

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Puskesmas Gedongtengen terletak di Jl. Pringgokusuman No. 30, Pringgokusuman, Gedongtengen, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Puskesmas Gedongtengen merupakan puskesmas nonrawat inap yang memberikan pelayanan balai pengobatan (BP) umum, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu anak (KIA), keluarga berencana (KB), gizi, pemeriksaan laboratorium, kesehatan lingkungan, dan psikologi. Jadwal pelayanan pemeriksaan kehamilan (ANC) setiap hari senin dan kamis, pelayanan bayi dan balita seperti imunisasi setiap hari selasa, pelayanan KB setiap hari rabu, dan pada hari jumat dan sabtu bidan di Puskesmas Gedongtengen melakukan kunjungan ke TK untuk pemantauan tumbuh kembang dan *sweeping* ibu hamil yang memiliki risiko tinggi. Wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen meliputi Kelurahan Pringgokusuman dan Sosromenduran.

Masalah yang ditemukan di Puskesmas Gedongtengen yaitu dari 163 orang ibu hamil, yang menderita anemia sebanyak 80 orang (49%) dan KEK sebanyak 35 orang (21,47%). Ny. R merupakan salah satu pasien yang berada di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen yang menderita anemia dan KEK. Ny. R selama kehamilan melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) di Puskesmas Gedongtengen.

Ny. R bersalin, kunjungan nifas, kunjungan neonatus, dan pemakaian KB progestin di Puskesmas Tegalrejo dengan alasan merasa lebih nyaman di

Puskesmas Tegalrejo. Puskesmas Tegalrejo terletak di Jalan Magelang KM 2 Nomor 180, Kelurahan Karangwaru, Kecamatan Tegalrejo, Yogyakarta. Puskesmas Tegalrejo merupakan puskesmas rawat inap. Puskesmas Tegalrejo memberikan pelayanan persalinan 24 jam, unit gawat darurat (UGD), balai pengobatan (BP) umum, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu anak (KIA), keluarga berencana (KB), gizi, pemeriksaan laboratorium, kesehatan lingkungan, dan psikologi

B. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pengkajian pertama kali dilakukan pada tanggal 21 Januari 2016. Pada pengkajian data subjektif ditemukan:

1. Biodata Ibu

No. RM	: 03.014297	
	Ibu	Suami
Nama	:Rumanti	Ngadiana
Umur	:30 tahun (15-08-1986)	48 tahun (11-12-1968)
Pendidikan	:SD	SMA
Pekerjaan	:Dagang di rumah	Karyawan swasta
Agama	:Islam	Islam
Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Alamat	:Pringgokusuman GT II/474 RT 23 RW 06	
No. HP	:083867170128	

2. Kunjungan saat ini merupakan kunjungan ulang dan ditemukan keluhan utama ibu adalah sering pusing dan mudah kelelahan.

3. Riwayat perkawinan Ibu menikah 1 kali, menikah pertama umur 19 tahun, dan dengan suami sekarang 10 tahun.
4. Riwayat menstruasi Ibu menarche umur 12 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama 7 hari, sifat darah encer, tidak fluor albus, bau khas darah, tidak dysmenorhoe, dan ganti pembalut sehari 3-4 kali.
5. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. Riwayat ANC

HPHT Ibu kira-kira tanggal 23 Juni 2015 dan HPL Ibu kira-kira tanggal 30 Maret 2016. Ibu melakukan ANC sejak umur kehamilan $\pm 6-7$ minggu di Puskesmas Gedongtengen. Frekuensi ANC ibu selama Trimester I dua kali, Trimester II tiga kali, dan Trimester III satu kali.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Agustus 2015 saat umur kehamilan $\pm 6-7$ minggu berupa PP test (+), Hb 9,5 gr/dl, HBsAg (-), PITC nonreaktif, golongan darah B dan pada tanggal 03 Desember 2015 saat umur kehamilan $\pm 23-24$ minggu berupa gula darah sesaat (GDS) 91,2 g/dL, Hb 9,3 gr/dl, reduksi urin negatif, dan protein urin negatif. Dilakukan kolaborasi dengan ahli gizi diberikan KIE nutrisi untuk anemia dan KEK dan PMT.

Keluhan trimester I Ny. R mual muntah, trimester II mengeluh kadang pusing, dan trimester III mengeluh kadang pusing. Ibu sudah berkonsultasi dengan dokter dan hasilnya tidak ada masalah. Trimester I diberikan asam folat dan vitamin B6 dan mulai trimester II diberikan

tablet Fe dan kalk. Ibu sudah imunisasi TT 5 pada tanggal 07 Januari 2016.

- b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 20 minggu. Pergerakan janin dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali.
- c. Pola nutrisi Ibu makan 3-4 x/hari. Jenis makanan yang dikonsumsi ibu adalah nasi, lauk (tempe, tahu, untuk lauk dari hewan seperti ikan, daging, dll ibu jarang mengonsumsi, dan ibu tidak suka daging), sayuran hijau (konsumsi tidak setiap hari), dan buah-buahan (konsumsi tidak setiap hari). Ibu memasak sendiri. Selain itu, ibu suka ngemil seperti biskuit diantara sela jam makan. Ibu makan dengan porsi sedikit tetapi sering. Saat makan ibu terganggu pembeli. Ibu minum air putih $\pm 10x$ /hari ukuran gelas 200cc. Selain air putih, ibu minum susu setiap malam hari, ibu jarang minum teh dan kopi, ibu kadang minum air jeruk. Ibu sudah tahu cara minum tablet Fe yaitu diminum pada malam hari dengan air putih atau air jeruk tidak bersamaan dengan kalk.
- d. Pola eliminasi Ibu BAK dengan warna kuning jernih, baunya khas urin, konsistensi cair, frekuensi BAK sering, dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan BAB berwarna coklat agak hitam, bau khas feses, konsistensi feses lembek, ibu BAB rutin 1x/hari, dan tidak ada keluhan.
- e. Pola aktivitas kegiatan ibu sehari-hari membersihkan rumah, mencuci baju, memasak, ibu kadang berbelanja di pasar dengan suami, dan ibu buka warung di rumah. Ibu tidur siang ± 1 jam (12.00-13.00 WIB) dan

