BAB IV
TINJAUAN KASUS

Hari/Tanggal Pengkajian : Kamis, 03 Maret 2022
Waktu Pengkajian : 07.00 WIB
Tempat Pengkajian : Rs Salak
Nama Pengkaji : Fiandita Egawati

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

	Istri	Suami
Nama	: Ny. W	Tn. Y
Usia	: 14 tahun	23 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SD	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Suku	: Jawa	Sunda
Alamat	: Cibogor	

2. Riwayat Masuk RS

Ny. W datang ke rumah sakit pada pukul 07.00 WIB. Dengan keluhan mulas dan keluar lendir darah sejak pukul 22.00 WIB pada tangggal 02 Maret 2022. Mendapat rujukan dari bidan karena anemia. Di IGD dilakukan lakukan pemeriksaan oleh dokter dan didapat hasil pembukaan 5 cm dan dokter memberikan advice untuk melakukan pemasangan infus RL dan pengambilan sempel darah untuk dilakukan pengecekan hb.

1. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran. HPHT 19-05-2021 dan TP 24-02-22. Ibu merasa gerakan janinnya aktif . Ibu mengatakan baru mengetahui kehamilannya pada usia 33 minggu saat periksa ke bidan pada tanggal 03-01-22 dengan keluhan lemas dan pusing. Pada tanggal 10-01-2022 (dalam buku KIA) ibu periksa kehamilan yang ke dua dan dilakukan pemeriksaan laboraturium dengan hasil lab HIV negatif, HbsAg negatif, sifilis negatif, glukosa negatif , Hb 6,9 g/dl, usia kehamilan 34 minggu, TFU 2 jari diatas pusat. Dan diberikan tablet Fe, kalsium dan B12 yang diminum 2 kali sehari. Pada tanggal 18-02-2022 (dalam buku KIA) ibu mengatakan datang keposyandu untuk memeriksakan kehamilannya.

4. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan tidak pernah menderita ataupun memiliki penyakit hipertensi, seperti pusing, sakit kepala berat, tidak memiliki penyakit asma, seperti sering sesak nafas, tidak memiliki keturunan kembar dan dalam keluarga tidak ada penyakit keturunan seperti diabetes militus.

5. Riwayat Biologi

a. Nutrisi

Ibu mengatakan memiliki pola makan yang kurang baik, dan tidak pernah mengkonsumsi susu hamil serta sering lupa untuk mengkonsumsi tablet FE. Sebelum datang ke rumah sakit ibu mengatakan makan terakhir tadi malam pukul 20.30 WIB dengan sayur dan telur ceplok. Minum terakhir tadi pagi pukul 06.30 satu cangkir teh hangat. Bab terakhir kemarin pukul 05.30 WIB dan bak terakhir tadi pagi pukul 06.00 WIB.

b. Riwayat Istirahat

Ibu mengatakan sering sulit tidur, dan tadi malam ibu tidak tidur sama sekali karena merasa perutnya semakin mulas.

c. Riwayat Psikologi

Ibu sempat cemas dan khawatir saat proses persalinan, ibu kandung mendampingi ibu dan memberikan dukungan emosional.

d. Sosial

Ibu dan suami telah menikah selama 1 tahun. Ini merupakan pernikahan yang pertama bagi ibu maupun suami. Suami dan keluarga mendukung kehamilan ini.

e. Ekonomi

Ibu tidak memiliki kartu BPJS mau pun tabungan persalinan. Dan Biaya persalinan di tanggung orang tua.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum :Ibu terlihat kesakitan, cemas dan merasa ketakutan.

b. Berat badan

1). Bb sebelum hamil : 37 kg.

2). Bb sesudah hamil : 42

a. Tinggi badan : 150

b. IMT : 16,4(kurang),

c. LILA : 20 cm (KEK)

2. Tanda-tanda Vital

a. Tekanan darah : 100/70 mmHg

b. Nadi : 80x/menit

c. Suhu : 36,°C

d. Pernapasan :20x/menit.

