

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL PADA NY. S UMUR 24

TAHUN G1P0A0 UMUR KEHAMILAN 35 MINGGU DI BPM

MURNIYATI BANDONGAN MAGELANG

Tanggal/ Jam Masuk : 26 Januari 2018/Pukul : 18.30 WIB
Tempat : Gegunung, Bandongan, Magelang
No Registrasi : -

Identitas

Nama ibu : Ny. S Nama Suami Tn. A
Umur : 24 tahun Umur : 29 tahun
Agama : Islam Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia Suku/Bangsa: Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMP Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Buruh Pekerjaan : Buruh
Alamat : Gegunung Alamat : Gegunung

DATA SUBJEKTIF (26 Januari 2018/Pukul : 18.30WIB)

1. Kunjungan saat Ini

Ibu mengatakan tidak mempunyai keluhan

2. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan menikah 1 kali, menikah pertama umur 23 tahun, dengan suami sekarang sudah 1 tahun.

3. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan menarche umur 14 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lama 7 hari. Sifat darah encer. Bau khas. Banyaknya 3 kali ganti pembalut. HPM : 26-05-2017, HPL : 02-03-2018

4. Riwayat Kehamilan sekarang

a. Riwayat ANC

ANC sejak umur 6 minggu 1 hari. ANC di BPM Murniati

Bandongan Magelang

Tabel 4. 1 Riwayat ANC Kehamilan

Frekuensi	Keluhan	Penanganan
Trimester I 2 kali	Mual Muntah	1) Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering 2) pemberian tablet asam folat 1x1 dan B6 1x1
Trimester II 3 kali	Tidak ada keluhan	Pemberian tablet Fe 1x1 dan kalk 1x1
Trimester III 4 kali	Pegel-pegel di daerah pinggang	1) menganjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring kiri 2) Pemberian tablet Fe 1x1 dan kalk 1x1

b. Pergerakan janin yang pertama umur kehamilan 23 minggu, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 24 kali.

c. Pola nutrisi

Tabel 4. 2 Pola Nutrisi Kehamilan

Pola nutrisi	Sebelum hamil		Saat hamil	
	Makan	Minum	Makan	Minum
Frekuensi	2-3 kali	4-5 kali	2-3 kali	6-7 kali
Macam	Nasi, ayam, tahu, tempe	Air putih	Nasi, daging, sayuran	Air putih, susu, teh
Jumlah	1 piring	4-5 gelas	1 piring	6-7 gelas
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

d. Pola eliminasi

Tabel 4. 3 Pola Eliminasi Kehamilan

Pola eliminasi	Sebelum hamil		Saat hamil	
	BAB	BAK	BAB	BAK
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas BAB	Khas BAK	Khas BAB	Khas BAK
Konsistensi	Lembek	Cair	Lembek	Cair
Jumlah	1 kali	4-7 kali	1 kali	7-10 kali
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

e. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : mencuci piring, memasak, menyapu

Istirahat/tidur : siang 1 jam, malam 8 jam

Hubungan seksual : 2 kali seminggu, tidak ada keluhan

f. Pola hygiene

Ibu mengatakan sehari mandi 2 kali, membersihkan kelamin setiap habis mandi, BAK dan BAB. Mengganti pakaian dalam setiap habis mandi dan jenis pakaian dalam yang digunakan adalah dari bahan katun.

g. Imunisasi

Ibu mengatakan sudah imunisasi TT3

5. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu Ibu mengatakan ini kehamilan pertamanya
6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun
7. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak pernah/sedang menderita penyakit menurun seperti hipertensi, DM, menular seperti HIV, TBC, menahun seperti jantung

- b. Riwayat yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak pernah/sedang menderita penyakit menurun seperti hipertensi, DM, menular seperti HIV, TBC, menahun seperti jantung

- c. Riwayat keturunan kembar Ibu mengatakan tidak ada riwayat keturunan kembar
 - d. Kebiasaan Ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak minum jamu-jamuan, dan tidak ada makanan yang dipantang
8. Keadaan psiko sosial spiritual
- a. Ibu mengatakan kelahiran ini diinginkan
 - b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan
 - c. Penerimaan ibu terhadap kehamilan ini Ibu mengatakan senang dengan kehamilan ini
 - d. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan ini Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dan mendukung dengan kehamilan ini
 - e. Ketaatan ibu dalam beribadah Ibu mengatakan rajin solat lima waktu

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis
- b. Tanda vital

TD	:100/70 mmhg	RR	: 22x/menit
N	: 79x/menit	S	: 36,5°C
- c. TB : 145 cm
 - BB sebelum hamil 40 kg, BB sekarang 52 kg
 - IMT : 24,73
 - LILA : 24 cm

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Edema wajah : tidak ada
- 2) Cloasma gravidarum : tidak ada
- 3) Mata : simetris, tidak ada secret, sclera putih, konjungtiva merah muda
- 4) Mulut : simetris mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada caries gigi, tidak ada gigi berlubang, tidak ada gusi berdarah
- 5) Leher : tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe
- 6) Payudara : tidak ada bekas operasi, simetris, puting menonjol, tidak ada massa atau benjolan kolostrum belum keluar
- 7) Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae Gravidarum
 - a) Leopold I : fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong)
 - b) Leopold II : pada perut bagian kiri teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas)
 - c) Leopold III : bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala
 - d) Leopold IV : kepala belum masuk panggul
 - TFU : 27cm
 - TBJ : $(27-12) \times 155 = 2325$ gram
 - Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kiri, frekuensi 147x/menit, teratur
- 8) Ekstremitas : tidak ada edema, tidak ada varises, reflek Patella (+/+)

2. Pemeriksaan penunjang

Pada tanggal 25 September 2017 Ny. S melakukan ANC terpadu, hasilnya ibu tidak ada gigi yang berlubang dan gusi berdarah. Pemeriksaan dokter umum hasilnya ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, DM, menular seperti HIV, TBC, menahun seperti jantung. Konsultasi gizi diberikan KIE tentang memperbanyak asupan makanan berupa sayur dan buah-buahan. Dan terakhir dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu 9,6 gr%, protein urin negatif, HbsAg negatif, HMT (hematokrit) 32% HIV/AIDS negatif

ANALISA

Primigravida umur 24 tahun, hamil 35 minggu dengan kehamilan normal, janin tunggal, hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar : DS : ibu mengatakan hamil pertama, HPM : 26-05-2017,

HPL : 02-03-2018

DO : Keadaan umum baik, puntum maksimum terdengar jelas dibagian kiri perut ibu, Frekuensi 140x/menit, teratur. Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin adalah kepala

PENATALAKSANAAN (tanggal 26 Januari 2018, jam 15.45 WIB)

Tanggal/Jam	Penatalaksanaan
26 januari 2018 18.30WIB	<p>1) Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/70mmHg, N 79x/menit, RR 22x/menit, S 36,5°C, DJJ : 140x/menit letak kepala belum masuk panggul, punggung bayi berada di sebelah kiri perut ibu. Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal</p> <p>2) Memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi yang baik selama hamil, yaitu makan-makanan yang bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, terutama yang banyak mengandung zat besi untuk menambah kadar Hbnya, misalnya mengkonsumsi kangkung, bayam, hati ayam dan sebagainya Evaluasi : ibu mengerti tentang KIE yang disampaikan dan bersedia makan sehari 3x dengan nasi, sayur dan lauk</p> <p>3) Menganjurkan ibu untuk meminum tablet penambah darah agar kadar HB bisa naik. Agar ibu tidak mual dianjurkan meminum tablet penambah darah 30 menit sebelum tidur menggunakan air jeruk atau air putih dan tidak boleh diminum bersamaan dengan teh, kopi, atau susu Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk meminum tablet tambah darah</p> <p>4) Menganjurkan ibu untuk istirahat siang minimal 2 jam dan malam selama 8 jam untuk menjaga kondisi ibu dan bayi Evaluasi : ibu mnegerti dan bersedia istirahat yang cukup untuk menjaga kondisi ibu dan bayi</p> <p>5) Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai dengan tanggal yang tercantum pada buku KIA, atau jika ibu mempunyai keluhan Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia melakukan kunjungan ulang</p>

