

Umur : 35 tahun 41 tahun

Agama : Islam Islam

Suku/ Bangsa: Jawa/Indonesia Jawa/Indonesia

Pendidikan : Akademi Akademi

Pekerjaan : Guru TK Wiraswasta

Alamat : Banjarjo Banjarjo

b) Alasan masuk BPM

Ibu mengatakan baru saja melahirkan bayinya.

c) Riwayat kehamilan sekarang

(1) Lama persalinan: Kala I: 2 Jam, Kala II: 15 menit, Kala III: 5 menit,

Kala IV: 2 Jam

(2) Warna air ketuban : Jernih

- (3) Caput : Tidak ada
 (4) Cephal hematoma: Tidak ada
 (5) Anak lahir jam : 00.15 WIB
 (6) Jenis persalinan : Spontan
 (7) Apgar score : 1 menit 8, 5 menit 9, 10 menit 10

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut jantung	2	2	2
2	Usaha Nafas	2	2	2
3	Tonus otot	1	2	2
4	Reflek	1	1	2
5	Warna kulit	2	2	2
	TOTAL	8	9	10

d) Data Kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

- (a) Jenis: ASI
 (b) Minum: Kolostrum
 (c) Cara pemberian: Menetek

(2) Eliminasi

BAK pertama: 00.20 WIB

Warna: kuning jernih

Jumlah: ± 20 cc

BAB pertama: 00.20 WIB

Warna: Coklat kehitaman

Konsistensi: Lunak

b. Data obyektif

- a. Keadaan umum: Baik
 b. *Vital sign*:
 1) Suhu: belum
 2) Nadi: belum
 3) Respirasi: belum
 c. Antropometri: Belum dilakukan
 d. Tonus otot: Kuat
 e. Warna kuku: Kemerahan

- f. Warna kulit: Kemerahan
- g. Tangis bayi: Kuat
- h. Pemeriksaan kepala
 - 1) Keadaan ubun-ubun: Mendatar, Berdenyut
 - 2) Sutura: Normal, Tidak ada penyusupan
- i. Pemeriksaan telinga: Normal, Tidak ada kelainan
- j. Pemeriksaan mata: Tanda infeksi tidak ada, konjungtiva merah muda, Seklera warna putih, Tidak Ikhterik
 - 1) Sekret: Tidak Ada
 - 2) Kelainan pada mata: Tidak ada
- k. Pemeriksaan hidung dan mulut: Kelainan bawaan: Tidak ada
- l. Pemeriksaan Leher:
 - 1) Pembengkakan: Tidak ada
 - 2) Benjolan: Tidak ada
- m. Pemeriksaan Dada:
 - 1) Bentuk: Normal
 - 2) Puting susu: Terdapat 2 puting susu
 - 3) Bunyi nafas: Normal
 - 4) Bunyi jantung: normal
- n. Bahu, Lengan dan tangan:
 - 1) Gerakan: Normal
 - 2) Kel. Bawaan: Tidak ada
- o. Sistem syaraf
 - 1) Reflek *moro*: Ada
 - 2) Reflek *rooting*: Ada
 - 3) Reflek *walking*: Ada
 - 4) Reflek *grasping*: Ada
 - 5) Reflek *sucking*: Ada
 - 6) Reflek *tonick neeck*: Ada
- p. Abdomen
 - 1) Bentuk: Normal

- 2) Perdarahan tali pusat: tidak ada
- 3) Kelainan bawaan: Tidak ada
- q. Kelamin
 - 1) Labia mayor: menutupi labia minor
 - 2) Labia minor: tertutup labia mayor
 - 3) Lubang: Ada
 - 4) Kelainan bawaan: Tidak ada
- r. Tungkai dan kaki:
 - 1) Bentuk: Normal
 - 2) Gerakan: Normal
- s. Anus: Normal
- t. Kulit:
 - 1) Vernik: Ada
 - 2) Warna: Kemerahan
 - 3) Tanda Lahir: Tidak ada
- u. Pemeriksaan penunjang: Tidak dilakukan

II. Interpretasi data

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 00.20 WIB

1. Diagnosa Kebidanan

By. Ny E jenis kelamin perempuan lahir spontan.

Data Dasar:

Data Subyektif :

- 1) Ibu mengatakan baru saja melahirkan bayinya.
- 2) Ibu mengatakan ini anak ketiganya.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayinya.

Data Obyektif :

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Keasadaran: *Composmetis*
- 3) Apgar skore:
 - a) Bayi menangis kuat

b) Warna kulit: Kemerahan

c) Gerakan aktif

2. Masalah

Tidak ada

3. Kebutuhan

Tidak ada

III. Diagnosa potensial

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 00.25 WIB

Tidak ada

IV. Antisipasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 00.30 WIB

Tidak ada

V. Intervensi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/00.35 WIB

- 1) Berikan informasi hasil pemeriksaan kepada ibu.
- 2) Bersihkan jalan nafas bayi dengan hisap lendir.
- 3) Keringkan bayi dengan handuk bersih dan jaga kehangatan bayi.
- 4) Lakukan IMD segera setelah bayi lahir.
- 5) Berikan salep mata dan suntikkan vit. K pada 1 jam setelah lahir.
- 6) Dokumentasikan hasil asuhan.