malam \pm 9 jam (jam 20.00 WIB – 05.00 WIB). Ibu ketika tidur malam terkadang sering bangun karena gerakan janin. Ibu mengatakan tidak ada masalah. Ibu masih tetap melakukan hubungan seksual dengan suaminya, namun frekuensinya tidak sesering dulu karena perut sudah membesar. Ibu mandi 2x/hari. Kebiasaan membersihkan alat kelamin yaitu setelah BAK dan BAB, saat mandi. Setelah BAK dan BAB kemaluan dikeringkan dengan handuk kering atau tisu kering. Ibu mengganti pakaian dalam saat terasa lembab, setelah mandi.

6. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu Ibu hamil anak pertama dengan anemia. Persalinan dengan umur kehamilan aterm (39 minggu), lahir pada tanggal 27 September 2006, jenis persalinan spontan, tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi saat persalinan, jenis kelamin perempuan, berat badan lahir 3100 gram, dan dilakukan IMD setelah persalinan. Pada saat nifas tidak ada komplikasi dan ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena ASI yang keluar sedikit jadi diberikan tambahan susu formula.
7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan, pada tahun 2006 ibu mulai memakai kontrasepsi progestin di tempat bidan dan berhenti pada tahun 2013 dan beralih ke kontrasepsi pil atas saran bidan bila ingin punya anak. Tetapi setelah minum pil ibu mual dan muntah sehingga tidak dilanjutkan.
8. Riwayat kesehatan Ibu sebelum dan selama hamil tidak pernah/tidak sedang menderita penyakit sistemik (jantung, hipertensi, diabetes mellitus, asma) dan penyakit menular (TB, HIV). Begitu pula dengan keluarga ibu. Ibu tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Ibu ada alergi makanan

yaitu jingking, tetapi ibu tidak ada alergi minuman dan obat. Ibu tidak merokok tetapi suami perokok aktif, apabila sedang merokok suami menjauh dari ibu. Sebelum hamil ibu sering minum jamu kunir asem, namun setelah mengetahui bahwa hamil ibu menghentikan konsumsi jamu. Ibu tidak pernah minum-minuman keras. Tidak ada pantangan makanan dan minuman. Nafsu makan ibu meningkat setelah trimester I.

9. Riwayat psikologi spiritual, suami dan keluarga senang dengan kehamilan ibu, suami tambah perhatian ke ibu, dan anak pertama sering mengajak bicara janin di dalam kandungan. Ibu solat kadang-kadang dan ibu tidak pernah mengikuti pengajian. Ibu dekat dengan tetangga dan aktif dalam kegiatan masyarakat. Ibu tinggal dengan suami dan anak. Ibu tidak ada hewan peliharaan.
10. Pengetahuan ibu tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi, dan KB. Ibu belum mengetahui dampak anemia dan KEK dalam kehamilan, persalinan, nifas, dan bagi bayinya. Ibu berencana memberikan ASI eksklusif dan setuju bila bayi diimunisasi. Ibu sudah mempunyai pengalaman merawat bayi dari anak pertama. Ibu mengatakan kontrasepsi adalah untuk mencegah kehamilan. Ibu dan suami sudah memutuskan untuk mempunyai dua orang anak. Suami mendukung ibu memakai kontrasepsi.
11. Status ekonomi penghasilan perbulan kira-kira 1,5 juta. Suami bekerja di tempat pembuatan medali/kuningan dan ibu membuka warung kelontong.
12. Persiapan/rencana persalinan, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu berencana bersalin di Puskesmas Tegalrejo, yang akan mengantar dan menemani ketika persalinan adalah suami, kendaraan yang

akan digunakan untuk kesana kemungkinan adalah taxi atau motor, yang menanggung biaya saat persalinan adalah suami, untuk persiapan donor darah ibu belum ada, ibu mempunyai jamkesmas, dan apabila diperlukan rujukan ibu mengikuti saran dari bidan.

Pengkajian data objektif ditemukan data:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 82 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,6 °C.
3. Tinggi badan 159,2 cm. Berat badan sebelum hamil 40 Kg dan berat badan sekarang 53 Kg. IMT 15,81 Kg/m². LiLA 21,5 cm.
4. Pemeriksaan Fisik

Wajah tidak ditemukan oedem dan chloasma gravidarum. Konjungtiva ibu terlihat pucat. Pada pemeriksaan mulut, mukosa bibir lembab, lidah bersih, dan ada karang gigi. Pemeriksaan leher ibu, vena jugularis teraba rata dan tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid. Payudara membesar simetris hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, dan sudah keluar kolustrum.

Abdomen ibu terlihat membesar memanjang, tidak ada bekas luka pada perut, dan ada striae gravidarum. Hasil palpasi leopard yaitu tinggi fundus uteri (TFU) 4 jari di atas pusat, fundus teraba bokong janin, perut sebelah kiri teraba punggung janin, perut sebelah kanan teraba ekstremitas janin, presentasi kepala dan belum masuk pintu atas panggul (PAP). TFU Mc. Donald 28 cm. Taksiran berat janin (TBJ) 2480 gram. Punctum

maximum berada di perut ibu sebelah kiri atas pusat dan frekuensinya 150 kali per menit.