Paraf

Mega Dewi Liana Wati

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan kedua (16 Februari 2018)

Tempat : Rumah Pasien

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
16 Februari 2018 15.30 WIB	<p>S : Ny. S mengatakan tidak ada keluhan apapun</p> <p>O : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,7 °C RR : 21x/menit BB : 51 kg Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I : Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II : Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul TFU : 31 cm TBJ : (31-11) x 155 = 3100 gram Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 143x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 38 minggu dengan kehamilan normal DS : Ibu mengatakan tidak mengeluh apapun DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kanan, frekuensi 143x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/70 mmHg, N 78x/menit, Rr 21x/menit, S 36,7 °C, DJJ : 143x/menit, letak kepala sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sebelah kanan perut ibu Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Menganjurkan ibu untuk tetap meminum tablet penambah darah agar kadar HB bisa naik. Agar ibu tidak mual dianjurkan meminum tablet penambah darah 30 menit sebelum tidur menggunakan air jeruk atau air putih dan tidak 	

	<p>boleh diminum bersamaan dengan teh, kopi, atau susu Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk meminum tablet tambah darah</p> <p>3. Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan yaitu keluar lendir darah atau air ketuban pecah dari jalan lahir,terasa kencang-kencang teratur minimal 3x dalam 10 menit, sakit pada area perut menjalar ke pinggang Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang disampaikan, jika ibu merasakan tanda-tanda persalinan tersebut ibu bersedia datang ke tenaga kesehatan</p> <p>4. Memberikan KIE pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III, yaitu perdarahan pervaginam, pandangan kabur, gerakan janin berkurang atau berhenti, nyeri perut yang hebat serta oedema pada muka atau ekstremitas Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan serta bersedia untuk datang ke tenaga kesehatan jika ibu mengalami hal tersebut.</p> <p>5. Memberikan KIE pada ibu tentang Program Perencanaan Persalinan,dan komplikasi (P4K) meliputi penolong bersalin, transportasi, uang, donor darah, pendamping persalinan serta pengambilan keputusan Evaluasi : Ibu memahami penjelasan yang diberikan, serta ibu telah memutuskan untuk bersalin di BPM Murniyati, penolong Bidan, transportasi motor, biaya secara mandiri, pengambilan keputusan adalah suami.</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai dengan tanggal yang tercantum pada buku KIA, atau jika ibu mempunyai keluhan Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia melakukan kunjungan ulang</p>	
--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan ketiga (27 Februari 2018)

Tempat : Rumah Pasien

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
27 Februari 2018 16.00 WIB	<p>S : Ny. S mengeluh nyeri perut bagian bawah</p> <p>O : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,6 °C RR : 23x/menit BB : 51 kg Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I : Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II : Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul TFU : 32 cm TBJ : (32-11) x 155 = 3255 gram Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 145x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 4 Hari dengan kehamilan normal DS : Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kanan, frekuensi 145x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/70 mmHg, N 78x/menit, Rr 23x/menit, S 36,6 °C, DJJ : 145x/menit, letak kepala sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sebelah kanan perut ibu Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Menganjurkan ibu untuk tetap meminum tablet penambah darah agar kadar HB bisa naik. Agar ibu tidak mual dianjurkan meminum tablet penambah darah 30 menit sebelum tidur menggunakan air jeruk atau air putih dan tidak 	

	<p>boleh diminum bersamaan dengan teh, kopi, atau susu</p> <p>Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk meminum tablet tambah darah</p> <p>3. Memberikan KIE tentang penyebab dari nyeri perut bagian bawah yaitu disebabkan oleh tekanan janin yang menekan organ sekitar panggul ibu seperti kandung kemih dan vagina. Proses penurunan kepala bayi ini memang normal terjadi, kepala bayi akan menekan bagian bawah rahim untuk mencari jalan lahir nantinya. Proses penurunan kepala bayi ini terkadang akan menimbulkan nyeri perut bagian bawah dan ngilu pada perut ibu. Sehingga apabila nyeri ini muncul ibu tidak perlu khawatir, karena hal ini merupakan hal yang normal terjadi. Namun jika terjadi nyeri yang hebat dan menetap maka segera periksa ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut</p> <p>Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan</p> <p>4. Memberikan KIE untuk mengurangi ketidaknyamanan nyeri perut bagian bawah yaitu dengan istirahat yang cukup minimal 2 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari, mengurangi aktivitas yang berlebihan, gunakan celana nyaman sehingga tidak terlalu menekan area perut bagian bawah, menghindari menahan BAK, atau bisa dengan mengganjal pinggang dengan bantal saat duduk untuk mendapatkan posisi yang lebih nyaman</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ke tenaga kesehatan</p> <p>Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia melakukan kunjungan</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan keempat (28 Februari 2018)

Tempat : BPM Murniyati

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
28 Februari 2018 18.45 WIB	<p>S : Ny. S mengatakan ada yang mrembes dari jalan lahir sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : KU : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Pemeriksaan <i>Vital Sign</i></p> <p>TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit</p> <p>S : 36,8 °C RR : 24x/menit</p> <p>BB : 51 kg</p> <p>Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra</p> <p>Palpasi Leopold</p> <p>Leopold I : Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong)</p> <p>Leopold II : Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas)</p> <p>Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala</p> <p>Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul</p> <p>TFU : 32 cm</p> <p>TBJ : (32-11) x 155 = 3255 gram</p> <p>Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 148x/menit, teratur</p> <p>Pemeriksaan Penunjang</p> <p>HB : 12,2 gr%</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 5 hari dengan KPD</p> <p>DS : Ibu memngatakan ada yang mrembes dari jalan lahir sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kanan, frekuensi 148x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, Rr 24x/menit, S 36,8 °C, DJJ : 148x/menit, letak kepala sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sebelah kanan perut ibu Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Memberikan asuhan agar ibu memeriksakan kehamilannya kedokter USG ibu mendapatkan 	

	rujukan dari Bidan karena sudah mendekati HPL tetapi ibu belum merasakan kenceng-kenceng yang teratur dan mengeluarkan cairan sejak 2 minggu yang lalu Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia untuk melakukan USG di puskesmas	
--	---	--

Pada tanggal 01 Maret 2018 ibu datang ke puskesmas untuk melakukan USG karena sudah mendekati HPL tetapi ibu belum merasakan kenceng-kenceng dan ada cairan yang mrembes sejak 2 minggu yang lalu

Hasil USG dari Dokter Puskesmas Bandongan : Dokter mengatakan bahwa air ketuban sedikit, berat badan bayi tidak boleh melebihi 2600 gram dikarenakan tinggi badan ibu yang 145 cm mendekati resiko tinggi dan ibu mengalami KPD, sehingga ibu dirujuk ke Rumah Sakit Bersalin pada pukul 16.00 WIB untuk dilakukan operasi SC pada tanggal 02 Maret 2018 pada pukul 08.30 WIB

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN PADA NY. S UMUR 24
TAHUN G1P0A0 UMUR KEHAMILAN 39 MINGGU 6 HARI
DI RSB BUDI RAHAYU MAGELANG**

Tanggal/ Jam Masuk : 01 Maret 2018/Pukul : 16.00 WIB
Tempat : RSB Budi Rahayu, Kota Magelang
No Registrasi : 638

Identitas

Nama ibu	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 24 tahun	Umur	: 29 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Buruh	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Gunung	Alamat	: Gunung

DATA SUBJEKTIF (01 Maret 2018/Pukul : 16.00 WIB)

1. Kunjungan saat Ini

Ibu datang dengan membawa SPM dr Adi Sp. OG, dari hasil pemeriksaan USG ibu, dokter mengatakan bahwa air ketubannya sedikit. Oleh dr Adi Sp. OG ibu disarankan untuk melahirkan di rumah sakit.

2. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan menikah 1 kali, menikah pertama umur 23 tahun, dengan suami sekarang sudah 1 tahun.

3. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan menarche umur 14 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lama 7 hari. Sifat darah encer. Bau khas. Banyaknya 3 kali ganti pembalut. HPM : 26-05-2017, HPL : 02-03-2018

4. Riwayat Kehamilan sekarang

a. Riwayat ANC

ANC sejak umur 6 minggu 1 hari. ANC di BPM Murniati

Bandongan Magelang

Tabel 4. 4 Riwayat ANC Kehamilan

Frekuensi	Keluhan	Penanganan
Trimester I 2 kali	Mual Muntah	1) Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering 2) Pemberian tablet asam folat 1x1 dan B6 1x1
Trimester II 3 kali	Tidak ada keluhan	1) Pemberian tablet Fe 1x1 dan kalk 1x1
Trimester III 4 kali	Pegel-pegel didaerah pinggang	1) Menganjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring kiri 2) Pemberian tablet Fe 1x1 dan kalk 1x1

- b. Pergerakan janin yang pertama umur kehamilan 23 minggu, pergerakan janin dalam 24jam terakhir 24 kali.
- c. Pola nutrisi

Tabel 4. 5 Pola Nutrisi Kehamilan

Pola nutrisi	Sebelum hamil		Saat hamil	
	Makan	Minum	Makan	Minum
Frekuensi	2-3 kali	4-5 kali	2-3 kali	6-7 kali
Macam	Nasi, ayam, tahu, tempe	Air putih	Nasi, daging, sayuran	Air putih, susu, teh
Jumlah	1 piring	4-5 gelas	1 piring	6-7 gelas
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

- d. Pola eliminasi

Tabel 4. 6 Pola Eliminasi Kehamilan

Pola eliminasi	Sebelum hamil		Saat hamil	
	BAB	BAK	BAB	BAK
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas BAB	Khas BAK	Khas BAB	Khas BAK
Konsistensi	Lembek	Cair	Lembek	Cair
Jumlah	1 kali	4-7 kali	1 kali	7-10 kali
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

e. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : mencuci piring, memasak, menyapu

Istirahat/tidur : siang 1 jam, malam 8 jam

Hubungan seksual : 2 kali seminggu, tidak ada keluhan

f. Pola hygiene

Ibu mengatakan sehari mandi 2 kali, membersihkan kelamin setiap habis mandi, BAK dan BAB. Mengganti pakaian dalam setiap habis mandi dan jenis pakaian dalam yang digunakan adalah dari bahan katun.

g. Imunisasi

Ibu mengatakan sudah imunisasi TT3

5. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini kehamilan pertamanya

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

7. Riwayat kesehatan

a. Riwayat sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak pernah/sedang menderita penyakit menurun seperti hipertensi, DM, menular seperti HIV, TBC, menahun seperti jantung

b. Riwayat yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak pernah/sedang menderita penyakit menurun seperti hipertensi, DM, menular seperti HIV, TBC, menahun seperti jantung

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak ada riwayat keturunan kembar

d. Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak minum jamu-jamuan, dan tidak ada makanan yang dipantang

8. Keadaan psiko sosial spiritual

a. Ibu mengatakan kelahiran ini diinginkan

b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan

c. Penerimaan ibu terhadap kehamilan ini Ibu mengatakan senang dengan kehamilan ini

d. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan ini Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dan mendukung dengan kehamilan ini

e. Ketaatan ibu dalam beribadah Ibu mengatakan rajin solat lima waktu

DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan umum

1. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis

2. Tanda vital

TD :100/70 mmhg RR : 24x/menit

N : 80x/menit S : 36°C

3. TB : 145 cm

4. BB sebelum hamil 40 kg, BB sekarang 51 kg

5. IMT : 24,73

6. LILA : 24cm

B. Pemeriksaan fisik

1. Edema wajah : Tidak ada
2. Cloasma gravidarum : Tidak ada
3. Mata : Simetris, tidak ada secret, sclera putih, konjungtiva merah muda
4. Mulut : Simetris mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada caries gigi, tidak ada gigi berlubang, tidak ada gusi berdarah
5. Leher : Tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe
6. Payudara : Tidak ada bekas operasi, simetris, putting menonjol, tidak ada massa atau benjolan kolostrum belum keluar
7. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada Striae Gravidarum
 - a. Leopold I : Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong)
 - b. Leopold II : Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas)
 - c. Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala
 - d. Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul
 - TFU : 31cm
 - TBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
 - Auskultasi DJJ : Puntum maksinum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kiri, frekuensi 142x/menit, teratur
8. Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises, reflek Patella (+/+)
9. Genetalia : Tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada lendir darah, belum ada pembukaan

C. Pemeriksaan penunjang

Pada tanggal 01 Maret 2018 Ny. S melakukan pemeriksaan USG hasil dari pemeriksaan USG janin tunggal hidup, hamil aterm, air ketuban sedikit dan pemeriksaan laboratorium yaitu hemoglobin 12,6 gr%, protein urin negatif, HbsAg negatif, HMT 32% HIV/Aids negatif

ANALISA

Primigravida umur 24 tahun, hamil 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion, janin tunggal, hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar : DS: Ibu mengatakan hamil pertama, HPM : 26-05-2017, HPL : 02-03-2018

DO : Keadaan umum baik, puntum maksimum terdengar jelas dibagian kanan perut ibu, Frekuensi 142x/menit, teratur. Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin adalah kepala

PENATALAKSANAAN (tanggal 01 Maret 2018, jam 16.00 WIB)

Tanggal/Jam	Penatalaksanaan
01 Maret 2018 16.00WIB	<p>1) Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/70mmHg, N 80x/menit, R 24x/menit, S 36°C, DJJ : 142x/menit letak kepala sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sebelah kanan perut ibu. Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal</p> <p>2) Memberikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang akan dilakukan Evaluasi : keluarga mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan</p> <p>3) Memberikan asuhan sayang ibu : a) Mempersilahkan suami atau keluarga ibu untuk turut memberikan dukungan dengan menemani ibu disamping tempat tidur ibu b) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi berbaring nyaman mungkin Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti tentang penjelasan yang diberikan</p> <p>4) Melakukan observasi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital dan kemajuan persalinan Evaluasi : sudah dilakukan observasi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital dan kemajuan persalinan</p> <p>5) Melakukan kolaborasi dengan dokter a) Memasang infus RL dengan 20 tpm b) Melakukan pemantauan tanda-tanda vital c) Memberikan injeksi cefriaxon 1 mg dan dexa 6 mg pada jam 00.00 WIB</p>

