

BAB IV HASIL ASUHAN KEBIDANAN

Hari,Tanggal Pengkajian : Rabu, 27 Maret 2024.
Waktu Pengkajian : 12.00 WIB.
Tempat Pengkajian : Ruang PONEK RSUD Ciawi.
Nama Pengkaji : Almanda Maranatha Febriyanti Siregar.

A. Data Subjektif

1. Identitas	Istri	Suami
Nama	:Ny Y	Tn.D
Usia	:32 tahun	23 tahun
Agama	:Islam	Islam
Suku Bangsa	:Sunda, Indonesia	Sunda, Indonesia
Pendidikan	:SMP	SD
Pekerjaan	:IRT	Karyawan swasta
Alamat	Kp.kadugede,desa cilember,kecamatan cisarua.	Kp.kadugede,desa cilember,kecamatan cisarua.

2. Keluhan utama

Ibu datang ke RSUD Ciawi Bersama suami pada pukul 12.00WIB tanggal 27 maret 2024 membawa surat rujukan dari puskesmas ciawi dengan keluhan sudah keluar air air dari pervaginam berwarna jernih sejak pukul 20.00 WIB pada 26 maret 2024 dan merasakan adanya perut kencang pada pukul 11.00 WIB pada 27 Maret 2024 dan belum keluar lendir darah.

3. Riwayat rujukan

Datang ke puskesmas Ciawi pukul 10.00 WIB dengan keluhan keluar air-air sejak tanggal 26 Maret 2024 pukul 20.00 WIB. Dengan pemeriksaan :

- a. Tekanan darah : 110/70 mmHg
- b. Pernafasan : 20x/menit
- c. Nadi : 80x/menit
- d. Suhu : 36,5°C
- e. TFU : 29 cm

- f. DJJ : 145x/menit
- g. His : 1x/10'/20, Tidak adekuat"
- h. Portio tebal lunak,pembukaan 2 cm, ketuban (-),berwarna jernih, presentasi kepala.

Diagnosa klinis : Ny.Y usia 32 tahun G3P2A0 hamil 38 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD 15 jam .

Pengobatan yang telah diberikan : antibiotik profilaksis amoxillin 1x500 mg dan sudah terpasang infus Ringer Lactat 500 cc dengan 20 tetes/menit di tangan kiri.

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran sebelumnya, ibu mengatakan sudah hamil 38 minggu.

- a. Hari Pertama Haid Terakhir : pada tanggal 3 Juli 2023.
- b. tafsiran persalinan : 10 april 2024.
- c. USG : 27 february 2024.
- d. gerakan janin :aktif lebih dari 10x perhari.
- e. Data yang didapat di buku KIA ibu sudah melakukan 6x pemeriksaan ANC, selalu memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas,hasil pemeriksaan dibuku KIA pertama kali pada tanggal 14 Desember 2023 dengan keluhan mual dan muntah pada usia kehamilan 6 minggu. Selama hamil sudah melakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil: HCG: (+), HB: 9,8 g/dl, Protein urine (-), Glukosa (-), HbsAg (Non reaktif), HIV (Non reaktif) dan sifilis non reaktif. Ibu sudah mendapatkan TT3, selama ibu memeriksakan kehamilannya diberikan tablet penambah darah juga diberikan konseling, pada trimester III mengalami sering BAK dan sakit punggung, ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan dan tablet penambah darah, ibu tidak mengonsumsi jamu-jamuan dan obat-obatan warung. Ibu mengatakan tidak mengalami riwayat jatuh pada hamil serta tidak merokok, namun suami perokok aktif dan suka merokok di dalam rumah.

5. Riwayat Kehamilan yang lalu

Tabel 4. 1 Riwayat Kehamilan yang lalu

Hamil ke	Tahun	Penolong	Cara persalinan	UK	Jenis kelamin	Penyulit
1	2013	Paraji	Spontan	Aterm	Perempuan	Tidak ada
2	2018	Bidan	Spontan	Aterm	Laki-Laki	Tidak ada
3	2024	Hamil ini				

Sumber : rekam medik pasien

6. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan tidak ada riwayat operasi, demam, nyeri perut serta tidak memiliki riwayat penyakit menurun, menahun dan menular seperti penyakit asma, penyakit diabetes, penyakit TBC, diare, sariawan yang tidak normal ataupun penyakit HIV/AIDS), dan lainnya serta ibu juga mengatakan tidak mempunyai riwayat kehamilan kembar.

7. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan menstruasi pertama kali di usia 13 tahun dengan siklus 30 hari dan lama menstruasi ibu 3-7 hari.

8. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik selama 4 tahun.

9. Riwayat biopsikososial dan ekonomi

a. Biologi

Ibu makan terakhir pada pukul 11.00 WIB dengan menu nasi dan lauk pauk, ibu makan ½ porsi. Minum terakhir pada pukul 11.40 WIB dengan mengkonsumsi air putih 1 gelas.

b. Pola Istirahat

Ibu mengatakan istirahat terakhir pukul 04.00 WIB dan terbangun karena ingin BAK serta tidak menyadari sudah keluar air-air.

c. Aktivitas

Kegiatan ibu sehari-hari adalah melakukan pekerjaan rumah, saat ibu mengalami rembesan air ketuban ibu saat sedang tidur.

d. Pola Eliminasi

Ibu sudah buang air kecil terakhir pukul 11.00 WIB dan buang air besar pada pukul 05.45 WIB.

e. Kegiatan seksual

Ibu terakhir berhubungan pada tanggal 23 maret 2024, mengeluh tidak nyaman karena kehamilannya sudah membesar.

f. Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2 kali dalam sehari, mengganti celana 2-3 kali dalam sehari.

g. Psikologi

Ibu mengatakan senang atas kehamilan ketiganya dan suami serta keluarga bersyukur dan mendukung selalu kehamilan ibu saat ini.

h. Sosial

Ini merupakan pernikahan kedua ibu, dan pernikahan pertama bagi suami, ibu memiliki 2 anak pada pernikahan sebelumnya dan ibu tinggal di kontrakan bersama suami dan kedua anaknya, dan ibu mengatakan saat hamil jarang berhubungan seksual karena takut pada kehamilan ketiga ibu.

i. Ekonomi

Ibu mengatakan yang bekerja hanya suami dan persalinan dibayar oleh BPJS namun ibu dan suami mempunyai tabungan persalinan.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan Umum : Baik.
- b. Kesadaran : Compos Mentis.

2. Pemeriksaan Antropometri

- BB sebelum hamil : 40 kg
- BB sekarang : 47 kg
- Tinggi badan : 144 cm

$$\text{IMT} = \frac{40}{1,44 \times 1,44} = \frac{40}{2,07} = 19.3 \text{ (Kategori Ringan)}$$

Peningkatan IMT pada ibu hamil normal (19,8-26)

Peningkatan BB total yang dianjurkan yaitu (11,5 sampai 16)

Peningkatan BB klien 7 kg (Kenaikan BB kurang)

3. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

- a. Tekanan darah : 110/70 mmHg.
- b. Nadi : 80 x/menit.
- c. Suhu : 36,5 ° C.
- d. Respirasi : 20x/menit.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Tidak ada oedema, rambut tidak rontok.
- b. Wajah : Tidak pucat.
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
- d. Mulut : bibir lembab, gusi merah muda, gigi tidak ada caries.
- e. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan pembuluh limfe.
- f. Payudara : simetris, putting susu menonjol, areola kecoklatan, tidak ada retraksi/ dimpling, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan, terdapat pengeluaran colostrum.
- g. Abdomen
 - Inspeksi : tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra.
 - 1. Leopold I : TFU 1 jari dibawah px, bagian fundus bulat dan lunak (Bokong).
 - 2. Leopold II : teraba bagian kanan keras memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas).