Ekstremitas tidak terdapat oedem dan varises pada kaki ibu. Reflek patella kaki kanan dan kaki kiri ibu positif. Kuku ibu bersih dan tidak pucat.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 tahun UK ±30-31 Minggu dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan dan riwayat pemeriksaan Hb terakhir ibu mengalami anemia dan janin dalam kondisi sehat.
2. Memberitahu ibu penyebab pusing adalah perubahan hormonal, keletihan, tegangan pada mata, perubahan emosional, dan kekurangan oksigen. Keletihan berkaitan dengan peningkatan berat badan, yang menyebabkan kesulitan bergerak dan peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh dalam rangka persiapan persalinan dan menyusui. Meyakinkan Ibu bahwa keletihan adalah hal normal, dan akan hilang secara spontan dengan istirahat pada siang hari, latihan ringan seperti jalan-jalan di pagi hari, dan nutrisi yang baik. Pusing dan mudah lelah yang dialami ibu juga bisa merupakan salah satu tanda anemia.
3. Memberitahu ibu dampak anemia dan KEK dalam kehamilan, persalinan, nifas, dan bagi janinnya.
4. Mengingatkan ibu untuk menerapkan menu makan yang sudah dianjurkan ahli gizi untuk perbaikan Hb. Memberitahu ibu untuk makan dengan gizi seimbang dan lebih banyak dari sebelumnya, tetap boleh mengonsumsi

lauk protein nabati seperti tahu dan tempe, perbanyak konsumsi lauk hewani seperti telur dan ikan bila ibu tidak suka daging, sayuran hijau, dan buah-buahan mengandung vitamin C. Bila ibu minum susu, teh, atau kopi beri jeda minimal 2 jam sebelum dan sesudah makan dan mengonsumsi tablet Fe karena dapat mengganggu penyerapan. Asupan tinggi protein dan porsi makan yang ditingkatkan karena ibu mengalami KEK. Kalori dapat ditemukan dalam kentang, ubi, dan roti. Pola makan ini diterapkan setiap kali makan.

5. Memotivasi ibu untuk merubah pola makan seperti yang dianjurkan, makan bersama keluarga, dan bila tidak bisa dilakukan ibu dapat bergantian dengan suami menjaga warung saat ibu makan supaya tidak terganggu pembeli.
6. Memberitahu ibu untuk segera mempersiapkan pendonor darah. Apabila terjadi sesuatu ketika persalinan misalnya perdarahan ibu dan keluarga tidak bingung lagi mencari donor darah.
7. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau ketika vitamin sudah hampir habis.

Dilakukan kunjungan ulang pada tanggal 28 Januari 2016 jam 09.00 WIB pada Ny. R ditemukan data subjektif yaitu Ny. R mengatakan vitaminnya habis, cepat lelah dan kadang merasa pusing. Ny.R sudah mulai mengonsumsi sayuran hijau, sering mengonsumsi lauk protein nabati, namun untuk konsumsi buah-buahan dan lauk protein hewani belum setiap hari. Ny. R

minum >8x/hari, jarang minum teh dan kopi, masih rutin minum tablet Fe pada malam hari. Ny. R selama hamil belum pernah melakukan USG.

Pengkajian data objektif didapatkan yaitu:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,6 °C.
3. Berat badan 53 Kg.
4. Wajah tidak oedem dan konjungtiva pucat.
5. Abdomen ibu terlihat membesar memanjang, tidak ada bekas luka pada perut, dan ada striae gravidarum. Hasil palpasi leopard yaitu TFU pertengahan pusat-px, fundus teraba bokong janin, perut sebelah kanan teraba ekstremitas janin, perut kiri teraba punggung janin, presentasi kepala dan belum masuk PAP. DJJ 148 x/menit. TFU Mc. Donald 28 cm. TBJ 2480 gram.
6. Ekstremitas tidak oedem dan reflek patella kanan dan kiri positif.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 Tahun UK ±31-32 Minggu dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan dan riwayat pemeriksaan Hb terakhir ibu mengalami anemia dan janin dalam kondisi sehat.
2. Memberitahu ibu penyebab pusing dan mudah lelah dan cara mengatasinya seperti pada pertemuan sebelumnya. Memotivasi ibu untuk melakukan saran yang diberikan pada pertemuan sebelumnya untuk mengatasi keluhan ibu.

Ibu mengatakan belum melakukan jalan-jalan pagi karena kadang sibuk dan akan melakukan anjuran.

3. Mengingatkan ibu untuk menerapkan menu makan yang sudah dianjurkan ahli gizi dan pertemuan sebelumnya untuk perbaikan Hb meliputi tingkatkan konsumsi lauk protein hewani, sayuran hijau, buah-buahan. Tingkatkan asupan kalori dan protein karena ibu KEK.
4. Memotivasi ibu untuk merubah pola makan seperti yang dianjurkan, makan bersama keluarga, dan bila tidak bisa dilakukan ibu dapat bergantian dengan suami menjaga warung saat ibu makan supaya tidak terganggu pembeli.
5. Memotivasi ibu untuk melakukan USG.
6. Memberikan terapi hemafort XV diminum sehari sekali pada malam hari dengan air jeruk/putih dan kalk XV diminum sehari sekali pada pagi hari.
7. Memberikan buah-buahan kepada ibu.
8. Memberitahu ibu untuk kunjungan pada tanggal 11 Februari 2016 atau ketika ada tanda bahaya dan keluhan lain sebelum waktu kunjungan.

Dilakukan kunjungan ulang kehamilan pada tanggal 11 Februari 2016 jam 09.30 WIB. Ditemukan data subjektif pada Ny. R yaitu ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mulai mengonsumsi sayuran hijau, sering mengonsumsi lauk protein nabati, namun untuk mengonsumsi buah-buahan dan lauk protein hewani belum setiap hari, dan ibu jarang mengonsumsi teh dan kopi. Ibu mengatakan saat makan di dalam rumah, yang menjaga warung suami saat ibu makan.

