

BAB IV
HASIL TINJAUAN KASUS

Anamnesa oleh : Haniza Larinca

Tanggal : 12 maret 2021

Waktu : 10.00 WIB

KALA 1 (Pukul 10.00 WIB – 13.00)

SUBJEKTIF (S)

A. IDENTITAS

	ISTRI	SUAMI
Nama	: Fatimah	Abdul Mutholib
Umur	: 21 tahun	27 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku / Bangsa	: Lampung/Indonesia	Lampung/Indonesia
Pendidikan	: SMP	SMP
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Dusun suka banjar , Tarahan Lampung Selatan.	
No.Hp	: 08135674321	

B. ANAMNESIS

1. Keluhan Utama : ibu mengatakan mulas pada perut menjalar ke pinggang sejak pukul 04.00 WIB.
2. Riwayat Keluhan : ibu datang ke PMB Chatarina Erna Purnawati Amd.Keb

Pada tanggal 12 Maret 2021 pukul 10.00 WIB mengeluh merasakan mulas dan nyeri pada pinggang yang menjalar keperut bagian bawah sejak pukul 04.00 WIB. Terdapat lendir bercampur darah. Gerakan janin masih dirasakan kuat.

a. Riwayat Kehamilan

1. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan ia menache pada usia 12 tahun dengan siklus menstruasi teratur dan lamanya 4-6 hari, dan ibu dalam sehari mengganti pembalut 2-3 kali, serta mengatakan sesekali dismenorea. Hari pertama haid.

2. Tanda-tanda kehamilan

Ibu mengalami tanda-tanda kehamilan seperti amenorrhea, mual dan muntah yang dirasakan pada usia kehamilan 12 minggu, kemudian ibu melakukan PP test pada bulan Juni 2021 di PMB Chatarina Erna Purnawati dan hasilnya (+). Ibu mengatakan pertama kali merasakan gerakan janin pada usia Kehamilan 16 minggu.

3. Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan

Tanda-tanda bahaya pada kehamilan seperti sakit kepala, pandangan kabur, mual muntah berlebihan, gerakan janin berkurang, demam tinggi, keluar cairan pervaginam (KPD), pendarahan terus-menerus, bengkak pada ekstremitas, dan ibu tidak mengalami tanda-tanda tersebut dalam kehamilannya.

4. Perencanaan KB setelah melahirkan

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB 3 bulan setelah melahirkan.

5. Persiapan Persalinan

Ibu memiliki stiker P4K ditempel di depan rumahnya dan dalam proses persalinan yang menolong ibu yaitu bidan/tenaga kesehatan serta ibu akan didampingi oleh suami dalam proses persalinan terdapat kejadian yang tidak diinginkan dan mengharuskan untuk merujuk dapat menggunakan transportasi milik pribadi dan apabila ibu membutuhkan pendonor darah keluarga sudah siap.

6. Penampisan Kehamilan

Ketuban pecah dini disertai meconium yang kental, ketuban pecah lama, Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (37 minggu), ikterus ,infeksi,Anemia berat , pre eklamsi (dalam persalinan) , TFU 40cm atau lebih, gawat Janin 5/5 serta presentasi bukan belakang kepala. Setelah dilakukan Pemeriksaan Leopold ibu tidak mengalami presentasi ganda (majemuk) dan Presentasi ganda (gemeli) . tidak ada tali pusat menumbung , dan syok pada Ibu.

7. Pola Pemenuhan Nutrisi

- a. Sebelum hamil pola makan ibu sehari-hari teratur yaitu 3 kali dalam sehari,dengan jenis makanan seperti nasi, sayur dan lauk.
- b. Saat hamil pola makan ibu sehari-hari teratur yaitu 3-4 dalam sehari dengan jenis makanan seperti nasi, sedikit sayur, dan lauk pauk , buah-buahan serta segelas susu.

8. Pola Eliminasi Sehari-Hari

a. Sebelum Hamil

Ibu mengatakan BAK dalam sehari 5-6 kali dan warna kuning jernih serta BAB 1 kali/hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan.

b.Saat Hamil

ibu mengatakan BAK dalam sehari 7-9 kali sehari dan kuning jernih serta BAB 1 kali/hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan.

9. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Ibu mengatakan pola istirahat sebelum hamil tidur siang 1-2 jam, dan tidur Malam 7-8 jam, dan saat hamil ibu mengatakan tidur siang 1 jam sedangkan Tidur malam 5-6 jam dan ibu mengatakan tidak ada keluhan dalam pola Seksualitas terutama selama hamil ini. Ibu juga tetap melakukan pekerjaan Rumah tangga sehari-hari , seperti menyapu , memasak ,mencuci, menggosok, serta ibu rutin mengikuti kelas ibu hamil dan senam hamil.

10. Imunisasi TT

Ibu mengatakan suntik TT pertama kali pada saat kelas 1 SD, TT 2 pada saat kelas 5 SD, TT 3 pada saat catin , TT 4 pada saat kehamilan pertama , TT 5 pada saat kehamilan ini.

11. Kontrasepsi Yang Pernah Digunakan

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

b. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit apapun yang sedang diderita.

2. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit menular atau menahun.

c. Perilaku Kesehatan

ibu mengatakan tidak pernah mengkonsumsi alkohol, jamu, merokok, dan ibu rajin membersihkan bagian kemaluan atau vulva hygiene.

d. Riwayat Sosial

1. ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan diinginkan dengan status pernikahan sah dan lamanya sudah 3 tahun dan pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

2. Susunan keluarga yang tinggal dirumah yaitu Tn. A sebagai kepala keluarga berusia 27 tahun , Ny. F sebagai istri berusia 21 tahun dan An. A sebagai anaknya berusia 3 tahun dengan kondisi sehat.

3. Keluarga selalu rajin menjalankan ibadah, dan bersosialisasi dengan masyarakat seperti bergotong royong dll.

OBJEKTIF (O)**A. PEMERIKSAAN UMUM**

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Keadaan Emosional : Stabil
4. Tanda-Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg R : 24x/menit
N : 80x/menit S : 36,5°C
5. Tinggi Badan : 155 cm
6. Berat Badan : 62 kg
7. LILA : 30 cm

B. PEMERIKSAAN FISIK

Pukul 10.00

1. Kepala

Kulit Kepala : Bersih, tidak ada ketombe

Rambut : Hitam, tidak rontok

Wajah : Oedema : tidak

Mata : Conjunctiva : Pucat

Sklera : Putih

Hidung : Kebidanan : Bersih

Polip : Tidak ada

Telinga : Simetris : Simetris

Kebersihan : Bersih

Mulut dan gigi : Bibir : Normal

Lidah : Bersih

Gigi : Tidak ada caries

Gusi : Tidak ada pembengkakan

Leher : Kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran

Kelenjar getah bening : Tidak ada pembengkakan

Vena jugularis : Tidak ada bendungan

2. Dada

Jantung : Normal, bunyi lup dup

Paru-paru : Normal, tidak ada wheezing dan ronchi

Payudara : Pembesaran : ya, simetris

Putting susu : menonjol

Pengeluaran : ada

Benjolan : tidak ada

Nyeri : tidak ada

Hiperpigmentasi : ya , bagian areola

3. Abdomen

Bekas luka operasi : tidak ada

Pembesaran : ada, memanjang

Linea : ada, linea nigra

Striae : tidak ada

Tumor : tidak ada

Konsistensi : tidak ada

Kandung Kemih : kosong

4. Ekstremitas

Ekstremitas atas : tidak ada oedema dan kemerahan

Ekstremitas bawah : tidak ada oedema dan kemerahan

Varises : tidak ada

Refleks patella : kanan (+) , kiri (+)

5. Anogenital

Perineum : ada luka jahitan

Vulva vagins : tidak ada oedema dan tidak ada varises

Pengeluaran pervaginam : Lendir bercampur darah

Anus : tidak ada hemoroid
 Kelenjar bartolini : tidak ada pembengkakan

C. PEMERIKSAAN KHUSUS KEBIDANAN

Palpasidan auskultasi (pukul 10.00 WIB)

Leopold I : TFU 34 cm

Pada bagian fundus teraba satu bagian yang besar, lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada bagian kir perut ibu teraba satu bagian yang datar memanjang dari atas kebawah (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (Ekstremitas).

Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras dan sukar digoyangkan.