3. Leopold III	teraba bagian bawah janin, bulat keras, melenting (kepala), sudah masuk PAP.
4. Leopold IV	sejajar.
5. Perlimaan	3/5.
6. HIS	1x/10'/20'', tidak adekuat.
7. Mc.Donald	29 cm, TBJ (29-11)x144 = 2,592 gram.
8. Kandung kemih	kosong.
9. Auskultasi	DJJ : 145x/menit, regullar.
h. Ekstremitas atas	simetris, tidak ada oedema, kuku merah muda, masing masing jari ada 5.
i. Ekstremitas bawah	simetris, tidak ada oedema, kuku merah muda, masing masing jari ada 5, tidak ada varices,refleks patella positif (+).
j. Genetalia	
k. Inspeksi	Tidak ada varices, tidak ada kemerahan, luka, oedema.
Hasil rujukan	tidak ada pembengkakan kelenjar bartolin dan tidak ada pembengkakan kelenjar skene, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban tidak teraba (negatif), uuk kanan depan, presentasi kepala , tidak ada molase dan kaput.
Skor Bishop	7 dengan skor hasil pemeriksaan yaitu pembukaan skor 1, penipisan/pendataran serviks skor 1, penurunan kepala skor 1, konsistensi serviks skor 2, posisi skor 2
i. Anus	tidak ada haemoroid.
5 Pemeriksaan penunjang	Laboratorium, 27 Maret 2024
a. HB	: 12,1 gr/dl
b. Leukosit	: 16.900/mm ³
c. Trombosit	: 248.000/ μ L
d. HBSAG	: Non Reaktif
e. HIV	: Non Reaktif

- f Test nitrazin : Lakmus Merah menjadi biru.
- g CTG : (DJJ) normal, pergerakan janin 2 kali, kontraksi 1 kali dalam 10 menit.

C. Analisa

Ny.Y usia 32 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini, Janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala. keadaan ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan saat ini kondisi ibu dan janin baik, namun ketuban sudah pecah dan ibu harus dirawat, kondisi ibu akan dikonsultasikan oleh Dr,SpOg untuk dilakukannya induksi dan pemberian antibiotik.
Evaluasi : ibu dan suami bersedia dan menyetujui serta suami menandatangani akan dilakukan observasi dan induksi.
2. Melakukan kolaborasi dengan Dr.SpOg, Advice dokter :
 - a. Rencana melakukan pergantian infus RL 500 Ml dengan tetesan 20 Tetesan/menit
Evaluasi : sudah dilakukan pada pukul 12.20 WIB.
 - b. Rencana melakukan skintest dengan ceftriaxone 2 gram di tangan kanan ibu.
Evaluasi : sudah dilakukan pada pukul 12.25 WIB.
 - c. Rencana melakukan pemasangan oksigen dengan 3 liter/ menit.
Evaluasi : sudah dilakukan pada pukul 12.28 WIB.
 - d. Melakukan pemberian therapy ceftriaxone 2 gram pada cairan RL secara IV.
Evaluasi : pukul 12.40 WIB sudah di lakukan.
 - e. Rencana melakukan terminasi kehamilan dengan induksi drip oksitosin 5 IU di cairan ringer lactat 500 ml sebanyak 20 tetes/menit di Ruang VK (bersalin).
3. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum.
Evaluasi :Ibu minum 1 gelas air putih.

4. Memberikan motivasi dan dukungan kepada ibu agar tidak agar ibu tetap tenang dan jangan cemas.
5. Memindahkan Ny.Y keruang VK (bersalin) untuk di observasi lebih lanjut pada pukul 13.00 WIB.

CATATAN PERKEMBANGAN I

Pada pukul : 13.00 WIB.

Tanggal : Rabu,27 maret 2024.

Tempat : Ruang VK (bersalin) RSUD Ciawi

A. Data subjektif

Ibu saat ini merasakan mulas-mulas namun belum adekuat dan terdapat rembesan air ketuban.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik.
- b. Kesadaran : Composmentis.

2. Tanda – tanda vital

- a. Tekanan darah : 110/70 mmHg.
- b. Nadi : 78 x/menit.
- c. Suhu : 36,5°C.
- d. Respirasi : 20x/menit.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

- 1) DJJ : 147x/menit/ regullar.
- 2) His : 2x/10'/20'',tidak adekuat.
- 3) Perlimaan : 3/5.
- 4) Kandung : Kosong.

kemih

- b. Ekstremitas : Tangan kanan terpasang infus
- c. Genetalia : Terdapat pengeluaran cairan ketuban dan lendir darah, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban tidak teraba (negatif), penurunan kepala hodge

II, presentasi kepala, uuk kanan depan, tidak ada molase dan kaput.