Pengkajian data objektif didapatkan yaitu:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 82 x/menit, frekuensi respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,4 °C.
3. Berat badan 53,5 Kg.
4. Wajah tidak oedem dan konjungtiva pucat.
5. Abdomen ibu terlihat membesar memanjang, tidak ada bekas luka pada perut, dan ada striae gravidarum. Hasil palpasi leopold yaitu TFU 2 jari bawah px, fundus teraba bokong janin, perut sebelah kanan teraba ekstremitas janin, perut sebelah kiri teraba punggung janin, presentasi kepala dan belum masuk PAP. DJJ 136 x/menit. TFU Mc. Donald 29 cm. TBJ 2635 gram.
6. Ekstremitas tidak oedem dan reflek patella kanan dan kiri positif.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 Tahun UK ±33-34 Minggu dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan dan riwayat pemeriksaan Hb terakhir ibu mengalami anemia dan janin dalam kondisi sehat.
2. Mengingatkan ibu untuk menerapkan menu makan yang sudah dianjurkan ahli gizi dan pertemuan sebelumnya untuk perbaikan Hb yaitu tingkatkan konsumsi lauk protein hewani, sayuran hijau, buah-buahan. Tingkatkan asupan kalori dan protein karena ibu KEK.

3. Menanyakan alasan ibu kenapa belum melakukan USG dan motivasi untuk cek kadar Hb pada tanggal 03 Maret 2016.

Ibu mengatakan sedang sibuk dan bersedia melakukan anjuran.

4. Memberikan terapi hemafort XX diminum sehari sekali pada malam hari dengan air jeruk/putih dan kalk XX diminum sehari sekali pada pagi hari.
5. Memberikan buah yang mengandung vitamin C.
6. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang tanggal 03 Maret 2016 atau ketika ada tanda bahaya dan keluhan lain sebelum waktu kunjungan.

Dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 18 Februari 2016 jam 09.00 WIB. Tujuan dilakukan kunjungan rumah pada Ny. R adalah memberikan KIE menggunakan media video dan gambar dengan melibatkan suami. Didapatkan data subjektif yaitu Ny. R mengatakan tidak ada keluhan, sudah ada pendonor darah, dapat menyebutkan beberapa tanda persalinan, berencana memberikan ASI eksklusif, dan belum mengetahui macam-macam kontrasepsi pascasalin. Setelah dilakukan wawancara Ny. R belum melakukan USG karena Ny. R tidak ingin mengetahui jenis kelamin bayinya supaya menjadi kejutan saat persalinan.

Pengkajian data objektif didapatkan data:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi pernapasan 22 x/menit, dan suhu 36,6 °C.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 Tahun UK ±34-35 Minggu dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Mengevaluasi persiapan persalinan Ny. R.

Ibu sudah tahu HPL, rencana akan bersalin di Puskesmas Tegalorejo, pendamping saat persalinan suami, transportasi untuk ke tempat persalinan sudah ada, calon pendonor darah ayah dan kakak Ny. R, dan sudah ada biaya serta jaminan kesehatan.

2. Memberikan KIE ibu tentang tanda-tanda persalinan, ASI eksklusif, dan macam-macam kontrasepsi yang dapat dipakai ibu menyusui.

Ibu mengerti, dapat menyebutkan kembali, dan rencana akan memakai KB suntik 3 bulan.

3. Memotivasi ibu untuk melakukan USG. Berdasarkan hasil pemeriksaan di puskesmas TFU dan TBJ ibu tidak sesuai dengan umur kehamilan sehingga perlu dilakukan USG untuk mengetahui umur kehamilan ibu dan bisa meminta dokter untuk tidak menyebutkan jenis kelamin bila ibu tidak ingin mengetahui sebelum melahirkan.

Ibu bersedia melakukan USG pada tanggal 22 Februari 2016.

4. Memberikan buah-buahan mengandung vitamin C.

5. Memotivasi Ibu dan Suami untuk merawat kembali tanaman kelompok yang ada di pekarangannya.

Ibu dan Suami bersedia.

C. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan Persalinan

Data asuhan kebidanan pada persalinan didapatkan data sekunder dari rekam medis Ny. R dan wawancara dengan Ny. R yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2016. Pada pengkajian subjektif ditemukan:

1. Ny. R masuk puskesmas pada tanggal 21 Februari 2016 Jam 08.45 WIB dengan alasan merasakan perut kenceng-kenceng menjalar dari depan ke belakang sejak pukul 06.00 WIB dan bertambah sering ketika dipakai untuk jalan-jalan, tadi pukul 07.00 WIB keluar flek darah sedikit.
2. HPMT Ny. R tanggal ± 23 Juni 2016 dan HPL tanggal ± 30 Maret 2016.
3. Gerakan janin dalam 12 jam terakhir >10 kali.
4. Ny. R terakhir makan tanggal 21 Februari 2016 Jam 06.30 WIB, terakhir minum jam 08.00 WIB, terakhir BAK jam 07.00 WIB, dan terakhir BAB tanggal 20 Februari 2016.

Pengkajian data objektif didapatkan data:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran *compos mentis*.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 88 x/menit, respirasi 20x/menit, dan suhu 36,5 °C.
3. Berat badan 53,5 kg, tinggi badan 159,2 cm, dan LiLA 21,5 cm.
4. Muka tidak oedem, tidak pucat, dan konjungtiva pucat.
5. Payudara membesar simetris dan puting menonjol.
6. Abdomen terlihat membesar memanjang dan tidak ada bekas luka operasi. Hasil palpasi Leopold yaitu TFU pertengahan pusat-px, fundus teraba bokong janin, perut sebelah kanan teraba ekstremitas janin, perut sebelah kiri teraba punggung janin, presentasi kepala dan sudah masuk PAP, dan

posisi tangan pemeriksa divergen. TFU Mc. Donald 30 cm. TBJ 2945 gram. Kontraksi uterus berdurasi 15 detik frekuensi 1x dalam 10 menit. Punctum maksimum perut sebelah kiri bawah pusat, frekuensi 135 x/menit, dan irama teratur.