Paraf

Mega Dewi Liana Wati

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Keterangan
01 Maret 2018 20.00 WIB	<p>S : Ibu merasa cemas karena akan menghadapi operasi sesar</p> <p>O : Keadaan umum baik Kesadaran composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,5 °C Rr : 21x/menit Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV Kepala sudah masuk panggul TFU : 31 cm TBJ : (31-11) x 155 = 3100 gram Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 145x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion DS : Ibu mengatakan merasa cemas DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kanan, frekuensi 145x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 78x/menit, Rr 24x/menit, S 36,5 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Melakukan observasi keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital ibu Evaluasi : sudah dilakukan (hasil terampir) 3. Melakukan observasi DJJ setiap 30 menit sekali Evaluasi : sudah dilakukan (hasil terlampir) 	Pemeriksaan tidak dilakukan sendiri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Keterangan
01 Maret 2018 21.30 WIB	<p>S : Ibu mengatakan gerakan janin aktif</p> <p>O : Keadaan umum baik Kesadaran composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,7 °C Rr : 21x/menit Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV Kepala sudah masuk panggul TFU : 31 cm TBJ : (31-11) x 155 = 3100 gram Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 170x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion DS : Ibu mengatakan gerakan janin aktif DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kanan, frekuensi 170x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, Rr 24x/menit, S 36,8 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia miring ke kiri 3. Melakukan observasi DJJ setiap 30 menit sekali Evaluasi : sudah dilakukan (hasil terlampir) 4. Memberikan oksigen 3 cc/menit Evaluasi : sudah diberikan oksigen 5. Mengubah tetesan infus dari 20 tpm menjadi 40 tpm Evaluasi : sudah dilakukan 6. Melakukan CTG Evaluasi : sudah dilakukan 	<p>Pemeriksaan tidak dilakukan sendiri</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Keterangan
01 Maret 2018 22.00 WIB	<p>S : Ibu mengatakan gerakan janin sudah kembali seperti biasa</p> <p>O : Keadaan umum baik Kesadaran composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit S : 36,7 °C Rr : 24x/menit Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II Pada perut bagian kiri teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV Kepala sudah masuk panggul Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 160x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion DS : Ibu mengatakan gerakan janin sudah kembali seperti biasa DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kiri, frekuensi 160x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, Rr 24x/menit, S 36,7 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Menganjurkan ibu untuk tetap miring ke kiri Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia miring ke kiri 3. Melakukan observasi DJJ setiap 30 menit sekali Evaluasi : sudah dilakukan (hasil terlampir) 	Pemeriksaan tidak dilakukan sendiri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Keterangan
01 Maret 2018 22. 30 WIB	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun</p> <p>O : Keadaan umum baik Kesadaran composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 110/60 mmHg N : 78x/menit S : 36,7 °C Rr : 21x/menit Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II Pada perut bagian kanan teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV Kepala sudah masuk panggul Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 135x/menit, teratur</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion DS : Ibu mengatakan merasa cemas DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kiri, frekuensi 145x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, Rr 24x/menit, S 36,8 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia miring ke kiri 3. Mengubah tetesan infus dari 40 tpm menjadi 20 tpm Evaluasi : sudah dilakukan 4. Menganjurkan ibu untuk tetap miring ke kiri Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia miring ke kiri 5. Melakukan CTG Evaluasi : sudah dilakukan 	Pemeriksaan tidak dilakukan sendiri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
02 Maret 2018 08.00 WIB	<p>S : Ibu merasa cemas karena akan menghadapi operasi sesar</p> <p>O : Keadaan umum baik Kesadaran composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/60 mmHg N : 78x/menit S : 36°C Rr : 22x/menit Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, terdapat linea nigra Palpasi Leopold Leopold I Fundus teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong) Leopold II Pada perut bagian kiri teraba keras seperti ada tahanan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil(ekstremitas) Leopold III Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala Leopold IV Kepala sudah masuk panggul Auskultasi DJJ : puntum maksimum terdengar jelas pada perut Ibu bagian kanan, frekuensi 128x/menit, teratur A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 6 hari dengan oligohidramnion DS : Ibu mengatakan merasa cemas DO : K/U baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kiri, frekuensi 128x/menit, teratur hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal, hidup, dan bagian terendah kepala P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/60 mmHg, N 78x/menit, Rr 22x/menit, S 36°C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Memasang DC Evaluasi : sudah dilakukan (tidak dilakukan sendiri) 3. Memberitahukan kepada ibu bahwa akan dilakukan operasi sesar pada pukul 08.30 WIB Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan 	

Dilakukan operasi SC pada pukul 08.30 WIB atas indikasi Oligohidramnion, bayi lahir pukul 09.03 WIB menangis kuat tonus otot aktif warna bayi kemerahan Apgar Skor 9/10/10 jenis kelamin Perempuan dengan berat badan 3200 gram, panjang badan 49 cm, bayi dan ibu dirawat gabung.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS PADA NY. S UMUR 24
TAHUN P1A0AH1 POST SC 6 JAM DALAM KEADAAN NORMAL
DI RSB BUDI RAHAYU MAGELANG**

Tanggal/ Jam Masuk : 02 Maret 2018/Pukul : 16.00 WIB
Tempat : RSB Budi Rahayu, Kota Magelang
No Registrasi : 638

Identitas

Nama ibu	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 24 tahun	Umur	: 29 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangs	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Buruh	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Gegunung	Alamat	: Gegunung

Kunjungan Nifas 1

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh luka jahitan SC terasa nyeri karena anasthesi sudah hilang

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik, Kesadaran Composmentis

TD : 110/70 mmHg RR : 24x/menit

N : 80x/menit S : 36,8°C

Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : Tidak ada odema, tidak pucat
- b. Mata : Simetris, tidak ada secret, scleraputih, konjungtiva merah muda, tidak ada odema pada palpebra
- c. Mulut : Simetris mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada caries gigi, tidak ada gigi berlubang, tidak ada gusi berdarah

- d. Leher : tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan dan nyeri telan
- e. Payudara : Simetris kanan dan kiri, puting menonjol, tidak ada massa atau benjolan, ada pengeluaran kolostrum
- f. Abdomen : terdapat luka bekas operasi, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong
- g. Genetalia : ada pengeluaran cairan berwarna merah (Lokhea Rubra), tidak ada kemerahan, tidak ada bintik merah, tidak ada nanah, tidak ada penyatuan luka, tidak ada haemoroid, tidak ada odema, pengeluaran darah 100 cc
- h. Ekstremitas
 - 1) Atas (tangan) : tidak ada edema, kuku tidak pucat
 - 2) Bawah (kaki) : tidak ada edema, kuku tidak pucat, tidak ada varies

ANALISA

Ny. S umur 24 tahun P1A0AH1 post partum 6 jam dalam keadaan normal

Dasar : DS : ibu mengeluh jahitan SC terasa nyeri karena anasthesi sudah hilang

DO : keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD 110/70 mmHg, N

80x/mennit, R 24x/menit, S 36,8°C, TFU 2 jari dibawah pusat

PENATALAKSANAAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
02 Maret 2018 16.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, RR 24x/menit, S 36,8 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini dengan menggerakkan jari-jari kaki dan tangan kemudian miring kanan dan miring kiri Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia menggerakkan jari-jari tangan dan kakinya 3. Melakukan observasi keadaan ibu meliputi KU ibu, keadaan ibu baik, mengecek perdarahan 100 cc, dan TFU 2 jari dibawah pusat Evaluasi : Ibu mengerti tentang keadaannya bahwa keadaannya baik 4. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif yaitu memberikan ASI dari usia 0-6 bulan, tidak diberikan makanan maupun minuman tambahan hanya menggunakan ASI saja Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang disampaikan tentang ASI eksklusif dan ibu bersedia memberikan ASI eksklusif kepada bayinya tanpa makanan atau minuman tambahan 5. Menjelaskan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya nifas yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, dan ada gangguan penglihatan b. Payudara terasa berat, sakit, bengkak, panas, merah c. Abses payudara yaitu kelanjutan dari payudara bengkak, panas, disertai adanya push/nanah d. Terasa sakit atau panas saat buang air kecil e. Merasa sedih atau tidak mampu mengurus bayinya Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan jika ibu mengalami salah satu tanda tersebut ibu bersedia memeriksakan kepada tenaga kesehatan 	

Paraf

Mega Dewi Liana Wati

CATATAN PERKEMBANGAN

unjungan nifas ke 2 (07 Maret 2018)

Tempat : Rumah ibu

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
07 Maret 2018 16.50 WIB	<p>S : ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit S : 36,6 °C RR : 24x/menit Pemeriksaan abdomen : ada bekas luka operasi yang masih ditutup dengan plester, TFU 2 jari dibawah pusat Genetalia : perdarahan 100 cc, <i>lochea</i> sanguinolenta</p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun P1A0AH0 post partum hari ke 4 dalam keadaan normal DS : Ibu mengatakan tidak ada keluhan DO : KU baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan 100 cc dan <i>lochea</i> sanguinolenta</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, Rr 24x/menit, S 36,6 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Melakukan observasi keadaan ibu meliputi KU ibu, keadaan ibu baik, mengecek perdarahan 100 cc, dan TFU 2 jari dibawah pusat Evaluasi : Ibu mengerti tentang keadaannya bahwa keadaannya baik 3. Menjelaskan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya nifas yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, dan ada gangguan penglihatan b. Payudara terasa berat, sakit, bengkak, panas, merah c. Abses payudara yaitu kelanjutan dari payudara bengkak, panas, disertai adanya push/nanah d. Terasa sakit atau panas saat buang air kecil e. Merasa sedih atau tidak mampu mengurus bayinya Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan jika ibu mengalami salah satu tanda tersebut ibu bersedia memeriksakan kepada tenaga kesehatan 4. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene ibu seperti mandi 2 kali sehari serta menjaga kebersihan organewanitaan dengan mengganti pembalut 3 kali sehari Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia menjaga personal hygiene 	