3.Pemeriksaan Fisik

a. Wajah

Simetris, tidak odema, tampak pucat.

b. Mata

Sklera putih, konjungtiva pucat

c. Mulut

Bibir tidak kering, lidah tampak pucat, tidak ada karies.

d. Abdomen

1) Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi

2) Palpasi

a) Leopold 1 : TFU 2 jari dibawah px, teraba bagian teratas janin bulat tidak melenting (bokong).

b) Leopold 2 : Sebelah kiri teraba panjang keras seperti papan (punggung).
Sebelah kanan teraba bagian terkecil janin (tangan,kaki).

c) Leopold 3 : Teraba keras bulat sudah tidak dapat dilentingkan (kepala).

d) Leopold 4 : Divergent

3) Auskultasi

a) TFU : 2 jari di bawah px

b) Perlimaan : 2/5

c) Djj janin : 145x/menit teratur. Punctum maksimum dibawah pusat sebelah kiri.

d) His : 3x/10 menit, lamanya 40 detik.

e) Kandung kemih : Kosong

e. Ekstremitas

Ekstremitas atas : Sebelah kiri tidak ada odema dan kuku tangan tampak pucat.
Sebelah kanan tidak ada odema, kuku tangan tampak pucat dan terpasang infus RL 500 ml dengan 20 menit.

Ekstremitas bawah : Sebelah kiri tidak ada oedema, kuku kaki pucat tidak varises, refleks patella positif.
Sebelah kanan tidak ada oedema, kuku kaki pucat tidak varises, refleks patella positif.

d. Genetalia

1) Inspeksi : Tampak keluar lendir bercampur darah, vulva vagina tidak ada kelainan dan tidak ada varises.

2) Palpasi : Tidak ada pembengkakan kelenjar bartolin,

3) Pemeriksaan dalam : Porsio teraba tipis, pembukaan 5 cm. penurunan kepala hodge III +. Ubun-ubun kecil sebelah kiri

e. Anus

Tidak ada haemoroid.

f. Pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Hemoglobin	8,4 gr%	W(12.0-16.0 GRLDL)
Hematokrit	22	W (37-43 GR%)
Eritrosit	3,3	DWS (4.0-5.9 JUTA/UL
Leukosit	12.200	DWS (4-10 RIBU/UL)
Trombosit	789.000(DUPLO)	DWS (150-440 RIBU/UL)

Sumber; catatan rekam medik pasien Rs salak

A. ANALISA

Ny. W 14 tahun G1P0A0 Inpartu kala I fase aktif, janin tunggal hidup intra uterin dengan anemia.

B. PENATALAKSANAAN

1) Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah memasuki proses persalinan dan sudah pembukaan 5 cm.
2) Memberitahu ibu untuk menerima rasa sakit ketika HIS dengan tenang, menarik nafas panjang ketika HIS muncul dan menghembuskannya perlahan lewat mulut, sambil membayangkan kepala bayi sedang menurun dan semakin membukannya serviks.
3) Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn, advice dokter:
   a. Lanjutkan infus RL (berisi 500 ml) 50 ml sebanyak 20 tetes permenit.
   b. Lakukan pemantauan kala I.
   c. Rencana tranfusi sel darah merah atau PRC (*packed red blood* cell) 750 cc.
4) Menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum pada ibu.
5) Melakukan pemeriksaan tanda vital ibu yaitu, tekanan darah setiap Jam, nadi dan suhu badan setiap satu jam.
6) Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit.
7) Melakukan pemeriksaan detak jantung janin setiap 30 menit.
8) Melakukan pemeriksaan dalam 4 jam sekali untuk menilai dilatasi Servix, dan penurunan kepala.