7. Periksa dalam dilakukan jam 08.45 WIB atas indikasi Ibu merasa kenceng-kenceng semakin teratur dan keluar flek darah. Tujuannya untuk mengetahui apakah ibu masuk dalam persalinan atau belum. Hasil Vagina licin, serviks tebal dan lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban utuh, perineum kaku, sarung tangan lendir darah.
8. Pemeriksaan penunjang kadar hemoglobin 9,3 gr/dl, gula darah sesaat 91,4 g/dL, dan protein urin negatif. Tidak dilakukan pemeriksaan USG karena alat rusak.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 Tahun UK ±34-35 Minggu dalam Persalinan Kala I Fase Laten dengan Persalinan Preterm, Anemia, dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Berkolaborasi dengan dokter.
Advice dokter pasien diberikan Nifedipin 20 mg kalau perlu (maksimal 120 mg/hari) untuk mengurangi kontraksi dan injeksi deksametason untuk pematangan paru-paru janin.
2. Memberitahu ibu untuk istirahat di tempat tidur, bila ingin BAK dan BAB tetap di tempat tidur, dan ibu boleh makan dan minum.
3. Memberikan cairan IV Ringer Laktat 16 tetes/menit.
4. Memberikan injeksi Deksametasone dan Nifedipin 20 mg.

Injeksi Dekسامetason dan Nifedipin 20 mg sudah diberikan jam 09.00 WIB.

5. Mengobservasi his, DJJ, keadaan umum, dan vital sign.
6. Memberikan Nifedipin 20 mg karena his ibu bertambah.
Nifedipin 20 mg telah diberikan jam 11.00 WIB.
7. Melakukan periksa dalam jam 12.30 WIB atas indikasi his ibu bertambah dan air ketuban rembes.
8. Hasil pemeriksaan dalam vagina licin, serviks tipis, pembukaan 8 cm, selaput ketuban utuh, air ketuban jernih, perineum kaku dan sarung tangan lendir darah.

Tabel 3.1. Hasil Observasi Vital Sign, DJJ, dan His

Jam	TD (mmHg)	N (x/mnt)	R (x/mnt)	S (°C)	DJJ (x/mnt)	His
08.45	100/70	88	20	36,5	135	15 ^{''} /1x/10mnt
09.40	-	84	-	-	138	15 ^{''} /2x/10mnt
10.30	-	80	-	-	140	15 ^{''} /3x/10mnt
11.35	-	84	-	-	138	20 ^{''} /4x/10mnt
12.30	110/70	86	20	36,6	136	20 ^{''} /4x/10mnt
13.00	-	86	-	-	136	30 ^{''} /4x/10mnt
13.35	-	84	-	-	137	35 ^{''} /4x/10mnt
14.05	-	80	-	-	145	40 ^{''} /4x/10mnt
13.35	-	80	-	-	139	45 ^{''} /4x/10mnt

Pada jam 15.15 WIB dilakukan pengkajian subjektif didapatkan data bahwa ibu merasa ingin mengejan seperti ingin BAB dan merasakan keluar air banyak dari jalan lahir.

Pada pengkajian objektif ditemukan:

1. Tanda gejala kala II berupa dorongan ingin meneran, tekanan anus, vulva membuka, dan perineum menonjol.
2. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ibu ingin mengejan dan ketuban pecah. Hasil pemeriksaan dalam vagina licin, serviks tidak teraba,

pembukaan 10 cm, selaput ketuban pecah, presentasi belakang kepala, air ketuban jernih, perineum kaku dan sarung tangan lendir darah.

3. DJJ 130x/menit, His 45"/4x/10 menit.

Analisis: Ny. R G₂P₁A₀Ah₁ Umur 30 Tahun UK ±34-35 Minggu dalam Persalinan Kala II dengan Persalinan Preterm, Anemia, dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu Ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, menyiapkan posisi ibu, dan memimpin ibu untuk meneran.
2. Melakukan pertolongan persalinan sesuai langkah APN dan melakukan episiotomi atas indikasi perineum kaku. Bayi lahir jam 15.30 WIB jenis kelamin laki-laki dan menangis spontan.

Pada jam 15.30 WIB dilakukan pengkajian subjektif didapatkan data bahwa ibu lega bayinya sudah lahir.

Pengkajian objektif ditemukan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, dan TFU setinggi pusat.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun dalam Persalinan Kala III dengan Persalinan Preterm, Anemia, dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Menyuntikkan oksitosin 10 unit dan melakukan PTT.

Plasenta lahir jam 15.40 WIB.

2. Melakukan masase uterus.

Kontraksi uterus keras.

Jam 15.45 WIB dilakukan pengkajian subjektif dan ditemukan data bahwa Ny. R merasakan perutnya mules.

Pengkajian objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,8°C, dan respirasi 22 x/menit.
3. Kontraksi uterus keras dan TFU 1 jari bawah pusat.
4. Kandung kemih kosong.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun dalam Persalinan Kala IV dengan Persalinan Preterm, Anemia, dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Mengecek laserasi.
Laserasi pada mukosa vagina, jaringan ikat dan otot dibawahnya.
2. Melakukan penjahitan dalam dan luar laserasi derajat 2 dengan diberikan anestesi.
3. Mengecek jumlah perdarahan.
Perdarahan 200 cc.
4. Melakukan observasi kontraksi uterus, TFU, tekanan darah, nadi, kandung kemih, suhu, dan perdarahan.