Leopold IV : Divergen

Mc.Donald : 33 cm

Penurunan : 3/5

His : (+) frekuensi 3 x dalam 10 menit. Lamanya 30 detik

TBJ (Rumus Niswander) : $1,2 (TFU-7,7) \times 100 \text{ gram} \pm 150 \text{ gram}$
 $= 1,2 (33-7,7) \times 100 \text{ gram} \pm 150 \text{ gram}$
 $= 1.2 (25,3) \times 100 \text{ gram} \pm 150 \text{ gram}$
 $= 3,036 - 2886 \text{ gram}$

TBJ (Rumus jhonsoun-tausack) : $(TFU-N) \times 155 \text{ gram}$
 $= (33 - 12) \times 155 \text{ gram}$
 $= 21 \times 155 \text{ gram}$
 $= 3,255 \text{ gram}$

DJJ : (+) , frekuensi 140 x/menit

Punctum maximum : ± 2 Jari diatas pusat sebelah kiri

1. Anogenital : Pengeluaran Pervaginam lendir

2. Periksa dalam (pukul 10.00 WIB)

- a. Dinding vagina : Tidak ada sistokel, rektokel, benjolan, atau tumor.
- b. Portio : - Arah : Searah jalan lahir
- Keadaan : Tebal dan Lunak
- Konsistensi : Teraba lunak seperti bibir
- c. Pendataran serviks : < 50 %
- d. Pembukaan : 4 cm
- e. Presentasi : Belakang kepala
- f. Penunjuk : UUK
- g. Posisi : Kanan depan
- h. Penurunan : Hodge III (setinggi spina isciadika)

ANALISA (A)

Diagnosa

Ibu : G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu 8 hari kala 1 fase aktif.

Janin : Janin tunggal hidup intrauterine, presentasi belakang kepala

PENATALAKSANAAN (P)

1. Memberitahu ibu dan keluarga tentang kemajuan persalinan bahwa sudah bukaan 4 cm dan keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal.
2. Melakukan informed consent pada pihak keluarga agar terdapat bukti persetujuan tindakan medis dari pihak keluarga dan juga memberitahu suami agar selalu mendukung sang istri pada saat persalinan berlangsung
3. Memberikan motivasi / semangat pada ibu agar dapat mengurangi kecemasan ibu dan memunculkan rasa percaya diri ibu, sehingga ibu dapat melakukan persalinan dengan baik.

4. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab rasa nyeri dalam persalinan.
5. Memberikan dukungan emosional serta menawarkan untuk menghadirkan pendamping saat persalinan agar rasa cemas ibu berkurang
6. Memberi ibu makan dan minum hangat (teh) yang manis ,agar ibu memiliki banyak energi untuk mengedan.
7. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK atau BAB
8. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan, jongkok dengan tujuan mempercepat penurunan bagian presentasi janin.
9. Membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman. Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri agar asupan oksigen ke janin tetap lancar.
10. Menganjurkan ibu cara relaksasi saat ada his untuk mengurangi ketegangan dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan hembusan melalui mulut.
11. Mengobservasi kemajuan persalinan serta keadaan ibu dan janin dengan mengecek DJJ setiap 30 menit sekali dan pantau tekanan darah ibu setiap 4 jam sekali.
12. Mengobservasi selama kala 1 meliputi DJJ, His, nadi, suhu, TD, penurunan kepala, pembukaan serviks setiap 4 jam sekali atau jika terdapat indikasi dan mencatatnya dilembar observasi.
13. Menyiapkan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial pertolongan Persalinan.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 12 maret 2021

Pukul : 12.00 WIB

SUBJEKTIF (S)

Pukul 12.00 WIB , ibu mengatakan perutnya terasa mulas dan sakitnya semakin Sering.

OBJEKTIF (O)

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

TTV : TD : 110/70 mmHg R : 24 x/ menit
N : 82 x/menit S : 36,5°c

His (+), frekuensi 4 x/10 menit , lamanya 40 detik

DJJ (+), 146 x/menit

Periksa dalam : pukul 12.00 WIB

Indikasi : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Portio : Searah jalan lahir

Konsistensi : Lunak

Pembukaan : 8 cm

Ketuban : (+), utuh

Presentasi : Belakang kepala

Posisi : Kanan depan

Penurunan : Hodge III+

ANALISA DATA (A)

Diagnosa:

Ibu : G2P1A0 hamil 39 minggu 8 hari inpartu kala 1 fase aktif

Janin : tunggal, hidup intrauteri, presentasi kepala

Masalah : tidak ada

PENATALAKSANAAN (P)