	<p>5. Memberikan KIE tentang tehnik menyusui</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun. b. Peras sedikit ASI dan oleskan disekitar puting . c. Duduk dan berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi kedada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu, biarkan bibir bayi menyentuh putting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar . d. Segera dekatkan bayi kepayudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar. e. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang. f. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat. g. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar. h. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar. <p>6. Menganjurkan ibu untuk memompa ASI dan disimpan di kulkas Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia memompa ASI dan menyimpannya di kulkas</p> <p>7. Memberikan asuhan komplementer perawatan payudara yang bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI serta menghindari pembengkakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudaraagar tidak mudah terkena infeksi Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan</p> <p>8. Memberikan KIE tentang metode KB yang akan digunakan seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Metode sederhana Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), senggama terputus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida b. Metode hormonal Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang 	
--	---	--

	<p>hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant</p> <p>c. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)</p> <p>Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon</p> <p>Evaluasi : ibu mengerti tentang KIE yang diberikakan dan ibu akan mendiskusikan dengan suami tentang KB yang akan digunakan</p>	
--	---	--

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Ke 3 (10 April 2018)

Tempat : Rumah Pasien

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
10 April 2018 17.00 WIB	<p>S : ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun</p> <p>O : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 100/70 mmHg N : 79x/menit S : 36,7 °C Rr : 22x/menit Pemeriksaan abdomen : ada bekas luka operasi sudah kering tidak ada nanah, TFU sudah tidak teraba Genetalia : tidak ada pengeluaran darah, <i>lochea alba</i></p> <p>A : Ny. S umur 24 tahun P1A0AH0 post partum hari ke 39 dalam keadaan normal DS : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun DO : KU baik, TFU sudah tidak teraba, tidak ada pengeluaran darah dan <i>lochea alba</i></p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 100/70 mmHg, N 79x/menit, Rr 22x/menit, S 36,7 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal 2. Melakukan observasi keadaan ibu meliputi KU ibu, keadaan ibu baik, tidak ada pengeluaran darah, dan TFU sudah tidak teraba, <i>lochea alba</i> Evaluasi : Ibu mengerti tentang keadaannya bahwa keadaannya baik 3. Mengajarkan ibu untuk menjaga personal hygiene Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia menjaga personal hygiene seperti mandi 2 kali sehari, melakukan perawatan payudara yang sudah diajarkan agar menghindari infeksi payudara 4. Menjelaskan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya nifas yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, dan ada gangguan penglihatan b. Payudara terasa berat, sakit, bengkak, panas, merah c. Abses payudara yaitu kelanjutan dari payudara bengkak, panas, disertai adanya pus/nanah d. Terasa sakit atau panas saat buang air kecil e. Merasa sedih atau tidak mampu mengurus bayinya Evaluasi : ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan jika ibu mengalami salah satu tanda tersebut ibu bersedia memeriksakan kepada tenaga kesehatan 5. Memberikan KIE tentang KB yang akan digunakan oleh ibu yaitu KB suntik 3 bulan <ol style="list-style-type: none"> a) Profil 	

	<p>Efektif, aman, dapat dipakai semua perempuan usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat, dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.</p> <p>b) Cara kerja Mencegah ovulasi, kentalkan lender serviks, jadikan selaput lendir Rahim tipis dan menghambat transformasi gamet oleh tuba.</p> <p>c) Keuntungan Sangat efektif, mencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan seksual, tidak mengandung estrogen, dapat digunakan wanita usia >35 tahun sampai perimenopause, mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, kanker jinak payudara, dan penyakit radang panggul.</p> <p>d) Keterbatasan Sering ditemukan gangguan haid, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, pengaruh terhadap berat badan, tidak dapat melindungi dari PMS, HBV, HIV/AIDS, terlambat kembalinya kesuburan, penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan penurunan kepadatan tulang, kekeringan pada vagina, penurunan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat serta tidak diperbolehkan bagi yang hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, menderita kanker payudara, dan DM disertai dengan komplikasi.</p> <p>e) Yang dapat dan tidak dapat menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin (1) Yang dapat menggunakan (a) Usia Reproduksi (b) Nulipara yang telah memiliki anak (c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi (d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui (f) Setelah abortus atau keguguran (g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi (h) Perokok (i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit (j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin) (k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen (l) Sering lupa menggunakan menggunakan pil kontrasepsi (m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil</p>	
--	--	--

	<p>kontrasepsi kombinasi</p> <p>(2) Yang tidak boleh menggunakan</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran) (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara (e) Diabetes mellitus disertai komplikasi <p>(3) Waktu pemberian dan dosis</p> <p>Kontrasepsi suntik sangat cocok untuk program postpartum karena tidak mengganggu laktasi, dan terjadinya amenorea setelah suntikan. Suntikan 3 bulan tidak mengganggu ibu-ibu menyusui anaknya dalam masa post partum, karena dalam masa ini terjadi amenorea laktasi. Untuk program post partum, suntikan 3 bulan disuntikkan sebelum ibu meninggalkan rumah sakit, sebaiknya sesudah air susu ibu terbentuk yaitu kira-kira hari ke 3 sampai dengan hari ke 5. Kontrasepsi suntik 3 bulan disuntikkan dalam dosis 150 mg/cc, sekali 3 bulan</p> <p>Evaluasi : ibu mengerti tentang KIE yang dijelaskan</p>	
--	---	--

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR PADA BAYI NY. S

6 JAM DALAM KEADAAN NORMAL DI RSB BUDI RAHAYU

MAGELANG

Tanggal/ Jam Masuk : 02 Maret 2018/Pukul : 16.00 WIB
 Tempat : RSB Budi Rahayu, Kota Magelang
 No Registrasi : -

Identitas Bayi

Nama Bayi : Bayi Ny. S
 Umur Bayi : 0 hari
 Tanggal Lahir : 02 Maret 2018 / WIB

Identitas Orang Tua

Nama Ibu	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 24 tahun	Umur	: 29 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Buruh	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Gegunung	Alamat	: Gegunung

Kunjungan 1

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan anaknya lahir 6 jam yang lalu

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Vital sign :

N : 121x/menit RR : 48x/menit S : 36,7°C

Antropometri :

Berat Badan : 3100 gram

Panjang Badan : 49 cm

Lingkar lengan : 11 cm

Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkar Dada : 31 cm

Lingkar Perut : 31 cm

APGAR SCORE

Score	1 menit	5 menit	10 menit
A : Appearance colour (warna kulit)	2	2	2
P : Pulse/ Head Rate (frekuensi jantung)	2	2	2
G : Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	1	2	2
A : Activity (tonus otot)	2	2	2
R : Respiration (usaha nafas)	2	2	2
Jumlah	9	10	10

APGAR SCORE**Pemeriksaan Fisik**

1. Kepala : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti chefal haematoma, Hidrosefalus, Anencephalus, dan tidak ada caput succedaneum
2. Wajah : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti sidromdown
3. Telinga : Bentuk normal, sejajar dengan mata, tulang rawan sudah terbentuk
4. Mata : Normal, skera putih tidak kuning, konjungtiva merah muda, simetris
5. Hidung : Bentuk normal, tidak ada cuping, tidak ada penyumbatan jalan nafas
6. Mulut : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti labioskisis maupun labiopalatokisis
7. Leher : Bentuk normal tidak ada kelainan seperti sindrom turner tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan vena jugularis