Tabel 3.2. Hasil Observasi Kala IV

Jam Ke	Waktu	TD	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	15.45	100/70	80	36,6	1 jari bawah pusat	Keras	Kosong	10 cc
	16.00	100/70	80		1 jari bawah pusat	Keras	Kosong	10 cc
	16.15	100/70	82		1 jari bawah pusat	Keras	Kosong	10 cc
	16.30	100/70	82		1 jari bawah pusat	Keras	Kosong	5 cc
2	17.00	110/70	80	36,6	1 jari bawah pusat	Keras	100 cc	5 cc
	17.30	100/70	80		1 jari bawah pusat	Keras	Kosong	5 cc

D. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB dari rekam medis dan wawancara dengan Ny. R didapatkan pengkajian subjektif berupa:

1. Riwayat intranatal bayi lahir tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB, berjenis kelamin laki-laki. Persalinan spontan penolong bidan dan dokter. Lama persalinan kala I 5 jam 30 menit dan lama kala II 15 menit. Komplikasi ibu dan janin tidak ada.
2. Riwayat penyakit ibu sebelum hamil Ny. R sudah KEK, dan selama hamil ibu mengalami KEK dan anemia. Tidak ada riwayat penyakit sistemik sebelum dan selama hamil.
3. Perilaku kesehatan ibu tidak merokok, tidak minum jamu, dan tidak minuman beralkohol. Suami perokok aktif, namun saat merokok menjauh dari ibu.

Pengkajian data objektif ditemukan:

Penilaian awal keadaan bayi baru lahir meliputi bayi lahir preterm, cairan amnion bersih dari mekonium, bayi langsung menangis, tonus otot baik, bayi sudah mengeluarkan mekonium, dan APGAR score 8/9.

Analisis: Bayi Ny. R Umur 0 Jam Lahir Spontan Prematur.

Penatalaksanaan:

1. Menghangatkan bayi, menjepit, memotong, dan mengikat tali pusat dengan benang tali pusat steril.
2. Mengeringkan dan merangsang taktil bayi baru lahir.
3. Melakukan IMD selama 1 jam.

Tanggal 21 Februari jam 16.30 WIB dari data rekam medis didapatkan pengkajian subjektif :

1. Ny. R mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.
2. Riwayat intranatal bayi lahir tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB, berjenis kelamin laki-laki. Persalinan spontan penolong bidan dan dokter. Lama persalinan kala I 5 jam 30 menit dan lama kala II 15 menit. Komplikasi ibu dan janin tidak ada.

Pengkajian data objektif didapatkan:

1. Antropometri berupa berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, dan LiLA 11 cm.
2. Tanda vital meliputi frekuensi jantung 131 x/menit, suhu 36,6°C, dan respirasi 43 x/menit.

Analisis: Bayi Ny. R Umur 1 Jam Lahir Spontan.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu dari hasil pemeriksaan bayi dalam kondisi sehat dan normal.
2. Menyuntikkan vitamin K 1 1mg secara IM pada paha kiri anterolateral dengan aspirasi sebelumnya.
3. Memberikan salep mata tetrasiklin pada kedua mata.
4. Menganjurkan ibu memberikan ASI on demand dan menjaga kehangatan bayi.

Tanggal 21 Februari 2016 jam 18.30 WIB dilakukan pemeriksaan usia gestasi dan imunisasi hepatitis B. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

1. Ny. R mengatakan setuju bila bayinya dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui usia kehamilan pada saat ibu melahirkan dan bayinya diberikan imunisasi hepatitis B.
2. Riwayat intranatal bayi lahir spontan dan berjenis kelamin laki-laki pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi. Berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, LiLA 11 cm.

Pengkajian objektif didapatkan data:

1. Tanda vital meliputi frekuensi jantung 143 x/menit, respirasi 46x/menit, dan suhu 36,7°C.
2. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Kepala simetris, tidak caput, tidak cephalhematom, fontanela mayor datar, rambut distribusi merata.
 - 2) Mata simetris, tidak ada sekret, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra superior dan inferior dapat dipisahkan.
 - 3) Telinga simetris, kartilago terbentuk sempurna tidak kaku, recoil kembali cepat.
 - 4) Hidung simetris dan tidak ada pernapasan cuping.
 - 5) Mulut simetris, bibir merah muda, dan palatum menyatu.
 - 6) Leher gerakan aktif dan tidak ada kaku kuduk
 - 7) Dada puting simetris, areola menonjol 3-4 mm, tidak ada retraksi dinding dada.

- 8) Abdomen bulat dan tidak ada perdarahan tali pusat.
 - 9) Ekstremitas gerakan aktif, jumlah jari lengkap, tangan mengepal fleksi dan lutut fleksi, pergelangan tangan membentuk sudut 30° , recoil tangan $<90^{\circ}$, sudut polipeptea (paha-betis) 90° , perasat tumit ke telinga terasa ada tahanan pada pusar.
 - 10) Kulit merah muda dan lanugo berkurang.
 - 11) Genetalia lubang uretra di ujung penis, testis sudah turun ke skrotum, rugae baik, anus berlubang.
 - 12) Punggung tidak ada spina bifida.
3. Pemeriksaan neurologis terdapat refleks sucking, rooting, moro, dan grasping.