1. Memberitahu penjelasan kepada ibu hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, S: 36,5°c, P: 23 x/menit, N: 80 x/menit , DJJ: 140 x/menit pembukaan 7 cm

2. Membantu ibu makan dan minum hangat (teh) yang cukup disela his , agar ibu memiliki banyak energi untuk mendedan
3. Menganjurkan suami untuk membantu ibu berjalan jalan dan jongkok untuk mempercepat penurunan bagian presentasi janin
4. Mengajarkan suami untuk massase yaitu sebuah terapi sentuhan/pijatan ringan pada ibu untuk merangsang tubuh ibu untuk pereda rasa sakit dan menciptakan perasaan nyaman. Dengan cara memijat dengan lembut punggung ibu
5. Menyiapkan alat-alat pertolongan persalinan yaitu APD (kaca mata, celemek, masker, handscoon steril, topi, sepatu booth)
6. Menyiapkan baju ganti
7. Memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan patograf
8. Pukul 13.00 WIB, ibu mengatakan ada dorongan ingin meneran dan dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil pembukaan sudah lengkap (10 cm) pada jam 10.00 dilakukan periksa dalam dengan hasil pembukaan 4 cm dilakukan periksa dalam kembali pada pukul 12.00 dan didapatkan hasil pembukaan 8 cm. Selama proses pemantauan suami tetap memberikan ibu dukungan agar semangat. Dalam menghadapi proses persalinan, suami melakukan massase untuk meredakan rasa sakit dan memberikan kenyamanan pada ibu, dapat dilakukan bergantian dengan keluarga nya. Menganjurkan ibu untuk mengatur pernafasannya agar ibu tetap tenang dengan cara tiup dan tarik nafas dari hidung dan hembuskan secara perlahan (dog reathing) menggunakan pernafasan perut dan disela his memberikan ibu teh hangat atau air mineral. Kemudian dilakukan kembali periksa dalam pada pukul 13.00 dan pembukaan sudah lengkap, ibu dipimpin untuk meneran dan istirahat disela-sela his dan pukul 13.20 bayi lahir spontan.

KALA II (Pukul 13.00-13.15)**SUBJEKTIF (S)**

1. Ibu mengatakan rasa mulas dan nyeri pada pinggang yang menjalar keperut terasa semakin sering dan kuat.
2. Ibu merasakan keluar air-air dari jalan lahir
3. Ibu merasakan dorongan ingin meneran.

OBJEKTIF (O)

1. Dari vagina ibu keluar lendir bercampur darah dan sudah ada tanda-tanda persalinan kala II yaitu dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka dan ibu dalam keadaan baik, keadaan emosional stabil.
2. Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal yaitu:
TD: 110/70 mmHg R: 24 x/menit
N: 82 x/menit S: 36°c
3. Kandung kemih ibu kosong dan melakukan pemeriksaan dalam atas indikasi Ibu ingin mencedan pukul 13.00 WIB dan perineum tampak kaku dan portio tidak teraba, pembukaan lengkap , pendataran > 90% , ketuban pecah spontan pukul 13.05 WIB warnanya jernih, presentasi belakang kepala, petunjuk UUK dan penurunan Hodge III +

ANALISA (A)

Diagnosa ibu : G2P1A0 hamil 39 minggu 8 hari inpartu kala II

Diagnose janin : janin tunggal, hidup intrauteri, presentasi belakang kepala

PENATALAKSANAAN (P)

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap (10 cm) dan ibu sudah diperbolehkan untuk meneran saat ada his dengan dipimpin oleh penolong.
2. Memberi dukungan psikologis pada ibu, menghadirkan suami atau anggota keluarga terdekat saat persalinan untuk mendampingi.
3. Membantu ibu untuk mengatur posisi senyaman mungkin dan ibu memilih posisi litotomi, yaitu kedua tangan ibu berada dilipatan paha, membimbing cara meneran yang baik, mulut dikatupkan sekaligus mengatur pola pernapasan saat kontraksi, dan mata melihat ke perut.
4. Memantau DJJ saat tidak ada his untuk mengetahui keadaan janin.
DJJ : 144 x/m
5. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar APN.
6. Bayi lahir spontan pukul 13.15 WIB, menangis spontan, kuat, tonus otot aktif, dan jenis kelamin perempuan.
7. Memantau perdarahan kala II. Perdarahan \pm 50 cc.

