

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Hari/Tanggal Pengkajian : Minggu, 11 April 2021
Waktu Pengkajian : 06.00 WIB
Tempat Pengkajian : PMB Bd. K
Nama Pengkaji : Adinda Selviana

A. Data subjektif

1. Identitas klien

	Istri	Suami
Nama	: Ny. A	Tn. U
Umur	: 31 tahun	38 tahun
Suku	: Minang	Minang
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Ciawi RT 02/09	

2. Keluhan Utama

Ibu datang bersama suami mengelukan mulas-mulas kuat serta terdapat pengeluaran lendir darah sejak pukul 04.00 WIB tetapi belum keluar air-air.

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ini adalah kehamilan ke lima dengan riwayat keguguran 1 kali. Hari pertama haid terakhir tanggal 11-07-2020 dan taksiran persalinan tanggal 18-04-2021. Saat ini usia kehamilan ibu 9 bulan (39 minggu). Gerakan janin terasa aktif.

Ibu mengatakan pertama periksa hamil pada usia kehamilan 4 bulan (12 minggu). Selama hamil ibu tidak pernah mengalami tanda bahaya kehamilan. Ibu pernah periksa lab 1 kali selama hamil saat usia kehamilan

19 minggu 3 hari (5 bulan). Ibu rutin memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Tidak ada penyulit dan tanda bahaya selama kehamilan, dan ibu rutin mengkonsumsi vitamin dan obat tambah darah yang diberikan bidan selama hamil.

4. Riwayat Kehamilan Lalu

Tabel 4.1 Riwayat Kehamilan Ny. A

Tahun Lahir	Jenis Kelamin	BB Lahir	Penolong	Tempat
2009	Laki-laki	2200 gr	Paraji	Rumah
2009	-	Abortus	Dokter	Rumah Sakit
2010	Laki-laki	2800 gr	Bidan	PMB
2014	Laki-laki	3100 gr	Bidan	PMB

5. Riwayat Kesehatan Ibu Dan Keluarga

Ny. A tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, hepatitis, anemia, malaria, dan penyakit menular seksual. Dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan asma

6. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Ekonomi

a. Biologi

- 1) Nutrisi : Ibu makan terakhir kemarin (10-05-2021) pukul 19.00 WIB dengan 1 porsi nasi, ayam, dan sayur. Minum terakhir 1 gelas air putih jam 05.00.
- 2) Eliminasi : BAB terakhir 1 hari yang lalu. BAK terakhir jam 04.00 WIB
- 3) Istirahat : ibu istirahat siang 1 jam dan istirahat terakhir saat malam sekitar 4 jam, ibu terkadang kurang nyaman karena adanya mulas.

b. Psikologi

Ibu cukup tenang menghadapi proses persalinan karena ini adalah persalinan kelimanya dan ibu didampingi oleh suami

c. Sosial

Ibu memiliki status pernikahan sah selama 13 tahun, dan ini merupakan pernikahan pertama. Kehamilan ini di rencanakan dan didukung oleh suami dan keluarga

d. Ekonomi

Ibu telah mempersiapkan perlengkapan persalinan untuk ibu dan bayi. Dana persalinan menggunakan BPJS dengan status kepesertaan aktif.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Tanda-tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 100/70 mmHg
 - 2) Nadi : 85x/menit
 - 3) Respirasi : 19x/menit
 - 4) Suhu : 36,5°C

2. Antropometri

- a. Tinggi badan : 150 cm
- b. Berat badan saat hamil : 70 kg
- c. Berat badan sebelum hamil : 58 kg
- d. Penambahan berat badan : 10 kg
- e. Lila : 28 cm
- f. IMT : 25,7 (normal)

3. Pemeriksaan fisik

- a. Muka
Simetris, tidak ada edema, tidak pucat
- b. Mata
Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada tanda infeksi
- c. Mulut
Bibir merah muda, tidak kering, gusi merah muda, tidak ada gigi berlubang, lidah bersih
- d. Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe

e. Payudara

Simetris, tidak ada retraksi, tidak ada massa/benjolan, tidak ada nyeri tekan, terdapat hiperpigmentasi pada areola dan puting, puting menonjol

f. Abdomen

Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum dan linea nigra.