VI. Implementasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 00.40 WIB

- 1) Memberikan informasi hasil pemeriksaan kepada ibu. Bayinya sehat, jenis kelamin perempuan, menangis kuat dan warna kulitnya putih kemerahan.
- 2) Membersihkan jalan nafas bayi dengan hisap lendir.
- 3) Mengeringkan bayi dengan handuk bersih dan menjaga kehangatan bayi dengan meletakkan bayi didada ibu dan diberi topi serta selimut.
- 4) Melakukan IMD segera setelah bayi lahir.
- 5) Memberikan salep mata dan suntikkan vit. K pada 1 jam setelah lahir.
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan.

VII. Evaluasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 00.45 WIB

- 1) Ibu bahagia dengan kondisi bayinya.
- 2) Jalan nafas sudah dibersihkan.
- 3) Badan bayi sudah dikeringkan dan bayi terjaga kehangatannya.
- 4) Salep mata dan vit. K akan diberikan pada 1 jam setelah lahir.
- 5) Hasil sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan I

Tanggal: 23 Maret 2016

Jam: 06.15 WIB

Data subyektif

- 1) Ibu mengatakan bayinya sudah mau menyusu.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari kolostrum.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sudah BAK dan BAK pertama.

Data obyektif

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36,7°C
 - b) Nadi: 130x/menit
 - c) Respirasi: 40x/menit
- 4) Berat badan 2600 gram
- 5) Kulit: warna kemerahan
- 6) Pemeriksaan Dada: Bentuk: Normal, puting susu: terdapat 2 puting susu, Bunyi nafas: Normal, Bunyi jantung: normal
- 7) Abdomen:
 - a) Bentuk: Normal
 - b) Perdarahan tali pusat: tidak ada
 - c) Tanda lahir: Tidak ada
- 8) Tidak ada komplikasi yang menyertai.

Analisa

By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 2600, PB 48 cm, LK 30 cm, LD 33 cm umur 6 jam normal.

Data dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan bayinya sudah mau menyusu.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari kolostrum.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sudah BAK dan BAK pertama.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36,7°C
 - b) Nadi: 130x/menit
 - c) Respirasi: 40x/menit
- 4) Berat badan 2600 gram
- 5) Kulit: warna kemerahan

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu. Keadaan umum bayi baik, Suhu: 36,7°C, Nadi: 130x/menit, Respirasi: 40x/menit. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Memandikan bayi. Bayi sudah dimandikan.
- 3) Memberikan imunisasi Hb₀ dengan dosis 0,5 ml secara intramuskuler dipaha kanan. Imunisasi Hb₀ sudah diberikan.
- 4) Melakukan rawat gabung. Rawat gabung sudah dilakukan.
- 5) Memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari-hari seperti sebelum tali pusat puput bayi dimandikan dengan disibin, tali pusat hanya diganti dengan kasa kering dan bersih.
- 6) Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang 5 hari lagi. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 5 hari lagi.
- 7) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan II

Tanggal: 28 Maret 2016

Jam: 17.15 WIB

Data subyektif

- 1) Ibu mengatakan ingin memeriksakan bayinya.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari ASI.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sehat dan tidak ada keluhan.

Data obyektif

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36,8⁰C
 - b) Nadi: 120x/menit
 - c) Respirasi: 38x/menit
- 4) Berat Badan: 3000 gram.
- 5) Panjang Badan: 49 cm.
- 6) Warna kulit: Kemerahan
- 6) Pemeriksaan Dada: Bentuk: Normal, Bunyi nafas: Normal, Puting susu: Terdapat 2
puting susu, Bunyi jantung: normal
- 7) Abdomen:
 - a) Bentuk: Normal
 - b) Perdarahan tali pusat: tidak ada
 - c) Tanda lahir: Tidak ada
- 8) Tidak ada komplikasi yang menyertai

Analisa

By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 3000 gram, PB 49 cm umur 7 hari normal.

Data dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan ingin memeriksakan bayinya.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari ASI.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sehat dan tidak ada keluhan.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36,8⁰C
 - b) Nadi: 120x/menit
 - c) Respirasi: 38x/menit
- 4) Berat Badan: 3000 gram.
- 5) Panjang Badan: 49 cm.

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu. Keadaan umum bayi baik, S: 36,8⁰C, N: 120x/menit, R: 38x/menit. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Menjaga kehangatan bayi dengan memberi selimut. Bayi sudah terjaga kehangatannya.
- 3) Melakukan perawatan tali pusat dengan mengganti kasa yang kotor dengan kasa bersih. Perawatan tali pusat sudah dilakukan.
- 4) Memberi KIE ibu tentang imunisasi BCG yaitu imunisasi diberikan pada bayi 1 bulan yang berguna untuk mencegah penyakit tuberkulosis dengan dosis 0,05 ml dilengan kanan atas dan tidak ada efek yang ditimbulkan serta cara penyuntikannya secara intrakutan. Tanda dari keberhasilan imunisasi BCG yaitu muncul seperti bisul dan itu tidak perlu dipencet karena akan sembuh dengan sendirinya. Ibu mengerti tentang imunisasi BCG.
- 5) Memberi KIE tentang imunisasi polio yaitu imunisasi yang diberikan pada bayi dari usia 1 bulan sampai 4 bulan yang diberikan secara oral sebanyak 2 tetes untuk mencegah penyakit polio pada bayi. ibu mengerti tentang imunisasi polio.
- 6) Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang 3 minggu lagi dan untuk melakukan imunisasi BCG dan Polio. Ibu mengerti untuk kunjungan ulang 3 minggu lagi.
- 7) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan III

Tanggal: 20 April 2016

Jam: 16.00 WIB

Data subyektif

- 1) Ibu mengatakan ingin mengimunitasikan bayinya.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari ASI.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sehat dan tidak ada keluhan.