Catatan perkembangan

Pukul 10.00 WIB

A. Data subjektif

Ny. W mengatakan sudah makan sedikit dan minum satu gelas air putih. Dan merasakan mulas semakin kuat, perutnya terasa sakit dan seperti ingin BAB.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum : Ibu terlihat kesakitan
2. Tanda-tanda vital
   a. Tekanan darah : 100/70 mmHg
   b. Nadi : 80x/menit
   b. c. Suhu : 36,°C
   d. Pernapasan : 22x/menit
3. Abdomen
   a. Perlimaan : 2/5
   b. His : 4x10’45”
   c. Djj : 150x/menit
   d. Kandung kemih : kosong
4. Genitalia

   Melakukan pemeriksaan dalam, vulva vagina tidak adaa kelainan, portio sudah tidak teraba, pembukaan lengkap, penurunan kepala 1/5 hodge III -, ketuban jernih.

C. ANALISA

Ny. W inpartu kala II janin tunggal hidup presentasi kepala dengan anemia.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah pembukaan lengkap dan akan dipimpin persalinan.
2. Menjelaskan pada ibu teknik pernapasan efektif dan meneran jika ada HIS.
3. Memberitahu keluarga untuk memberi dukungan emosional untuk ibu.

4. Membantu ibu memilih posisi persalinan yang benar dengan pada saat meneram yaitu kedua kaki di tekuk dan kedua tangan merangkul paha bawah, kepala di angkat melihat perut yaitu posisi litotomi.
5. Menolong persalinan sesuai APN.
6. Memimpin persalinan yaitu pukul 10.20 WIB. Terdapat tanda gejala turtle sign atau tanda kura-kura, kepala bayi terlihat mulai keluar dari rahim, lalu terlihat akan masuk kembali. Setelah kepala janin lahir, bahu janin tidak kunjung lahir dan tidak ada putaran paksi luar. Bidan D menegakan diaknosa distosia bahu.

Pukul 10.25 WIB

a. Subjektif

Ny. W mengatakan lelah dan tidak kuat untuk mengedan lagi. Merasa sedih dan cemas.

b. Objektif

Kepala sudah lahir namun bahu belum juga lahir. Tidak menunjukan putaran paksi luar.

c. Analisa

Ny. W kala II dengan distosia bahu.

d. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan pada ibu bahwa bayinya tersangkut dan akan dilakukan pengguntingan jalan lahir untuk mempermudah proses pengeluaran bayinya.
2. Menjelaskan pada ibu bahwa ibu akan diberikan suntikan pada jalan laahir ibu yang bertujuan supaya ibu tidak merasa sakit saat akan dilakukan pengggguntingan jalan lahir ibu.
3. Melakukan anastesi local menggunakan lidocaine 1% dengan cara meletakkan jari telunjuk dan jari tengah dari tangan kiri antara kepala bayi dan perineum. Masukkan jarum secara subkutan, mulai dari komisura posterior, menelusuri sepanjang perineum yang akan dilakukan efisiotomi. Aspirasi untuk memastikan ujung jarum tidak memasuki pembuluh darah, tarik jarum perlahan sambil

menyuntikkan 5 sampai 10 ml dan melakukan episiotomy secara medio lateral kesamping dengan cara pasang gunting episiotomy pada tangan kanan dan jari tengah dan jari telunjuk dari tangan kiri melindungi kepala janin dan perineum, searah dengan sayatan. Tunggu puncak his kemudian selipkan gunting dalam keadaan terbuka diantara jari telunjuk dan jari tengah. Gunting perineum dengan posisi mediolateral kiri.

4. Lakukan manuver Mc. Robert yaitu dengan meminta ibu untuk melipat kedua paha sehingga kedua lutut berada sedekat mungkin dengan dada, lahirkan bahu depan dengan menarik kepala curam ke arah bawah dan minta bantuan asisten untuk melakukan penekanan pada Suprapubis atau diatas simfisis, kemudian tarik keatas sehingga bahu belakang dapat dilahirkan.
5. Lakukan sanggah susur untuk melahirkan seluruh tubuh bayi. Bayi lahir spontan menangis kuat tonus otot baik pukul 10. 30 WIB.
6. Menjepit dan memotong tali pusat pukul 10.31 WIB.
7. Mengeringkan bayi segera agar tidak terjadi hipotermi.
8. Memeriksa kemungkinan adanya janin kedua.