8. Tangan : Normal, tidak ada fraktur, jumlah jari tangan lengkap tidak ada kelainan seperti polidafili
9. Dada : simetris, putting susu datar, tidak ada bunyi wheezing
10. Abdomen : Bentuk normal, tidak ada kelainan seperti omfalokel, tidak ada perdarahan disekitar tali pusat, tidak ada penonjolan pada tali pusat
11. Punggung : Normal, tidak ada kelainan seperti skoliosis, kifosis, lordosis dan spina bifida
12. Genetalia : Normal, labia mayora menutupi labia minora
13. Anus : Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus
14. Kaki : Normal, jumlah jari kaki lengkap tidak ada kelainan seperti Polidafili
15. Reflek
- | | |
|------------|-------|
| Rooting | : (+) |
| Sucking | : (+) |
| Tonic neck | : (+) |
| Grasping | : (+) |
| Babynski | : (+) |
| Morrow | : (+) |

ANALISA

Bayi Ny. S umur 0 hari dalam keadaan normal

Dasar : DS : Ibu mengatakan bayinya lahir 6 jam yang lalu

DO : Keadaan umum bayi baik, N 121x/menit, Rr 48x/menit,
S 36,7°C, tidak ada kelainan pada bayi

PENATALAKSANAAN

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
02 Maret 2018 16.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan normal, BB bayi : 3200 gram, panjang bayi : 49 cm Evaluasi : Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan normal 2. Pemberian imunisasi HB-0, vit K, salep mata Evaluasi : Sudah diberikan sesuai dengan waktu pemberiannya 3. Pemberian ASI Eksklusif Evaluasi : sudah diberikan ASI eksklusif tanpa tambahan minum atau makanan selain ASI 4. Bayi menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal 5. Evaluasi : bayi sudah menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal 6. Bayi ditempatkan di tempat yang hangat untuk menjaga kehangatannya Evaluasi : sudah dilakukan 7. Penggantian popok bayi saat bayi BAK atau BAB Evaluasi : sudah dilakukan 8. Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusui, suhu tubuh bayi tinggi sampai menggigil, tali pusat bayi berdarah, dan bayi belum BAB selama 24 jam terakhir. Bila ibu mendapati salah satu tanda tersebut maka ibu diharapkan melapor pada tenaga kesehatan Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan dan ibu bersedia melapor ke tenaga kesehatan jika ibu mendapati salah satu tanda bahaya tersebut 	

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan 2 (06 Maret 2018)

Tempat : Rumah Pasien

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
06 Maret 2018 18.45 WIB	<p>S : ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya O : KU : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> N : 100x/menit S : 36,6 °C RR : 45x/menit BB : 3100 gram</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti chefal haematoma, Hidrosefalus, anencephalus, dan tidak ada caput succedaneum 2. Wajah : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti sidrom down 3. Telinga : Bentuk normal, sejajar dengan mata, tulang rawan sudah terbentuk 4. Mata : Normal, skera putih tidak kuning, konjungtiva merah muda, simetris 5. Hidung : Bentuk normal, tidak ada cuping, tidak ada penyumbatan jalan nafas 6. Mulut : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti labioskisis maupun labiopalatokisis 7. Leher : Bentuk normal tidak ada kelainan seperti sindrom turner tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan vena jugularis 8. Tangan : Normal, tidak ada fraktur, jumlah jari tangan lengkap tidak ada kelainan seperti polidafili 9. Dada : simetris, puting susu datar, tidak ada bunyi wheezing 10. Abdomen : Bentuk normal, tidak ada kelainan seperti omfalokel, tidak ada perdarahan disekitar tali pusat, tidak ada penonjolan pada tali pusat 11. Punggung : Normal, tidak ada kelainan seperti skoliosis, kifosis, lordosis dan spina bifida 12. Genitalia : Normal, labia mayora menutupi labia minora 13. Anus : Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus 14. Kaki : Normal, jumlah jari kaki lengkap tidak ada kelainan seperti Polidafili <p>A : Bayi Ny. S umur 4 hari dalam keadaan normal DS : Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya DO : BB 3100 gram, bayi dalam keadaan normal dan sehat</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan normal, BB bayi : 3100 gram, bayi dalam keadaan normal dan sehat 	

	<p>Evalulasi : Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan normal</p> <p>2. Pemberian ASI Eksklusif Evaluasi : sudah diberikan ASI eksklusif tanpa tambahan minum atau makanan selain ASI</p> <p>3. Bayi menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal Evaluasi : bayi sudah menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal</p> <p>4. Bayi ditempatkan di tempat yang hangat untuk menjaga kehangatannya Evaluasi : sudah dilakukan</p> <p>5. Penggantian popok bayi saat bayi BAK atau BAB Evaluasi : sudah dilakukan</p> <p>6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusui, suhu tubuh bayi tinggi sampai menggigil, tali pusat bayi berdarah, dan bayi belum BAB selama 24 jam terakhir. Bila ibu mendapati salah satu tanda tersebut maka ibu diharapkan melapor pada tenaga kesehatan Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan dan ibu bersedia melapor ke tenaga kesehatan jika ibu mendapati salah satu tanda bahaya tersebut</p>	
--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan 3 (28 Maret 2018)

Tempat : Rumah pasien

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
28 Maret 2018 16.00 WIB	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun pada bayinya</p> <p>O : KU : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Pemeriksaan <i>Vital Sign</i></p> <p>N : 120x/menit S : 36,6 °C RR : 40x/menit</p> <p>BB : 3200 gram</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti chefal haematoma, Hidrosefalus, anencephalus, dan tidak ada caput succedaneum 2. Wajah : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti sidrom down 3. Telinga : Bentuk normal, sejajar dengan mata, tulang rawan sudah terbentuk 4. Mata : Normal, skera putih tidak kuning, konjungtiva merah muda, simetris 5. Hidung : Bentuk normal, tidak ada cuping, tidak ada penyumbatan jalan nafas 6. Mulut : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti labioskisis maupun labiopalatokisis 7. Leher : Bentuk normal tidak ada kelainan seperti sindrom turner tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan vena jugularis 8. Tangan : Normal, tidak ada fraktur, jumlah jari tangan lengkap tidak ada kelainan seperti polidafili 9. Dada : simetris, putting susu datar, tidak ada bunyi wheezing 10. Abdomen : Bentuk normal, tidak ada kelainan seperti omfalokel, tali pusat sudah lepas 11. Punggung : Normal, tidak ada kelainan seperti skoliosis, kifosis, lordosis dan spina bifida 12. Genetalia : Normal, labia mayora menutupi labia minora 13. Anus : Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus 14. Kaki : Normal, jumlah jari kaki lengkap tidak ada kelainan seperti Polidafili <p>A : Bayi Ny. S umur 26 hari dalam keadaan normal</p> <p>DS : Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya</p> <p>DO : BB 3100 gram, bayi dalam keadaan normal dan sehat</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan normal, BB bayi : 3200 gram, bayi dalam keadaan normal dan sehat 	

	<p>Evalulasi : Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan normal</p> <p>2. Pemberian ASI Eksklusif Evaluasi : sudah diberikan ASI eksklusif tanpa tambahan minum atau makanan selain ASI</p> <p>3. Bayi menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal Evaluasi : bayi sudah menyusui secara <i>on demand</i> atau tidak dibatasi serta di jadwal</p> <p>4. Bayi ditempatkan di tempat yang hangat untuk menjaga kehangatannya Evaluasi : sudah dilakukan</p> <p>5. Penggantian popok bayi saat bayi BAK atau BAB Evaluasi : sudah dilakukan</p> <p>6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusui, suhu tubuh bayi tinggi sampai menggigil, tali pusat bayi berdarah, dan bayi belum BAB selama 24 jam terakhir. Bila ibu mendapati salah satu tanda tersebut maka ibu diharapkan melapor pada tenaga kesehatan Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan dan ibu bersedia melapor ke tenaga kesehatan jika ibu mendapati salah satu tanda bahaya tersebut</p> <p>7. Memberikan asuhan komplementer pijat bayi yang bermanfaat untuk meningkatkan berat badan dan pertumbuhan, meningkatkan daya tahan tubuh, meningkatkan konsentrasi bayi dan membuat bayi tidur lelap, membina ikatan kasih sayang orang tua dan anak (<i>bonding</i>), meningkatkan produksi ASI Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia bayinya dilakukan pijat bayi</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan KB