Data obyektif

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36⁰C
 - b) Nadi: 120x/menit
 - c) Respirasi: 42x/menit
- 4) Berat Badan: 3300 gram.
- 5) Panjang Badan: 50 cm.
- 6) Warna kulit: Kemerahan
- 7) Pemeriksaan Dada: Bentuk: Normal, Bunyi nafas: Normal, Bunyi jantung: normal
- 8) Abdomen:
Bentuk: Normal.
Tali pusat: sudah terlepas 1 minggu setelah lahir.
- 9) Tidak ada komplikasi yang menyertai.

Analisa

By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 3300 gram, PB 50 cm umur 28 hari normal.

Data dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan ingin mengimunitasikan bayinya.
- 2) Ibu mengatakan nutrisi bayinya dari ASI.
- 3) Ibu mengatakan bayinya sehat dan tidak ada keluhan.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Suhu: 36⁰C
 - b) Nadi: 120x/menit
 - c) Respirasi: 42x/menit
- 4) Berat Badan: 3300 gram.
- 5) Panjang Badan: 50 cm.

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kepada ibu. Keadaan umum bayi baik, S: 36⁰C, N: 120x/menit, R: 40x/menit. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Menjaga kehangatan bayi dengan memberi selimut. Bayi sudah terjaga kehangatannya.
- 3) Menyuntikkan imunisasi BCG 0,05 ml dilengan kanan atas secara intrakutan dan imunisasi polio 2 tetes. Imunisasi BCG dan polio sudah diberikan.
- 4) Menjadwalkan ibu untuk imunisasi ulang tanggal 20 Mei 2016 yaitu imunisasi pentabio 1 dan polio 2. Ibu mengerti untuk imunisasi ulang tanggal 20 Mei 2016.
- 5) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

**ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA Ny. E USIA 35 TAHUN P₃A₀Ah₃ 6
JAM POST PARTUM DENGAN NIFAS NORMAL
DI BPM ARWINI URIP**

NO REGISTER: -

MASUK TANGGAL, JAM: 23 Maret 2016/ 02.15 WIB

TEMPAT: BPM Arwini Urip

DIAGNOSA: Ny. E usia 35 th P₃A₀ 2 jam post partum dengan nifas normal

DOKTER / BIDAN: Bidan Arwini Urip

I. Pengkajian

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 08.15 WIB

1. Data subyektif

a. Biodata

	Pasien	Penanggung Jawab/ Suami
Nama	: Ny. E Nama	Tn.A
Umur	: 35 tahun	41 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: Akademi	Akademi
Pekerjaan	: Guru TK	Wiraswasta
Alamat	: Banjarjo	Banjarjo

b. Alasan Masuk atau Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.

c. Riwayat persalinan

- (1) Tempat melahirkan: BPM, Penolong: Bidan
- (2) Jenis persalinan: Spontan, Komplikasi: Tidak ada
- (3) Lama persalinan: Kala I: 2 jam, Kala II: 15 menit, Kala III: 5 menit,
Kala IV: 2 jam
- (4) Perdarahan: Kala I: ±10 cc, Kala II: ±70 cc, Kala III: ±210 cc,
Kala IV: ±160 cc

d. Keadaan bayi

- (1) Tanggal/jam lahir: 23 Maret 2016/ 00.15 WIB
- (2) Jenis kelamin: Perempuan
- (3) BB dan TB: 2600 gram/ 48 cm
- (4) Apgar score: 8/9/10
- (5) Cacat bawaan: Tidak ada
- (6) Masa gestasi: 39⁺⁴ minggu

e. Pola Kebutuhan

- (1) Nutrisi: nasi, sayur, lauk
- (2) Eliminasi BAK: 02.00 WIB
- (3) Eliminasi BAB: Belum
- (4) Pola Tidur: ±1 jam
- (5) *Personal hygiene*: Mandi

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	UK	Jenis Persalinan	Tempat Melahirkan	Komplikasi	Penolong	JK	PB/BB	Keadaan Lahir	Laktasi	Perdarahan	Infeksi	Keadaan Sekarang
1	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	RS	Tidak	dr. SpOG	L	49 cm/ 3 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 10 tahun
2	39 ⁺⁶ mgg	Spontan	BPM	Tidak	Bidan	P	48 cm/ 3,25 kg	Normal	Lancar	Tidak	Tidak	Sehat, usia 7 tahun
3	Nifas Sekarang											

g. Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat Kesehatan Sekarang

- (a) Keluhan yang dirasakan sekarang: Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- (b) Penyakit menular atau menurun: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes

militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.

- (c) Pengobatan yang pernah didapat: Ibu mengatakan tidak pernah mendapatkan pengobatan apapun.
- (d) Alergi terhadap obat: Ibu mengatakan tidak memiliki alergi obat.

(2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

- (a) Penyakit menular atau keturunan: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.
- (b) Operasi yang pernah dialami: Ibu mengatakan tidak pernah mengalami operasi apapun.

(3) Riwayat Kesehatan Keluarga

- (a) Keturunan kembar: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat keturunan kembar.
- (b) Penyakit menular atau keturunan: Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti diabetes militus, hepatitis, tifoid, hipertensi, penyakit jantung, TBC dan lainnya.

e) Data Psikososial

(1) Tanggapan ibu terhadap kelahiran bayinya

Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayinya.

(2) Tanggapan suami dan keluarga terhadap kelahiran bayi

Ibu mengatakan suami dan keluarga bahagia dengan kelahiran bayinya.