1) TFU : 31 cm

2) TBBJ : (TFU – 11) x 155
= (31 cm – 11) x 155 = 3100 gr

3) Leopold I : TFU 2 jari dibawah processus xyphoideus, teraba bagian lunak, tidak melenting di fundus (bokong)

Leopold II : teraba keras memanjang seperti papan di bagian kanan (punggung kanan)

Leopold III : teraba bulat keras melenting (presentasi kepala).
Tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : divergen

4) Perlimaan : 2/5

5) DJJ : 136x/menit, regular, puctum maksimum di kanan bawah umbilicus ibu

6) HIS : 3x/10'/35" intensitas kuat

7) Kandung kemih : kosong

g. Ekstremitas

Tangan dan kaki tidak ada edema, kuku tangan dan kaki tidak pucat, dikaki tidak ada varises

h. Genetalia

Terdapat pengeluaran lendir darah dari jalan lahir. Vulva vagina tidak ada kelainan, porsio tipis lunak pembukaan 6 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, hodge III, molase 0, ubun-ubun kecil depan

i. Anus

Tidak ada hemoroid

4. Pemeriksaan Penunjang (26-11-2020)

- a. HB : 12,5 gr/dl
- b. HBsAg : negatif
- c. Sifilis : negatif
- d. VCT : negatif
- e. Golongan darah : A+

C. Analisa

Ny. A, Usia 31 Tahun, G5P3A1 Usia Kehamilan 39 Minggu. Inpartu kala I fase aktif. Janin tunggal hidup, presentasi kepala. Keadaan ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa ibu sudah dalam proses persalinan. Ibu dan suami mengerti
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan mengatur nafas saat ada kontraksi. Ibu mengerti dan mengatur nafas saat ada kontraksi
3. Menganjurkan ibu tidur miring kiri. Ibu tidur miring ke kiri
4. Menganjurkan ibu minum dan makan di sela-sela kontraksi. Ibu minum 1 gelas teh manis.
5. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan keinginan BAB dan BAK. Ibu BAK 1 kali ke kamar mandi
6. Meminta suami untuk mendampingi dan memberikan dukungan pada ibu. Suami mendampingi ibu
7. Mengobservasi kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin. Terlampir dalam patograf
8. Menyiapkan alat-alat persalinan (partus set serta perlengkapan ibu dan bayi)

Catatan perkembangan I

Pukul 07.20 WIB

A. Data Subjektif

Ibu merasakan mulas yang semakin lama semakin sering dan kuat seperti ingin BAB, ibu sudah ingin mengedan, keluar lendir darah semakin banyak, dan keluar air-air merembes lewat jalan lahir.

B. Data Objektif

1. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan darah: 100/70 mmHg
 - b. Nadi : 85x/menit
 - c. Suhu : 36,5°C
 - d. Pernafasan : 20x/menit
2. Abdomen
DJJ : 138x/menit regular puctum maksimum dikanan, His : 4x/10'/45''
intensitas kuat, perlimaan : 1/5 divergent, kandung kemih : kosong.
3. Genetalia
Ketuban pecah spontan warna jernih tidak berbau. Pemeriksaan dalam :
vulva vagina tidak ada kelainan, porsio tidak teraba, pembukaan lengkap 10
cm, kepala di hodge IV, molase 0, ubun ubun kecil depan.