Pukul 10. 31 WIB

A. Data subjektif

Ibu mengatakan senang dan lega karena bayinya sudah lahir dengan selamat dan ibu juga mengatakan perutnya masih merasa sedikit mulas.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum : Composmentis
2. Tanda-tanda vital
   a. Tekanan darah : 100/70 mmHg
   b. Nadi : 80x/menit
   c. Suhu : 36,°C
   d. Pernapasan : 22x/menit

3. Abdomen

a. TFU : Sepusat, konsitensi uterus teraba keras.

b. Kandung kemih : kosong

c. Tidak ada janin kedua

4. Genitalia

a. Vagina : Terlihat tali pusat menjulur didepan vulva.

C. Analisa

Ny. W inpartu kala III dengan anemia.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa ibu akan di suntikan obat oksitosin di paha kanan agar kontraksi rahim ibu baik.
2. Menginjeksi oksitosin 10 IU secara IM di paha kanan pukul 10.32 WIB.
3. Melakukan pengecekan kontraksi, memindahkan klem 5-10 cm di depan pulva, mengamati tanda-tanda pelepasan plasenta (keluar semburan darah), uterus globuler, dan melakukan pereganggan tali pusat terkendali. Melakukan pemutaran plasenta searah jarum jam secara hati-hati ketika plasenta berada di introitus vagina. Plasenta lahir pukul 10.35 WIB. Melakukan pengecekan kelengkapan plesenta yaitu selaput ketuban serta katiledon dan di dapat plasenta lahir lenggkap.
4. Melakukan massage fundus uteri selama 15 detik. Kontraksi baik (keras).
5. Memeriksa laserasi jalan lahir.

Pukul 10.50 WIB

A. Data Subjektif

Ny. W mengatakan bahwa dirinya merasa senang dan bahagia plasenta sudah lahir dan telah berhasil melewati proses persalinan dengan selamat.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum : Composmentis
2. Tanda-tanda vital
   a. Tekanan darah : 100/70
   b. Nadi : 80x/menit

c. Suhu : 36,°C

d. Pernapasan : 22x/menit

3. Abdomen

a. TFU : 2 jari dibawah pusat, konsitensi uterus teraba keras.

b. Kandung kemih : kosong

4. Genitalia

a. Vagina : Laserasi jalan lahir grade dua meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit dan otot perineum

C. Analisa

Ny. W inpartu kala IV dengan anemia dan luka laserasi jalan lahir grade 2

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa proses persalinan telah selesai, dan akan dilakukan jalan lahir dengan menggunakan obatbsuntuk agar saat proses penjahitan tidak merasa sakit.
2. Memberitahu ibu bahwa ibu akan di bersihkan dan dipakaikan pempres.
3. Memberitahu ibu bahwa ibu akan dilakukan pemantauan pasca persalinan untuk memastikan tidak ada tanda bahaya seperti perdarahan,
4. Melakukan pemantauan TTV, kandung kemih, dan perdarahan. Terlampir di halaman belakang partograf.
5. Memberitahu suami dan keluarga untuk membantu ibu makan dan minum sesuai keinginan ibu, serta menemani ibu.
6. Memberi tau ibu untuk tidak menahan BAK agar kontraksi rahim ibu tidak terganggu dan memberi tahu ibu untuk istirahat karena telah melalui proses persalinan yang melelahkan.
7. Merapikan dan mendekontaminasi alat.
8. Kolaborasi dengan dokter obgyn, advice dokter;
   a. Memberi obat amoxilin 3 x 500 mg sebanyak 10 tablet diberikan secara oral
   b. Memberi tablet fe 1 x 60 gram sebanyak 10 tablet secara oral.
   c. Memberi obat asam mefemanat 1 x 500 gram sebanyak 1 tablet secara oral.