(3) Dukungan yang diberikan suami atau keluarga

Ibu mengatakan suami dan keluarga mendukung untuk merawat bayinya sendiri tanpa pengasuh.

- (4) Rencana atau pengalaman menyusui
Ibu mengatakan sudah pernah menyusui dan akan menyusui bayinya dengan ASI Eksklusif sampai usia 2 tahun.
- (5) Pengetahuan ibu terhadap perawatan bayi
Ibu mengatakan sudah mengetahui cara merawat bayi sehari-hari.

f) Kontrasepsi yang digunakan

- (1) Kontrasepsi yang pernah digunakan: Suntik 3 bulan
- (2) Lamanya: 3 tahun
- (3) Keluhan: Tidak ada
- (4) Rencana KB: Ada
- (5) Jenis Kontrasepsi: IUD
- (6) Kapan: Setelah masa nifas
- (7) Tanggapan suami: Mendukung
- (8) Jumlah Anak yang diinginkan: 3 anak

2) Data obyektif

a) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaan Umum: Baik
- (2) Kesadaran: *Composmetis*
- (3) *Vital Sign:*
 - (a) Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - (b) Nadi: 82 x/menit
 - (c) Suhu: 37⁰C
 - (d) Respirasi: 22x/menit

b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Kepala dan Wajah
 - (a) Rambut: Warna hitam, Pertumbuhan rambut lebat, Lesi tidak, Oedema kepala tidak, Kotor tidak, Bau tidak
 - (b) Mata: Konjungtiva: Tidak anemis, Secret: Tidak, Sklera tidak ikhterik
 - (c) Hidung: Secret: tidak, Perdarahan tidak, Polip tidak ada
 - (d) Mulut dan lidah: Simetris ya, Kotor tidak, Warna merah muda
 - 1. Gigi: Karang Sedikit, Caries: Tidak

2. Gusi: Warna: Merah muda, Oedema: Tidak
3. Bibir: Warna merah muda, Simetris ya, Lesi tidak ada, Kelembaban normal, Pembengkakan tidak ada
- (2) Leher: Simetris ya, Masa tidak ada
 - (a) Kelenjar tyroid: Tidak ada pembesaran
 - (b) Kelenjar parotis: Tidak ada pembengkakan.
- (3) Dada: Bentuk: Normal
 - (a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Putting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran ASI, Jenis kolostrum, Masa tidak, Nyeri tidak
 - (b) KGB Axilla: Pembesaran tidak ada
- (4) Abdomen: TFU 2 jari dibawah pusat, Kontraksi baik, Konsistensik keras
- (5) Genetalia: Oedema tidak, Varises tidak, PPV lokhea rubra, Infeksi tidak, Kel.Bartolini tidak ada pembesaran, Perineum utuh
- (6) Anus: Normal, tidak ada haemorroid.
- (7) Ekstremitas: Oedema tidak, Kuku jari bersih, Varises tidak, Reflek patella ka/ki ++
- c) Pemeriksaan penunjang: Tidak dilakukan.

II. Interpretasi data

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 08. 20 WIB

1) Diagnosa Kebidanan

Ny. E umr 35 tahun P₃A₀Ah₃ 6 jam *post partum* dengan nifas normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- a) Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya 6 jam yang lalu.
- b) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- c) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayinya.

Data Obyektif:

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: *Composmetis*

c) Vital Sign:

- (1) Tekanan darah: 110/80 mmHg
- (2) Nadi: 82 x/menit
- (3) Suhu: 37⁰C
- (4) Respirasi: 22x/menit

2) Masalah

Tidak ada

3) Kebutuhan

Tidak ada

III. Diagnosa potensial

Tanggal / Jam : 23 Maret 2016/ 08.25 WIB

Tidak ada

IV. Antisipasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 02.25 WIB

Tidak ada

V. Intervensi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 02.30 WIB

- 1) Berikan informasi hasil pemeriksaan pada ibu.
- 2) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan belajar mobilisasi dini.
- 3) Berikan KIE tentang ASI Eksklusif.
- 4) Berikan KIE tentang tehnik menyusui yang benar.
- 5) Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 5 hari lagi.
- 6) Dokumentasikan hasil asuhan.

VI. Implementasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 02.30 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 37⁰C, Respirasi: 22x/menit.
- 2) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan belajar mobilisasi dini, seperti duduk dan berjalan.
- 3) Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif, yaitu memberikan ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir

sampai bayi berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin dari tenaga kesehatan. Manfaat ASI Eksklusif yaitu mengandung zat gizi sesuai kebutuhan bayi untuk pertumbuhan yang sempurna, mengandung zat gizi untuk kecerdasan bayi. ibu mengerti.

- 4) Memberi KIE tentang tehnik menyusui yang benar yaitu Ibu duduk. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi. Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu. Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan. Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara. Telinga dan lengan bayi terlertak pada satu garis lurus. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang. Ibu mengerti tentang tehnik menyusui yang benar.
- 5) Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang 5 hari lagi.
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan.

VII. Evaluasi

Tanggal / Jam: 23 Maret 2016/ 02.35 WIB

- 1) Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaannya.
- 2) Ibu bersedia untuk istirahat dan bersedia untuk belajar mobilisasi.
- 3) Ibu mengerti tentang ASI Eksklusif
- 4) Ibu mengerti tehnik menyusui yang benar
- 5) Ibu mengerti untuk kunjungan ulang 5 hari lagi.
- 6) Hasil asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan II

Tanggal: 28 Maret 2016

Jam: 17.15 WIB

Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan ingin kontrol nifas.
- 2) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- 3) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.