4. Hasil Penilaian Kematangan Neuromuskuler dan Fisik dengan *New Ballard Score*

MATURATIONAL ASSESSMENT OF GESTATIONAL AGE (New Ballard Score)

NAME Bayi Ny. R SEX Laki-laki
 HOSPITAL NO. _____ BIRTH WEIGHT 3300 gram
 RACE Indonesia LENGTH 48 cm
 DATE/TIME OF BIRTH 21-2-16/15.30 HEAD CIRC. 33 cm
 DATE/TIME OF EXAM 21-2-16/18.30 EXAMINER Mahasiswa
 AGE WHEN EXAMINED 3 jam
 APGAR SCORE: 1 MINUTE 8 5 MINUTES 9 10 MINUTES _____

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
POSTURE								3
SQUARE WINDOW (Wrist)								3
ARM RECOIL								4
POPLITEAL ANGLE								4
SCARF SIGN								3
HEEL TO EAR								3
TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE								20

SCORE
 Neuromuscular 20
 Physical 18
 Total 38

MATURITY RATING

SCORE	WEEKS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

PHYSICAL MATURITY

PHYSICAL MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
SKIN	sticky friable transparent	gelatinous red translucent	smooth pink visible veins	superficial peeling & /or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled	3
LANUGO	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald		3
PLANTAR SURFACE	heel-toe 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases are 2/3	creases over entire sole		3
BREAST	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	stippled areola 1-2 mm bud	raised areola 3-4 mm bud	full areola 5-10 mm bud		3
EYE / EAR	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	firm 2/3 firm inst. recoil	thick cartilage ear stiff		3
GENITALS (Male)	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending few rugae	testes down gone rugae	testes pendulous deep rugae		3
GENITALS (Female)	clitoris prominent & labia flat	prominent clitoris & small labia minora	prominent clitoris & enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora		3
TOTAL PHYSICAL MATURITY SCORE								18

GESTATIONAL AGE (weeks)
 By dates 34⁺⁵
 By ultrasound _____
 By exam 38-40

Reference
 Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119:417-423. Reprinted by permission of Dr Ballard and Mosby—Year Book, Inc.

Gambar 3.1. Lembar Penilaian/scoring *New Ballard*

Analisis: Bayi Ny. R Umur 3 Jam Lahir Spontan Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Normal dengan Imunisasi Hepatitis B.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu Ibu bahwa dari hasil pemeriksaan bayi lahir cukup bulan dan tidak prematur.

Ny. R mengatakan mungkin dirinya lupa HPMT nya, karena merasa lama tidak menstruasi sebelum puasa.
2. Menyuntikkan vaksin HB-0 uninject secara IM pada paha kanan anterolateral.
3. Memberitahu ibu KIPI atau efek samping imunisasi HB-0 jarang terjadi.
4. Memberitahu ibu untuk menyusui bayi secara on demand, bila tidur lama dibangunkan tiap 2 jam untuk disusui, dan menjaga kehangatan bayi dengan dibedong tidak terlalu ketat dan diberi topi. Bila bayi tidur sebaiknya ibu juga istirahat.

Pada tanggal 22 Februari 2016 jam 08.30 WIB dilakukan kunjungan neonatus ke-1. Pengkajian data subjektif ditemukan:

1. Ny. R mengatakan senang karena nanti sore sudah boleh pulang.
2. Riwayat intranatal bayi lahir spontan, aterm, dan berjenis kelamin laki-laki pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi. Berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, LiLA 11 cm.
3. Nutrisi bayi Ny. R menyusui bayinya terakhir jam 07.00 WIB, bayi menyusu dengan kuat, bayi hanya diberi ASI, dan tidak ada keluhan.

4. Bayi sudah BAK dan BAB jam 07.00 WIB.

Pengkajian objektif ditemukan:

1. Tanda vital meliputi frekuensi jantung 120 x/menit, respirasi 40 x/menit, dan suhu 36,5 °C.
2. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis. Ubun-ubun besar datar. Mata tidak ada sekret, sklera putih, konjungtiva merah muda. Tidak ada pernapasan cuping hidung. Bibir merah muda. Gerakan leher aktif. Tidak ada retraksi dinding dada. Perut bulat, tali pusat basah, tidak ada perdarahan dan infeksi tali pusat. Tangan dan kaki bergerak aktif. Kulit merah muda dan kenyal.

Analisis: Bayi Ny. R Umur 16 Jam Lahir Spontan Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Normal.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa bayi dalam kondisi sehat.
2. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif tanpa memberi makanan dan minuman lain sampai 6 bulan, selalu menjaga kehangatan bayi, memberitahu tanda bahaya pada bayi, dan mengajari perawatan tali pusat di rumah.
3. Menganjurkan ibu dan suami untuk segera mengurus akte kelahiran.
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 25 Februari 2016.

Pada tanggal 25 Februari 2016 jam 09.30 WIB dilakukan kunjungan neonatus ke-2. Pengkajian subjektif ditemukan:

1. Ny. R mengatakan ingin melakukan kunjungan ulang dan tidak ada keluhan.
2. Riwayat bayi saat ini bayi sampai sekarang masih diberikan ASI eksklusif. Bayi BAK dan BAB lancar. Bayi tidur nyenyak tidak rewel. Bangun bila minta ASI, BAB, dan BAK.
3. Riwayat intranatal bayi lahir spontan, aterm, dan berjenis kelamin laki-laki pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi. Berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, LiLA 11 cm.

Pengkajian objektif ditemukan:

1. Antropometri berat badan 3200 gram, lingkar kepala 33 cm, panjang badan 48 cm, lingkar dada 33 cm, dan LiLA 11 cm.
2. Tanda vital meliputi frekuensi jantung 135 x/menit, respirasi 45 x/menit, dan suhu 36,8 °C.
3. Pemeriksaan Fisik
Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Ubun-ubun besar datar. Mata bersih dari sekret, sklera putih, konjungtiva merah muda. Tidak ada pernapasan cuping hidung. Bibir merah muda. Gerakan leher aktif. Tidak ada retraksi dinding dada. Tali pusat basah, tidak ada perdarahan, dan tidak ada tanda infeksi. Tangan dan kaki bergerak aktif. Kulit merah muda dan kenyal.