Tempat : BPM Murniyati

Tanggal/Jam	Kegiatan	Paraf
15 Juli 2018	<p>S : Ny. S mengatakan ingin suntik KB 3 bulan O : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Pemeriksaan <i>Vital Sign</i> TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah : tidak pucat 2. Mata : simetris, tidak ada secret, sclera putih, konjungtiva merah muda 3. Mulut : simetris mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada caries gigi, tidak ada gigi berlubang, tidak ada gusi berdarah 4. Leher : tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe 5. Payudara : tidak ada bekas operasi, simetris, puting menonjol, tidak ada massa atau benjolan kolostrum belum keluar 6. Abdomen : ada luka bekas operasi, tidak 7. Ekstremitas : tidak ada edema, tidak ada varises, reflek Patella (+/+) <p>A : Ny. S umur 24 tahun G1P0A0AH0 UK : 39 minggu 3 hari dengan kehamilan normal DS : Ibu mengatakan ingin suntik KB 3 bulan DO : kesadaran composmentis, TD : 120/80 mmHg, S : 36,5 °C, Rr : 20x/menit, N : 80x/menit, pemeriksaan fisik dalam batas normal</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, Rr 20x/menit, S 36,5 °C Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan yang disampaikan bahwa ibu dalam keadaan normal Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk meminum tablet tambah darah 2. Memberitahukan ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan pada bokong (Inform Consent) Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia dilakukan penyuntikan 3. memberikan injeksi Tricoflem 1 cc pada bokong secara IM di 1/3 dari tulang sias dan coxycygis Evaluasi : sudah dilakukan penyuntikan 4. Menganjurkan ibu untuk memeriksakan diri jika ibu mengalami : pusing kepala hebat, nyeri perut hebat, pandangan kabur, perdarahan lama dan banyak Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami 	

	<p>penjelasan yang diberikan serta bersedia untuk datang ke tenaga kesehatan jika ibu mengalami hal tersebut.</p> <p>5. Mengajukan ibu untuk kunjungan ulang suntik KB pada tanggal 03 Oktober 2018, atau jika ibu mempunyai keluhan</p> <p>Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia melakukan kunjungan ulang</p>	
--	--	--

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PEPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.S umur 24 tahun primigravida yang dimulai sejak 26 Januari 2018 sejak usia kehamilan 35 minggu sampai dengan bersalin, nifas, KB, serta asuhan pada neonatus. Adapun pengkajian yang dilakukan meliputi asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir serta penyuluhan tentang KB. Pada bab ini penulis mencoba membandingkan antara tinjauan pustaka dengan kasus yang didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

Asuhan yang telah diberikan pada Ny. S pada kehamilan 35 minggu sampai dengan 39 minggu 5 hari adalah pengkajian data dari mulai anamnesa tentang biodata, status pernikahan, keluhan utama, riwayat kesehatan ibu dan keluarga serta kegiatan sehari-hari.

Selama kehamilan ini Ny. S memeriksakan kehamilannya secara teratur. Pada Trimester I Ny. S melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, Trimester II sebanyak 3 kali, dan Trimester III sebanyak 4 kali. Hal ini sesuai dengan teori bahwa standar dalam melakukan ANC minimal 4 kali selama kehamilan. ANC bertujuan untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu serta mengenali secara dini kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil. Frekuensi ANC minimal 1 kali pada Trimester I yaitu sebelum minggu ke-16, minimal 1 kali pada Trimester II antara minggu ke 24-28 dan minimal 2 kali pada Trimester III

yaitu antara 30-38 minggu (Kemenkes, 2013). Berdasarkan hasil pengkajian tersebut maka teori dan praktik sudah sesuai.

Saat kunjungan pada Ny. S dilakukan asuhan yaitu menimbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas), pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri), menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), pemberian tablet zat besi, test laboratorium, tatalaksana kasus dan temu wicara (konseling).

Hasil pengukuran tinggi badan pada Ny. S adalah 145 cm, dalam hal ini tinggi badan Ny. S mendekati faktor resiko. Kemenkes (2014) menuliskan dimana tinggi badan pada K1 yaitu untuk mengetahui adanya faktor resiko pada ibu hamil, bila <145 cm maka dikategorikan faktor resiko untuk panggul sempit dan ada saat dilakukan pemeriksaan LILA pada Ny. S didapati hasil 20 cm. Hal ini menunjukkan bahwa status gizi Ny. S beresiko, kemudian dilakukan skrining Poedji Rochjati tentang resiko faktor 10T. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut maka teori dan praktik sudah sesuai.

Pada penimbangan berat badan diketahui bahwa Ny. S mengalami penambahan berat badan sebesar 11 kg dimana berat badan Ny. S sebelum hamil adalah 40 kg dan diakhir kehamilan 51 kg. Kemenkes (2014) menuliskan total penambahan berat badan selama kehamilan adalah 11,5-16 kg. diketahui bahwa kenaikan berat badan Ny. S adalah dalam batas normal. Berdasarkan dari hasil pengkajian tersebut maka antara teori dan praktik sudah sesuai.

Pada pengukuran tekanan darah yang dilakukan pada Ny. S setiap kali kunjungan didapati hasil dalam batas normal dan tidak termasuk ke faktor resiko untuk kehamilan, Kemenkes (2014) menuliskan bahwa pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan dan bila TD Sistolik > 140 mmHg atau Diastolik > 90 mmHg, maka faktor resiko untuk hipertensi dalam kehamilan. Berdasarkan dari hasil pengkajian tersebut maka antara teori dan praktik sudah sesuai. Berdasarkan dari hasil pengkajian tersebut maka antara teori dan praktik sudah sesuai.

Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) ditentukan mulai trimester ketiga untuk mengetahui adanya kelainan letak janin. Penilaian DJJ dilakukan setiap kali kunjungan mulai akhir Trimester I DJJ kurang dari 120 kali/menit atau DJJ lebih dari 160 kali/menit menunjukkan gawat janin (Kemenkes, 2014).

Pemberian tablet zat besi (tablet tambah darah) Ny. S sudah diberikan sejak usia kehamilan 6 minggu 1 hari dan Ny. S sudah merasakan manfaatnya selama ini, dimana Ny. S tidak pernah merasakan keluhan yang berarti atau tidak mengarah pada tanda bahaya. Selama kehamilan seorang ibu hamil minimal harus mendapatkan 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit untuk mendapatkan zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan (Hani, 2011).

Pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan Hemoglobin dan Protein urine dilakukan pada Ny. S dan hasilnya adalah 12,2 gr% dan tidak ada protein dan reduksi urine (-). Kemudian dari hasil pengkajian riwayat Ny. T tidak ada riwayat penyakit apapun. Pada asuhan Ny. S dilakukan tatalaksana

kasus yaitu apabila dari pemeriksaan ditemukan faktor resiko segera dilakukan penatalaksanaan yang sesuai sehingga komplikasi-komplikasi yang terjadi saat kehamilan dapat dideteksi dan ditangani dengan tepat. Pada Ny. S dilakukan temu wicara yaitu konseling keadaan ibu saat kehamilan serta persiapan untuk menghadapi persalinan dan KB.