Data Obyektif

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 120/80 mmHg
 - b) Nadi: 78x/menit
 - c) Suhu: 37⁰C
 - d) Respirasi: 20x/menit
- 4) Dada: Bentuk: Normal
 - (a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Putting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran ASI, Jenis kolostrum, Masa tidak, Nyeri tidak
 - (b) KGB Axilla: Pembesaran: Normal.
- 5) Abdomen: TFU pertengahan pusat dan *symphisis*, Kontraksi baik, Konsistensi: Keras
- 6) Genitalia: Oedema tidak, Varises tidak, PPV lokhea Sanguinolenta, Infeksi tidak.
 - a) Kel.Bartolini: Tidak ada pembesaran
 - b) Perineum: Utuh, tidak ada laserasi

Analisa

Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ 7 hari *post partum* dengan nifas normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan ingin kontrol nifas.
- 2) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- 3) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan umum: baik

- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 120/80 mmHg
 - b) Nadi: 78x/menit
 - c) Suhu: 37⁰C
 - d) Respirasi: 20x/menit
- 4) Abdomen: TFU pertengahan pusat dan *symphysis*, Kontraksi baik, Konsistensi: Keras

Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,5⁰C, Respirasi: 20x/menit. Ibu bahagia dengan hasil pemeriksaan.
- 2) Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
- 3) Memberi KIE tentang cara penerapan ASI Eksklusif pada ibu bekerja yaitu dengan selama cuti hanya memberikan ASI saja, sebelum masa cuti habis ubah pola minum bayi dengan ASI perah, sebelum berangkat bekerja susui bayi, selama dikantor perah ASI setiap 3-4 jam, simpan di lemari es dan dibawa pulang, setelah dihangatkan pemberian ke bayi dengan menggunakan sendok. Ibu mengerti tentang penerapan ASI Eksklusif pada ibu bekerja.
- 4) Memberikan terapi obat Fe x minum 1 x @ 60 mg pagi hari dan diminum dengan air putih atau air jeruk. Terapi sudah diberikan dan ibu mau meminumnya.
- 5) Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau bila ada keluhan. Ibu mengerti untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

Catatan Perkembangan III

Tanggal: 27 April 2016

Jam: 17.00 WIB

Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 2) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayinya.

Data Obyektif

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*
- 3) *Vital sign*:
 - a) Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - b) Nadi: 80x/menit
 - c) Suhu: 37⁰C
 - d) Respirasi: 20x/menit
- 4) Abdomen: TFU tidak teraba
- 5) Dada: Bentuk: Normal
 - a) Payudara: Pembesaran normal, Simetris ya, Putting susu menonjol, Hiperpigmentasi ya, Pengeluaran ASI, Jenis ASI Matur, Masa tidak, Nyeri tidak
 - b) KGB Axilla: Pembesaran: Normal.
- 6) Genitalia: Oedema tidak, Varises tidak, PPV lokhea serosa, Infeksi tidak
Kel.Bartolini tidak ada pembesaran, Perineum utuh

Analisa

Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ 5 minggu *post partum* dengan nifas normal.

Data Dasar:

Data Subyektif:

- 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 2) Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaannya.
- 3) Ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayinya.

Data Obyektif:

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: *Composmetis*

3) *Vital sign*:

- a) Tekanan darah: 110/80 mmHg
- b) Nadi: 80x/menit
- c) Suhu: 37⁰C
- d) Respirasi: 20x/menit

Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 37⁰C, Respirasi: 20x/menit. Ibu mengerti.
- 2) Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
- 3) Memberi KIE tentang kontrasepsi IUD yaitu suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang. Keuntungannya yaitu efektivitas tinggi, dapat efektif bekerja segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI. Kerugiannya yaitu siklus haid berubah, haid lebih lama, dan *spotting*. Ibu mengerti tentang KB IUD.
- 4) Membantu ibu dalam memilih alat kontrasepsi. Ibu memutuskan untuk berunding dahulu dengan suami.
- 5) Mendokumentasikan hasil asuhan. Asuhan sudah didokumentasikan.

C. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas dan membandingkan antara teori dan manajemen asuhan kebidanan Varney yang dilakukan pada Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀. Dalam pembahasan asuhan kebidanan komprehensif dari kehamilan sampai nifas, penulis membahas sesuai tahapan asuhan kebidanan 7 langkah Varney.

1. Pembahasan pada Asuhan Kehamilan

I. Pengkajian

Pengkajian pada asuhan kehamilan Ny. E dimulai dari usia kehamilan 35⁺⁶ minggu. Selama kehamilan ini ibu sudah memeriksakan kehamilannya pada trimester 1 sebanyak 2 kali, trimester 2 sebanyak 2 kali dan trimester 3 sebanyak 3 kali. Hal ini sudah sesuai dengan teori Asrinah tahun 2010 yang menyebutkan bahwa kunjungan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan.

Selama masa kehamilan Ny. E melakukan pemeriksaan Hb hanya sekali. Hal ini merupakan kesenjangan karena menurut teori pemeriksaan Hb selama masa kehamilan minimal dilakukan sebanyak 2 kali yaitu pada TM I sekali dan pada TM III sekali. Hasil pemeriksaan Hb Ny. E 10,9gr%, ini dikatakan sebagai anemia ringan. Hal ini sesuai dengan teori WHO yang menyebutkan bahwa kadar Hb wanita tak hamil adalah 12 gr%, wanita hamil 11 gr%, TM I 11 gr%, TM II 10,5 gr%, TM III 11 gr%, anemia ringan 9-10 gr%, anemia sedang 7-8 gr% dan anemia berat <7 gr%.