C. Analisa

Ny. A usia 31 tahun G5P3A1 usia kehamilan 39 minggu, Inpartu kala II.
Janin tunggal hidup presentasi kepala. Keadaan ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan suami bahwa pembukaan telah lengkap dan akan dipimpin persalinan. Ibu dan suami mengerti
2. Memberitahukan ibu mengatur pernafasan dan tetap tenang. Ibu mengerti dan tetap tenang
3. Mendekatkan alat-alat persalinan
4. Membantu memposisikan ibu dengan nyaman. Ibu memilih posisi dorsal recumbent
5. Mengajari ibu teknik meneran yang baik dan benar. Yaitu kepala diangkat dan melihat kearah perut, mengedan yang panjang dan kuat, mengedan ketika ada mulas kuat. Ibu mengerti dan melaksanakannya.
6. Menolong persalinan sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN). Pukul 07.30 WIB, bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot bergerak aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, berat badan 3200 gram, panjang badan 50 cm.

7. Memeriksa apakah ada janin kedua. Tidak ada janin kedua

Catatan perkembangan II

Pukul 07.31 WIB

A. Data Subjektif

Ibu merasa senang bayinya sudah lahir

B. Data Objektif

TFU sepusat, uterus globuler dan teraba keras, kandung kemih penuh.

Genitalia : terdapat semburan darah berwarna merah dan tali pusat memanjang di depan vulva

C. Analisa

Ny. A parturien kala III, keadaan ibu baik

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu bahwa ari-ari belum lahir. Ibu mengerti
2. Memberitahukan ibu akan disuntikan oksitosin di paha. Ibu mengerti
3. Menyuntikan oksitosin 10 IU di sepertiga paha atas anterolateral. Disuntikan pukul 07.31 WIB
4. Melakukan penanganan bayi baru lahir, penjepitan dan pemotongan tali pusat
5. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) antara ibu dan bayi *skin to skin* di dada ibu
6. Melakukan kateterisasi. Urin keluar ± 100 cc
7. Memantau adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu terdapat semburan darah, tali pusat memanjang, dan uterus globuler. Sudah terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta tersebut
8. Melakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT). Plasenta lahir spontan pukul 07.38 WIB
9. Melakukan masase fundus uteri selama 15 detik. Kontraksi baik dan uterus teraba keras

10. Mengecek kelengkapan plasenta. Plasenta lahir lengkap dan selaput ketuban utuh

Catatan perkembangan III

Pukul 07.53 WIB

A. Data Subjektif

Ibu masih merasakan mulas dan senang ari-ari sudah lahir

B. Data Objektif

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, kontaksi baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : tampak pengeluaran darah ± 30 cc, terdapat laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum hingga otot perineum.

C. Analisa

Ny. A parturien kala IV dengan laserasi derajat II, keadaan ibu baik

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu terdapat luka robekan jalan lahir dan akan dijahit. Ibu mengerti dan bersedia dijahit
2. Melakukan penjahitan luka robekan dengan anastesi lidocain 1% di mukosa vagina, kulit perineum, hingga otot perineum.
3. Memantau keberhasilan IMD. IMD berhasil pada menit ke 30
4. Membersihkan tubuh ibu dengan air DTT dan tempat tidur dengan air klorin, serta memakaikan celana dalam dan pembalut ibu.
5. Membersihkan alat-alat dan mendekontaminasi alat-alat dalam larutan klorin selama 10 menit, kemudian sterilisasi alat-alat.
Melakukan pemerosesan alat-alat, mulai dari membersihkan, dekontaminasi hingga sterilisasi.
6. Melakukan pemantauan kala IV yaitu TTV, TFU, kontraksi, pengeluaran urin dan darah. Terlampir dalam patograf

7. Mengajarkan suami untuk melakukan masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi rahim dan menghentikan perdarahan. Suami mengerti dan bersedia melakukannya
8. Menganjurkan ibu makan dan minum serta istirahat. Ibu makan setengah porsi nasi, ayam, dan sayur. Minum 1 gelas air putih
9. Melakukan pendokumentasian dan melengkapi patograf