KALA III (Pukul 13.15-13.20 WIB)**SUBJEKTIF (S)**

- a. Ibu mengatakan mulas dan lemas setelah melahirkan
- b. Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya

OBJEKTIF (O)

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emisional : Stabil
Tanda-tanda vital : TD: 100/70 mmHg S: 36,7°C
N: 80 x/menit R: 20 x/menit
TFU : Sepusat
Kontraksi : Baik
Kandung kemih : Kosong
Perdarahan kala II : ±50 cc

ANALISA (A)

Diagnosa : ibu P2A0 persalinan kala III

PENATALAKSANAAN (P)

1. Melakukan palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada janin kedua atau tidak
2. Melakukan manajemen aktif kala III
 - a. Memberikan suntikan oksitosin 10 IU di 1/3 paha kanan bagian luar secara intramuscular.
 - b. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
 - c. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat kearah bawah sambil melakukan teknik dorso-kranial secara hati-hati.
 - d. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta.
 - e. Pada saat plasenta pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menegangkan tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya kemudian lakukan putar pilin searah jarum jam dengan lembut dan perlahan-lahan untuk mencegah tertinggalnya selaput ketuban dijalan lahir. Kemudian meletakkan plasenta dalam wadah plasenta.

3. Setelah plasenta lahir lengkap, melakukan massase uterus selama 15 detik hingga kontraksi baik, dan mengajarkan ibu atau pendamping untuk membantu melakukan massase uterus.
4. Memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lahir lengkap dengan selaput dan kotiledonnya. Panjang tali pusat 50 cm, diameter 18 cm, berat 500 gram, tebal 2,5 cm, dan insersi tali pusat lateralis.
5. Memantau perdarahan kala III. Plasenta lahir lengkap pukul 22.40 WIB, perdarahan ± 150 cm.
6. Memeriksa jalan lahir untuk memastikan ada laserasi atau tidak, ada terdapat laserasi pada perineum.

KALA IV (Pukul 13.20-15.20 WIB)

SUBJEKTIF (S)

- a. Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas .
- b. Ibu mengatakan masih terasa lemas setelah melahirkan dan ibu merasa nyeri pada luka bekas jaitan.

OBJEKTIF (O)

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

Tanda-tanda vital : TD : 100/70 mmHg S : 36,50C
 N : 80 x/menit R : 24 x/menit

Kontraksi : Baik

TFU : 2 jari dibawah pusat

Perineum : Terdapat laserasi derajat II

Perdarahan kala III : ± 100 cc

ANALISA (A)

Diagnosa : P2A0 kala IV normal

Masalah : Tidak ada

PENATALAKSANAAN (P)

1. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik.
2. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
3. Memberikan penjelasan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan TD : 110/70 mmHg, P : 20 x/m, N : 82 x/m, dan S : 36,5°C
4. Menjelaskan kepada ibu tentang kondisinya bahwa rasa mulas yang dirasakannya adalah hal yang wajar, rasa mulas yang timbul karena pergerakan otot-otot uterus atau kontraksi yang mencegah terjadinya perdarahan.
5. Mengajarkan kepada ibu dan keluarga cara memeriksa uterus dan massase uterus yaitu dengan cara tangan ibu melakukan gerakan memutar searah jarum jam diatas fundus uterus sampai rahim teraba keras kembali untuk mencegah perdarahan pasca persalinan. Ibu dan keluarganya telah mengerti dan bisa melakukan massase uterus.
6. Memberikan rasa nyaman dengan membersihkan tubuh ibu termasuk vulva dan vagina dari darah dengan air DTT, memakaikan pembalut, kain, serta menggantikan pakain bersih.
7. Memberitahu ibu untuk makan dan minum sebagai pengganti tenaga ibu yang berkurang sealam proses persalinan dan ibu telah makan dan minum.
8. Memberikan therapy obat Fe dengan dosis 60 mg 1x1, menefamic 500 mg 3x1, amoxicilin 500 mg 3x1.
9. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tanpa terjadwal (on demand) dan tetap memberikan ASI tanpa makanan tambahan lainnya sampai bayi usia 6 bulan.

10. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini dan ibu sudah dapat miring ke kanan dan ke kiri.
11. Melakukan pemantauan 2 jam kala IV untuk mengetahui keadaan ibu.
12. Melakukan pendokumentasian dengan patograf.