Ny. E melakukan imunisasi TT sebanyak 5 kali tetapi jarak setiap TT sangat jauh. Hal ini merupakan kesenjangan dengan teori karena menurut Depkes RI tahun 2006 yang menyebutkan bahwa jarak tiap imunisasi TT yaitu TT 1 diberikan dengan dosis 0,5 cc, TT 2 jarak pemberian 4 minggu setelah TT 1, TT 3, jarak pemberian 6 bulan setelah TT 2, TT 4 jarak pemberian 1 tahun setelah TT 3, TT 5, jarak pemberian 1 tahun setelah TT 4, masa. Hal itu mungkin dikarenakan ibu belum mengetahui tentang pentingnya imunisasi TT.

Berdasarkan teori Kusmiyati tahun 2009 cara mengukur TFU diukur dari tepi atas symphysis pubis sampai fundus uteri. Mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) berguna untuk mengetahui UK dan TBJ. Data hasil pengukuran TFU sebagai berikut UK 35⁺⁶ minggu adalah 2 jari diatas pusat, UK 36⁺⁶ minggu 3 jari diatas pusat dan UK 37⁺⁴ minggu 2 jari dibawah *Xyphoideus*.

II. Interpretasi data

Diagnosa dibuat berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E. Diagnosa pada asuhan kehamilan ini sudah sesuai dengan Kepmenkes RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 yaitu:

1. Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 35⁺⁶ minggu janin hidup, tunggal, presentasi kepala, punggung kiri, *konvergen* dengan kehamilan normal.

2. Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 36⁺⁶ minggu janin tunggal hidup, presentasi kepala, punggung kiri, *konvergen* dengan kehamilan normal.
3. Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 37⁺⁴ minggu janin tunggal hidup, presentasi kepala, punggung kiri, *divergen* dengan kehamilan normal.

Pada kasus ini tidak ditemukan masalah selama kehamilan. Untuk pola eliminasi mengalami perubahan seiring dengan penambahan usia kehamilan yaitu sering makan, sering BAK.

III. Diagnosa potensial

Diagnosa potensial tidak ada karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah terjadinya komplikasi.

IV. Antisipasi

Pada antisipasi atau tindakan segera tidak ada dikarenakan tidak ada diagnosa potensial maka tidak perlu dilakukan antisipasi tindakan segera.

V. Intervensi

Pada perencanaan asuhan kehamilan ini sesuai dengan keluhan dan kebutuhan ibu yang terjadi selama kehamilan. Untuk mewujudkan kehamilan yang sehat, peneliti telah melakukan perencanaan sebagai berikut seperti KIE tentang Tablet Fe, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan, jalan-jalan pagi serta anjurkan ibu untuk melanjutkan terapi yang diberikan saat periksa.

VI. Implementasi

Pada pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Semua rencana yang telah disusun dapat dilaksanakan. Selama pelaksanaan asuhan kehamilan ini peneliti memberikan beberapa KIE seperti KIE tentang Tablet Fe yaitu suplemen Penambah Darah. Kegunaannya yaitu suplemen penambah darah yang dibutuhkan seseorang ibu hamil untuk mencegah anemia selama masa kehamilannya. Efek samping zat besi mual dan muntah. Zat besi diminum 1x per hari dan tidak dianjurkan minum menggunakan teh, susu dan kopi karena dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh. Jumlah kebutuhan zat besi saat hamil 90 tablet. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, gerakan janin berkurang atau tidak terasa, per eklamsi dan eklamsia, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan, jalan-jalan pagi dan menganjurkan untuk melanjutkan terapi dan memberikan. Terapi yang diberikan pada saat pasien melakukan kunjungan ulang adalah Fe 1 x 1 @ 60 mg dan Kalk 1 x 1 @ 500 mg.

VII. Evaluasi

Pada evaluasi setiap kunjungan Ny. E dapat memahami KIE yang diberikan dan dapat mengulangi penjelasan yang sudah disampaikan. Evaluasi mengukur seberapa dalam pemahaman pasien mengenai apa yang telah disampaikan. Dan ibu bersedia untuk mematuhi segala anjuran yang diberikan.

2. Pembahasan pada Asuhan Persalinan

I. Pengakajian

Pengkajian pada ibu bersalin dilakukan pada tanggal 22 Maret 2016 jam 22.00 WIB dengan keluhan utama ibu mengatakan “saya merasakan Ibu mengatakan merasakan nyeri pada perut menjalar sampai kepunggung dan merasakan kenceng-kenceng teratur sejak tadi siang jam 13.00 WIB dan sudah mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir”, berarti ini sesuai dengan teori Mochtar tahun 2011 yang menyebutkan bahwa tanda persalinan adalah adanya his yang lebih, kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah, ketuban pecah pada kala 1 persalinan, pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan ada pembukaan, kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada servik (minimal 2x dalam 10 menit).

Persalinan berlangsung spontan tanggal 23 Maret 2016 pada pukul 00.15 WIB dengan lama kala 1 selama 2 jam. Kala II terjadi jam 00.00 WIB pemeriksaan dalam pembukaan sudah lengkap dan ketuban pecah spontan serta Ny. E mengatakan ada dorongan yang kuat untuk mengejan. Kala II berlangsung selama 15 menit. Hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo tahun 2010 yang menyebutkan bahwa kala I pada multigravida lamanya ± 8 jam dan kala II selama $\frac{1}{2}$ -1 jam.