C. Analisa

Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu inpartu kala 1 Fase Laten dengan ketuban pecah dini dengan keadaan ibu baik, janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala keadaan janin baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa saat ini pembukaan sudah 3 cm dan pemeriksaan dalam batas normal.
Evaluasi : Ibu dan suami mengetahui jumlah pembukaannya.
2. Memberitahu ibu dan keluarga akan dilakukan induksi dengan oksitosin 5 IU di cairan ringer lactat 500 ml pada kolf pertama sebanyak 20 tetes/menit.
Evaluasi : Pukul 13.30 sudah dilakukan induksi.
3. Memberitahu ibu untuk tidak meneran disaat pembukaan belum lengkap (pembukaan 10 cm).
4. Memberitahu ibu cara mengatur nafas yang benar seperti menarik nafas secara perlahan melalui hidung dan keluarkan melalui mulut. Ibu mengerti dan melakukannya.
5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri,serta memberitahu ibu bahwa miring kiri bertujuan agar janin mendapatkan suplai oksigen dari ibu, dan agar kepala bati dapat segera turun.
Evaluasi : Ibu mengerti dan mencoba untuk berbaring miring kiri
6. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK.
Evaluasi : Ibu mengerti dan tidak menahan BAK.
7. Memberitahu suami untuk selalu mendukung ibu dan mendampingi ibu selama proses persalinan.
Evaluasi : suami mengerti dan mendampingi ibu selalu.
8. Menganjurkan ibu untuk tidak turun dari tempat tidur atau berjalan sampai proses persalinan

9. Melakukan observasi kesejahteraan janin (DJJ), kesejahteraan ibu (TTV), dan kemajuan persalinan (HIS, kontraksi, pembukaan) setiap 30 menit yang tercatat dalam lembar observasi

CATATAN PERKEMBANGAN II

Pukul : 17.00 WIB.

A. Data subjektif

Ibu mengatakan mulasnya yang semakin kuat dan terus-menerus serta ibu ingin meneran seperti buang air besar.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik.
- b. Kesadaran : Compos mentis.

2. Pemeriksaan TTV

- a. Tekanan darah : 120/80 mmHg.
- b. Nadi : 80x/menit
- c. Suhu : 36,5°C
- d. Pernafasan : 20x/menit

3. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

- 1) DJJ : 148x/menit/regular.
- 2) His : 4x/10'/50",adekuat.
- 3) Perlimaan : 1/5.
- 4) Kandung kemih : Penuh.

b. Genetalia

: Terdapat pengeluaran cairan ketuban, vulva membuka,perineum menonjol,portio tidak teraba, selaput ketuban tidak teraba (negatif), pembukaan 10 cm, presentasi kepala uuk depan,Hodge IV, tidak ada molase dan kaput.

c. Anus

: Ada tekanan pada anus.

C. Analisa

Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu inpartu kala II dengan ketuban pecah dini dengan keadaan ibu baik, Janin tunggal hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan janin baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah pembukaan lengkap dan ibu boleh mengedan jika sudah ada his (mulas) datang.
2. Memberitahu ibu untuk memilih posisi persalinan yang nyaman dan mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan mengatur nafas yang baik.
Evaluasi : ibu memilih posisi litotomi
3. Melibatkan suami ibu sebagai pendamping persalinan dalam proses proses persalinan. Suami mendampingi saat proses persalinan.
4. Meletakkan kain di bokong ibu.
5. Membuka partus set dan memeriksa kelengkapan alat-alat partus
6. Mencuci tangan.
7. Memakai sarung tangan.
8. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK dan melakukan kateterisasi karena kandung kemih ibu penuh.
9. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan dipimpin untuk persalinan dengan Teknik 60 APN serta melindungi perineum, biparietal, sanggah dan susur
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setiap 15 menit selama kala 2 berlangsung sampai bayi lahir.
11. Pukul 17.50 bayi lahir spontan, langsung menangis kuat ,tonus otot aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, BB lahir :2800 gram PB lahir :47 cm LK:30 cm LD : 31 cm.
12. Meringkan bayi dan melakukan rangsang taktil
13. Melakukan pemeriksaan apakah ada janin kedua. tidak ada janin kedua.

CATATAN PERKEMBANGAN III

Pukul :17.51 WIB.