Pada saat kunjungan ketiga pada tanggal 27 Februari 2018 di rumah pasien dan melakukan anamnesa serta pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari anamnesa ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah, nyeri perut bagian bawah merupakan ketidaknyamanan pada trimester III, Sitompul, Ewa (2014) perubahan yang terjadi pada ibu hamil pada trimester III pembesaran perut, rahim terus membesar, sampai umur kehamilan ke 36 minggu ukuran uterus mencapai pinggir bagian bawah tulang iga terendah pada dada, nyeri perut kiri atas (*Heartburn*), perubahan kadar hormone bisa memperlambat proses pencernaan dan merelaksasi otot lambung sehingga asam lambung keluar kekerongkongan dan menimbulkan sensasi *heartburn*, bengkak/edema, pembesaran payudara, nyeri di bagian perut, selangkangan dan paha. Sesuai dengan teori maka penulis menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup dan tidak bekerja terlalu berat. Dari hasil pemeriksaan fisik secara keseluruhan hasilnya normal. Asuhan yang diberikan konseling sesuai dengan keluhan pasien yaitu kebutuhan ibu untuk persiapan persalinan.

Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada Ny. S dapat terlaksana dengan baik, keadaan normal. Ny. S dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Pada asuhan persalinan Ny. S mendapatkan rujukan dari Puskesmas karena Ny. S pada tanggal 28 Februari 2018 mengeluh mengeluarkan cairan dari jalan lahir sejak 2 minggu yang lalu. Pada tanggal 01 maret 2018 Ny. S dirujuk di RSB Budi Rahayu dan akan dilakukan operasi sesar pada tanggal 02 Maret 2018 pada pukul 08.30 WIB dengan diagnosa oligohidramnion, penyebab dari oligohidramnion yang dialami Ny. S adalah Ketuban Pecah Dini, kemudian penulis melakukan observasi kepada ibu dibantu dengan tenaga kesehatan, dari hasil observasi ibu tidak mengeluh apapun. Manuaba (2009) mengatakan bahwa tatalaksana persalinan KPD yang menyebabkan ibu mengalami Oligohidramnion adalah dengan Seksio Sesaria. Dalam hal ini antara praktik dan teori tidak ada kesenjangan.

3. Asuhan kebidanan pada masa nifas

Pada masa nifas dilakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali, kunjungan ini sudah sesuai dengan teori Ryadi, Alexander (2016) yang mengatakan bahwa kunjungan nifas adalah kunjungan nifas yang pertama kali pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan, kunjungan nifas ke 2 dalam waktu 2 minggu setelah persalinan 8-14 hari, dan kunjungan nifas ke 3 dalam waktu 6 minggu setelah persalinan 36-42 hari. Dalam kunjungan masa nifas antara praktik dan teori tidak ada kesenjangan.

Asuhan kebidanan pada ibu nifas kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 02 Maret 2018 pukul 15.30 WIB. Pada kunjungan pertama penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki.

Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh apapun. Dari hasil pemeriksaan fisik dalam keadaan normal. Asuhan yang diberikan adalah konseling mobilisasi dini, ASI eksklusif, personal hygiene, tanda bahaya nifas dan KB.

Asuhan kebidanan pada ibu nifas kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 07 Maret 2018 pukul 15.30 WIB. Pada kunjungan kedua penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh apapun. Dari hasil pemeriksaan fisik dalam keadaan normal. Asuhan yang diberikan adalah perawatan payudara, konseling ASI eksklusif, personal hygiene, tanda bahaya nifas dan KB. Perawatan payudara pada Ny. S selalu diterapkan dan membuat payudara Ny. S tidak mengalami komplikasi payudara selama masa nifas.

Asuhan kebidanan pada ibu nifas kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 10 April 2018 pukul 16.00 WIB. Pada kunjungan ketiga penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh apapun. Dari hasil pemeriksaan fisik dalam keadaan normal. Asuhan yang diberikan adalah konseling ASI eksklusif, personal hygiene, tanda bahaya nifas dan KB.

4. Asuhan kebidanan pada neonatus

Pada asuhan neonatus dilakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali, kunjungan ini sudah sesuai dengan teori Kementrian Kesehatan (2015) yang menganjurkan agar bayi baru lahir diperiksa secara lengkap sebanyak 3 kali, yaitu pemeriksaan yang pertama pada usia 6-48 jam, pemeriksaan yang ke 2 usia 3-7 hari. Pemeriksaan ulang pada minggu pertama amat penting karena

kesakitan dan kematian bayi baru lahir paling tinggi terjadi pada usia 0-7 hari, serta pemeriksaan yang ke 3 pada usia 8-28 hari. Jika bayi tidak ada masalah, pemeriksaan ketiga dapat dilakukan pada usia 28 hari atau 1 bulan bersamaan dengan jadwal imunisasi selanjutnya, yaitu hepatitis B II dan BCG (jika belum diberikan). Dalam kunjungan neonatus antara praktik dan teori tidak ada kesenjangan.

Asuhan neonatus diberikan pada tanggal 02 Maret 2018 pada pukul 15.00 WIB. Penulis melakukan kunjungan sebanyak 3 kali (KN 3). Pada kunjungan pertama penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh apapun tentang bayinya. Dari hasil pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal dan tidak kuning. Asuhan yang diberikan adalah konseling ASI eksklusif, tanda bahaya bayi, menjemur bayi sebelum pukul 09.00 WIB, pemeriksaan tali pusat, menjaga kehangatan bayi.

Asuhan neonatus pada kunjungan kedua pada tanggal 06 Maret 2018. Pada kunjungan kedua penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh apapun tentang bayinya. Dari hasil pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal dan tidak kuning. Asuhan yang diberikan adalah konseling ASI eksklusif, tanda bahaya bayi, dan menjemur bayi sebelum pukul 09.00 WIB.

Asuhan neonatus pada kunjungan ketiga pada tanggal 28 Maret 2018. Pada kunjungan ketiga penulis melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki. Dari hasil anamnesa ibu tidak mengeluh

apapun tentang bayinya. Dari hasil pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal dan tidak kuning. Asuhan yang diberikan adalah konseling ASI eksklusif, tanda bahaya bayi dan pijat bayi. Pada pijat bayi, bayi Ny. S mengalami penambahan berat badan pada pemeriksaan selanjutnya dan ibu juga menerapkan tentang pijat bayi yang diajarkan oleh penulis. Dalam hal ini asuhan komplementer pijat bayi sesuai dengan teori Irmawati (2015) yang mengatakan manfaat pijat bayi yaitu dapat member rasa aman, dihargai, disayangi, dan dicintai, membantu pertumbuhan bayi dengan optimal, membantu memperkuat sistem peredaran darah, sistem pencernaan, dan sistem pernafasan bayi, membuat nutrisi yang masuk ke tubuh bayi dapat terserap dengan baik dan dapat segera dimanfaatkan oleh bayi, serta meningkatkan daya tahan tubuh bayi. Dalam kunjungan masa nifas antara praktik dan teori tidak ada kesenjangan.

Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik pada kunjungan kedua penulis tidak melakukan pemeriksaan tali pusat disini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena pemeriksaan tali pusat sangat penting yang berguna untuk melihat perdarahan serta adanya infeksi atau tidak pada bayi. Makah hal ini dapat menjadi kelemahan penulis.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Ibu sudah mendapatkan konseling tentang berbagai macam metode untuk ber-KB dan ibu sudah mendiskusikan dengan suaminya, Ny. S ingin menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan saja, karena lebih praktis dan tidak mengganggu pemberian ASI. Pada tanggal 15 Juli 2018 Ny. S

melakukan suntik 3 bulan yang disuntikan di bokong secara IM dari sias dan coxycyis. Setelah dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan, memberitahu ibu tanggal kunjungan kembali untuk penyuntikan 3 bulan kemudian yaitu pada tanggal 03 Oktober 2018. Menganjurkan ibu untuk tidak lupa datang kembali melakukan penyuntikan ulang pada tanggal yang sudah ditentukan baik dalam keadaan haid ataupun tidak haid. Apabila ada keluhan ibu boleh datang kembali ke klinik. Affandi, dkk (2014) mengatakan yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin usia reproduksi, Nulipara yang telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, setelah abortus atau keguguran, telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi, perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin), tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan menggunakan pil kontrasepsi, mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi. Ny. S memilih menggunakan KB suntik 3 bulan agar tidak mengganggu proses menyusui. Hasil dari pengkajian tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.