Berdasarkan teori Mochtar tahun 2011 pada multigravida kala III berlangsung 5-10 menit. Pada kala III dilakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yaitu pemberian oksitosin 10 IU secara IM, peregangan tali pusat terkendali dan *massase fundus uteri*. Lama kala III berlangsung

sekitar 5 menit dan plasenta lahir pada pukul 00.20 WIB. Sesuai teori plasenta lahir 5-10 menit setelah bayi lahir.

Menurut teori Mochtar tahun 2011 pemantauan kala IV berlangsung selama 2 jam. Pada kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai 2 jam *post partum*, dilakukan beberapa pemeriksaan seperti TFU, kontraksi, perdarahan, kandung kemih, keadaan umum, tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

II. Interpretasi data

Diagnosa dibuat berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E. Diagnosa pada asuhan persalinan ini sudah sesuai dengan Kepmenkes RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 yaitu:

- 1) Ny. E Usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ minggu janin hidup, tunggal, presentasi kepala, punggung kiri, *divergen 2/5* bagian dalam inpartu kala 1 fase laten.
- 2) Ny. E usia 35 tahun G₃P₂A₀ UK 39⁺⁴ minggu dalam inpartu kala II.
- 3) Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ dalam inpartu kala III.
- 4) Ny. E usia 35 tahun P₃A₀ dalam inpartu kala IV.

Masalah yang ditemukan selama menghadapi persalinan adalah kecemasan ibu. Namun, kecemasan ibu dapat ditangani dengan penjelasan mengenai proses persalinan dan pendampingan saat persalinan.

III. Diagnosa potensial

Diagnosa potensial tidak ada karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah pada terjadinya komplikasi.

IV. Antisipasi

Pada antisipasi atau tindakan segera tidak ada dikarenakan tidak ada diagnosa potensial maka tidak perlu dilakukan antisipasi atau tindakan segera.

V. Intervensi

Program perencanaan dibuat berdasarkan keluhan dan kebutuhan pasien. Ditemukan pada kala I ibu merasa nyeri persalinan. Maka perencanaan yang dilakukan adalah dengan beri dukungan emosional, bantu ibu dalam mencari posisi yang nyaman, berikan cairan dan nutrisi untuk tenaga ibu.

Perencanaan persalinan kala II yaitu pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN dan pada kala III dengan manajemen aktif kala III.

Pada kala IV dilakukan observasi selama 2 jam pertama, dan diberikan terapi untuk mengurangi nyeri jalan lahir serta vitamin A untuk mencegah terjadinya perdarahan.

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan dilakukan dengan efektif dan efisien. Semua rencana yang telah disusun dapat dilaksanakan. Pada pelaksanaan dilakukan

tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri persalinan seperti *masase* punggung ibu serta ajarkan ibu untuk menarik napas lewat hidung dan mengeluarkan lewat mulut, siapkan peralatan partus set dan kelengkapan persalinan, dilakukan 58 langkah APN untuk pertolongan persalinan, MAK III untuk kelahiran plasenta dan memberikan terapi untuk mengurangi nyeri setelah persalinan serta untuk mencegah perdarahan.

VII. Evaluasi

Langkah evaluasi dilakukan setelah pelaksanaan. Merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan kebidanan yang bertujuan menilai keberhasilan suatu pelaksanaan. Pada evaluasi setiap kala persalinan tidak ditemukan komplikasi karena semua tindakan telah dilakukan sesuai prosedur 58 Langkah APN. Dari pihak pasien maupun keluarga dapat bekerjasama dan mengerti penjelasan yang diberikan bidan.

3. Pembahasan pada Asuhan Bayi Baru Lahir

I. Pengkajian

Pada pengkajian data subyektif didapatkan By. Ny. E lahir spontan pada tanggal 23 Maret 2016 pukul 00.15 WIB, pada usia kehamilan 39 minggu lebih 4 hari, jenis kelamin perempuan, anus positif, tidak ada cacat bawaan. Hal ini sesuai dengan teori Rukiyah tahun 2013 yang menyebutkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa bantuan alat, pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan.

Pada data obyektif didapatkan data keadaan umum bayi baik, Apgar skore 8/9/10, keadaan fisik tidak ada kelainan, tanda-tanda vital dalam batas normal, berat badan 2600 gram, panjang badan 48 cm, reflek hisap baik. Hal ini sesuai dengan teori Rukiyah tahun 2013 yang menyatakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir usia kehamilan 37-42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.

II. Interpretasi data

Interpretasi dibuat berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada By. Ny. E. Interpretasi pada asuhan bayi baru lahir dan neonatus ini sesuai dengan Kepmenkes RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 yaitu:

1) By. Ny E jenis kelamin perempuan lahir spontan.

- 2) By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 2600 gram, LK 30 cm, LD 33 cm umur 6 jam normal.
- 3) By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 3000 gram umur 7 hari normal.
- 4) By. Ny E jenis kelamin perempuan, BB 3300 gram umur 28 hari normal.

III. Diagnosa potensial

Diagnosa potensial tidak ada karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah terjadinya komplikasi.

IV. Antisipasi

Pada antisipasi atau tindakan segera tidak ada dikarenakan tidak ada diagnosa potensial maka tidak perlu dilakukan antisipasi tindakan segera.