A. Data subjektif

Ibu merasa bahagia karena bayinya sudah lahir dan ibu masih merasakan lemas dan mules karena ari-ari (plasenta) belum lahir.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum
 - a. Keadaan umum : Lemas.
 - b. Kesadaran : Compos mentis.
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Abdomen :TFU sepusat, uterus teraba keras, tidak ditemukan janin kedua, kandung kemih kosong
 - b. Genetalia : Tampak tali pusat menjulur di depan vulva, terdapat semburan darah.

C. Analisa

Ny. Y usia 32 Tahun P3A0 Inpartu kala III dengan riwayat ketuban pecah dini

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa bayi sudah lahir dan ibu akan segera melahirkan ari ari.
2. Memberitahu ibu akan dilakukan penyuntikan oksitosin 10 UI secara intramuscular pada sepertiga paha atas ibu.
Evaluasi : sudah dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU secara Intramuscular di 1/3 paha atas bagian luar ibu.
3. Menjepit tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dan memotong tali pusat.
4. Melakukan IMD selama 1 jam dengan skin to skin
5. Memberitahu ibu akan dilakukan pengeluaran ari-ari dan menganjurkan ibu untuk tidak mengedan.
Evaluasi :ibu tidak mengedan saat pengeluaran ari-ari.

6. Melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan memeriksa tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.
Evaluasi : terdapat uterus globuler, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba.
7. Melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan posisi tangan non-dominan melakukan dorso cranial, Ketika plasenta sudah berada di vulva, melakukan pemutaran plasenta searah jarum jam sehingga seluruh bagian plasenta lepas dan lahir.
Evaluasi : pukul 18.00 WIB plasenta lahir spontan
8. Melakukan massase uterus 15 detik.
Evaluasi : uterus teraba keras globuler dan berkontraksi baik.
9. Melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta.
Evaluasi : kotiledon dan selaput utuh. Plasenta lengkap
10. Melakukan pengecekan robekan jalan lahir.
Evaluasi : terdapat luka robekan jalan lahir dari mukosa vagina dan kulit perineum
11. Melakukan pengecekan pengeluaran darah.

CATATAN PERKEMBANGAN IV

Pukul :18.05 WIB.

A. Data subjektif

Ibu merasa lega ari-ari bayi (plasenta) sudah lahir dan ibu masih merasa lemas,ibu merasakan haus dan ingin segera minum serta perih pada vaginanya.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan umum : Baik.
 - b. Kesadaran : Compos mentis.
2. Pemeriksaan tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah : 100/70 mmHg.
 - b. Nadi : 20x/menit.
 - c. Suhu : 85x/menit.

- d. RR : 36,7° C.
3. Pemeriksaan fisik
- a. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat,uterus globuler, konsistensi uterus teraba keras, kandung kemih kosong
- b. Genetalia : terdapat pengeluaran darah 150 ml, terlihat laserasi dari mukosa vagina dan kulit perineum,terlihat pengeluaran darah tidak aktif.

C. Analisa

Ny.Y usia 32 tahun P3A0 partus kala IV dengan laserasi derajat 1 dengan Riwayat ketuban pecah dini

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu terdapat robekan jalan lahir tapi tidak dijahit.
2. Melakukan pengecekan uterus berkontraksi uterus baik atau tidak
Evaluasi : uterus berkontraksi dengan baik.
3. Memastikan ibu mengosongkan kandung kemih,kandung kemih kosong.
4. Membersihkan ibu (area perineum, badan dan memakaikan pembalut) dan mencuci alat partus.
5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
Evaluasi : ibu makan nasi putih dan ikan 1 porsi dan 1 gelas air putih.
6. Memberikan ibu terapi oral sesuai advice dokter SpOg yaitu Asam mefenamat 1x500mg, tablet tambah darah 1x60mg, Cefadroxil 1x500mg per oral diminum sehabis makan
Evaluasi : ibu meminum sehabis makan
7. Melakukan pemantauan kala IV yaitu pemantauan pada tekanan darah, nadi, suhu, tfu, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan selama 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada 1 jam kedua.
8. Memberitahu ibu tanda bahaya seperti tidak ada kontraksi,rahim tidak teraba,pengeluaran darah yang banyak,pusing,maka suami bisa melapor ke bidan jaga