8. Melakukan observasi ibu selama 2 jam. 15 menit sekali pada jam pertamam dan 30 menit sekali di jam kedua, terlampir pada patograf.
2. Memberi obat amoxilin, tablet fe dan asam mefemanat pada ibu pukul 10.55 WIB yang diminum secara oral.

Catatan perkembangan

Pukul 17.00 WIB

A. Data Subjektif

Ny. W mengatakan bahwa sudah istirahat walau hanya sebentar, sudah makan roti dan minum air putih satu gelas serta mengatakan sudah memberanikan diri untuk bak ditemani oleh orang tua. Ny. W mengatakan perutnya masih merasa sedikit mulas.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum : Composmentis
2. Tanda-tanda vital
   a. Tekanan darah: 100/70
   b. Nadi : 80x/menit
   c. Suhu : 36,°C
   d. Pernapasan : 22x/menit
3. Payudara : Pada bagian kanan simetris, puting susu menonjol, tidak ada massa, belum ada pengeluaran asi muaupun colostrum. Pada bagian kiri simetris, puting susu menonjol, tidak ada massa, belum ada pengeluaran asi muaupun colostrum.
4. Abdomen
   a. TFU : 2 jari dibawah pusat,
   b. Kandung kemih : kosong.
   c. kontraksi : konsitensi uterus teraba keras.
5. Genitalia
   a. Vagina : jumlah darah yang keluar sebanyak 1 pembalut, lokea rubra tampak luka jahitan masih basah.

C. Analisa

Ny. W postpartum 6 jam dengan anemia

D. Penatalaksanaan

1. Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa ibu akan diberikan tranfusi darah yang berfungsi untuk mengembalikan kadar hemoglobin yang kurang sehingga mencapai batas normal.
2. Menerima kantong darah PRL 750 cc sebanyak 3 labu, masing-masing 250 cc dari bank darah pada pukul 16.45 WIB dan sedang dihangatkan oleh petugas.
3. Memberi tranfusi darah 1 labu pertama sebanyak 250 cc dengan tetesan 30 tetes/menit. Pada pukul 17.00 WIB.
4. Memberi tahu ibu, cara melakukan perawatan luka jahitan dengan benar, seperti membersihkan nya menggunakan air biasa, mengeringkan vagina sesudah BAK atau pun BAB. Tidak takut untuk menyentuh luka jahitan dan membersihkanya dan makan makanan yang tinggi protein. (SAP terlampir).
5. Menganjurkan ibu untuk beristirahat.
6. Tranfusi darah pertama habis pukul 18.10 WIB, dan di ganti dengan cairan infus RL sebanyak 400 ml dengan tetesan 20 tetes/menit.
7. Memberikaan tranfusi darah yang kedua sebanyak 250 cc dengan tetesan 30 tetes/menit pada pukul 18.55 WIB.
8. Tranfusi darah kedua habis pukul 19.55 WIB, dan di ganti dengan cairan infus RL sebanyak 350 ml dengan tetesan 20 tetes/menit.
9. Memberikaan tranfusi darah yang ketiga sebanyak 250 cc dengan tetesan 30 tetes/menit pada pukul 20.45 WIB.
10. Tranfusi darah ketiga habis pukul 21.55 WIB, dan di ganti dengan cairan infus RL sebanyak 300 ml dengan tetesan 20 tetes/menit.
11. Kolaborasi dengan dokter obgyn, advice dokter;
    a. Rencana cek hb ulang besok pagi
    b. Rencana pulang besok siang

1. Mengambil sempel darah pada lengan kiri pada tangal 04 Maret 2022 pukul 07.00 WIB dan membawa ke ruang lab.

2. Hasil pemeriksaan lab keluar tangal 04 Maret 2022 pukul 10.00 WIB dan didapat hasil HB 12 gr.
3. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa hasil lab sudah keluar dan hasil akhir dari tranfusi darah telah mencapai angka normal yaitu 12 gr sehingga hari ini Ny. W drenca pulang hari ini pukul 13.00.
4. Melepas selang infus pada pukul 10.30 WIB.