V. Intervensi

Program perencanaan dibuat berdasarkan keluhan dan kebutuhan klien sehingga perencanaan yang dilakukan oleh penulis seperti jaga kehangatan bayi, anjurkan ibu memberikan ASI secara *on demand*, berikan injeksi vitamin K₁, salep mata, dan Hb₀ anjurkan ibu untuk menyusui dengan sedikit menekan areola agar bayi tidak tersedak saat menyusui, berikan KIE tentang perawatan tali pusat dan ingatkan untuk imunisasi BCG dan Polio.

VI. Implementasi

Pelaksanaan sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan, tidak ada masalah saat diberikan asuhan kebidanan. sesuai dengan kebutuhan maka didapatkan pelaksanaan untuk menjaga kehangatan bayi dengan memberikan pakaian dan selimut pada bayi, memberikan ASI secara *on demand* sesuai dengan keinginan bayi tanpa dijadwal, memberikan injeksi Vit. K, salep mata, Hb₀ diberikan setelah mandi serta KIE tentang perawatan tali pusat seperti mengganti kasa yang kotor dengan yang kering tanpa diberi ramuan apapun, serta mengingatkan untuk imunisasi BGC dan Polio.

VII. Evaluasi

Bayi telah dijaga kehangatannya, diberikan ASI secara *on demand*, vitamin K1 1 mg, Hb₀ dan salep mata telah diberikan, ibu sudah bisa merawat bayinya dan bayi telah diberikan imunisasi BCG dan Polio. Bayi telah mendapatkan ASI cukup.

4. Pembahasan pada Asuhan Nifas

I. Pengkajian

Penulis telah melakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali yaitu kunjungan 6 jam, 1 minggu, dan 5 minggu. Hal ini sesuai dengan teori Depkes RI tahun, bahwa frekuensi kunjungan dan waktu kunjungan nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu kunjungan 6 jam-3 hari, 4-28 hari, dan 29-42 hari.

Pada saat 6 jam, dilakukan pemeriksaan fisik dan didapat hasil keadaan ibu baik dengan tanda-tanda vital normal, TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal dan pengeluaran lochea berwarna merah (rubra). Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI tahun 2008 bahwa segera setelah plasenta lahir, uterus berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis atau sedikit lebih tinggi dan pengeluaran lochea pada hari ke 2-3 *post partum* yaitu lochea rubra.

Pada kunjungan 7 hari masa nifas, keadaan umum ibu baik dengan tanda-tanda vital normal, cairan yang keluar dari kemaluan ibu berwarna merah kekuningan (lokhea sanguilenta), dan tidak ada keluhan yang dirasakan ibu. Hal ini sesuai dengan teori Depkes RI tahun 2008, yang menyatakan bahwa pada kunjungan 4-28 hari terdapat pengeluaran lokhea yang disebut lokhea sanguilenta berwarna merah kekuningan.

Pada kunjungan 5 minggu, Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan ibu ingin menggunakan kontrasepsi IUD. Hal ini sesuai dengan teori Depkes RI tahun 2008, bahwa pada kunjungan 29-42 hari bertujuan

untuk menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu atau bayinya serta memberikan konseling KB secara dini kepada ibu.

II. Interpretasi data

Diagnosa dibuat berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E. Diagnosa pada asuhan ibu nifas ini sesuai dengan Kepmenkes RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 yaitu:

- 1) Ny. E usia 35 tahun 6 jam post partum dengan nifas normal
- 2) Ny. E usia 35 tahun 7 hari post partum dengan nifas normal
- 3) Ny. E usia 35 tahun 5 minggu post partum dengan nifas normal

Pada setiap kunjungan ibu tidak ada keluhan yang dirasakan.

III. Diagnosa potensial

Diagnosa potensial tidak ada karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah terjadinya komplikasi.

IV. Antisipasi

Pada antisipasi atau tindakan segera tidak ada karena tidak ada diagnosa potensial maka tidak perlu dilakukan antisipasi tindakan segera.

V. Intervensi

Dalam menentukan perencanaan sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu. Pada setiap kunjungan, dilakukan pengawasan untuk mencegah terjadinya perdarahan masa nifas, deteksi dan rawat penyebab lain perdarahan dan beri rujukan bila perdarahan berlanjut, serta berikan konseling.

Lakukan pemeriksaan pada uterus untuk memastikan involusi uterus berjalan normal. Berikan konseling tentang ASI Eksklusif, teknik menyusui yang benar dan KB serta membantu ibu untuk memilih kontrasepsi yang cocok untuk dirinya.

VI. Implementasi

Implementasi dilakukan dengan efektif dan efisien. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang ada. Sesuai dengan kebutuhan ibu nifas maka didapatkan pelaksanaan untuk mobilisasi dini seperti belajar miring ke kiri kanan, duduk dan berjalan, dan melakukan pengawasan untuk mencegah terjadi perdarahan, serta KIE ASI Eksklusif yaitu bayi hanya diberikan ASI saja dalam waktu 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun kecuali obat-obatan dari tenaga kesehatan berguna untuk meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi, sebagai antibodi bagi bayi, teknik menyusui yang benar dan keluarga berencana.

VII. Evaluasi

Merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan kebidanan yang bertujuan menilai keberhasilan suatu pelaksanaan. Dalam asuhan nifas ini tidak ditemukan terjadinya komplikasi karena semua tindakan dilakukan sesuai prosedur dan pasien maupun keluarga patuh dengan saran dari petugas kesehatan diantaranya pemberian ASI Eksklusif, teknik menyusui yang benar, mobilisasi dini dan keluarga berencana.