Analisis: Bayi Ny. R Umur 4 Hari Lahir Spontan Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Normal.

Penatalaksanaan:

1. Membersihkan tali pusat dengan air DTT.
2. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan tali pusat bayi masih basah dan dalam kondisi sehat.
3. Memberikan KIE kepada ibu cara perawatan tali pusat.
4. Memberikan KIE kepada ibu untuk menjaga bayinya tetap hangat, memantau tanda bahaya pada bayi, dan memberikan termometer.
5. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan secara on demand dan mengurus akte kelahiran.

Ibu bersedia melakukan anjuran, sudah menyusui secara on demand, dan akte sedang di urus.
6. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 29 Februari 2016.

Pada tanggal 29 Februari 2016 jam 09.00 WIB dilakukan kunjungan neonatus ke-3. Pengkajian subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan jadwalnya kunjungan ulang, tali pusat sudah puput tanggal 27 Februari 2016
2. Riwayat bayi saat ini bayi sampai sekarang masih diberikan ASI eksklusif. Bayi BAK dan BAK lancar. Bayi tidur nyenyak tidak rewel.
3. Riwayat intranatal bayi lahir spontan, aterm, dan berjenis kelamin laki-laki pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan

dokter. Tidak ada komplikasi. Berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, LiLA 11 cm.

Pengkajian objektif ditemukan:

1. Antropometri berat badan 3300 gram, lingkar kepala 33 cm, panjang badan 48 cm, lingkar dada 33 cm, dan LiLA 11 cm.
2. Tanda vital meliputi frekuensi jantung 130 x/menit, respirasi 46 x/menit, dan suhu 36,6 °C.
3. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Ubun-ubun besar datar. Mata bersih dari sekret. Tidak ada pernapasan cuping hidung. Bibir merah muda. Gerakan leher aktif. Tidak ada retraksi dinding dada. Tali pusat sudah puput, bekas tali pusat kering, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda infeksi. Tangan dan kaki bergerak aktif. Kulit merah muda dan kenyal.

Analisis: Bayi Ny. R Umur 8 Hari Lahir Spontan Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Normal.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan bayi dalam kondisi sehat.
2. Memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, memberikan ASI secara on demand, bila bayi tidur lama tiap 2 jam dibangunkan untuk disusui.
3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dan memantau tanda bahaya bayi.

4. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 08 Maret 2016 untuk imunisasi BCG.

E. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan Nifas

Pada tanggal 22 Februari 2016 jam 08.00 WIB dilakukan kunjungan nifas ke-1. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu senang nanti sore sudah boleh pulang.
2. Riwayat obstetri

Tabel 3.3. Riwayat obstetri Ny. R

Hamil Ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl. Lahir	UK	Jenis Persalinan	Oleh	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	27-09-2006	39 minggu	Spontan	Bidan	Tak	Tak	P	3100	Tidak ASI eksklusif karena ASI keluar sedikit	Tak
2	21-02-2016	Aterm (38-40 mgg)	Spontan	Dokter dan Bidan	Tak	Tak	L	3300	Ya	Tak

3. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir yaitu masa kehamilan aterm (38-40 Minggu), tempat persalinan di Puskesmas Tegalrejo, penolong dokter dan bidan, komplikasi tidak ada, plasenta lahir spontan dan lengkap, perineum ruptur derajat 2 dan dijahit dengan anestesi lokal, perdarahan selama persalinan 345 cc, lama persalinan kala I 5 jam 30 menit, kala II 15 menit, kala III 10 menit, kala IV 2 jam, pemeriksaan Hb 9,3 gr/dl.
4. Keadaan Bayi Baru Lahir yaitu lahir tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB, masa gestasi aterm, berat badan 3300 gram, panjang badan 48 cm, dan dilakukan rawat gabung.

5. Riwayat postpartum Ibu sudah jalan-jalan sejak kemarin. Ibu makan makanan yang disediakan oleh Puskesmas Tegalrejo. Ibu sudah BAK lancar tidak ada keluhan, tetapi belum bisa BAB. Ibu bisa tidur tadi malam namun kurang nyenyak.
6. Keadaan psikososial kelahiran ini sangat diinginkan. Ibu sangat senang bayinya lahir dengan normal, sehat, dan berjenis kelamin laki-laki. Ibu sudah tau cara memandikan bayi, tidak mengalami kesulitan dalam menyusui, tetapi masih takut untuk merawat luka jahitan. Suami dan keluarga sangat senang dengan kelahiran bayinya. Rencana ibu ingin memakai kontrasepsi progestin lagi.

Pengkajian data objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, status emosional baik.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 22 x/menit, dan suhu 36,8 °C.
3. Berat badan 40 Kg, tinggi badan 159,2 cm, dan LiLA 21,5 cm.
4. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada edema, sklera putih, konjungtiva agak pucat, mukosa bibir lembab. Puting menonjol, kolustrum keluar, ASI payudara kanan dan kiri lancar, tidak ada pembengkakan. Kontraksi keras dan TFU 2 jari bawah pusat. Ekstremitas tidak ada pembengkakan dan tidak varises. Pengeluaran lochea rubra, perdarahan normal, luka jahitan masih basah. Anus tidak hemoroid.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun Nifas Hari Ke-1 dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu mengalami anemia.
2. Memastikan ibu sudah mendapatkan vitamin A 2 kapsul dan tablet Fe.
Ibu sudah minum vitamin A 2 kapsul dan tablet Fe kemarin sore dan tadi pagi.
3. Memberitahu ibu untuk cukup istirahat, menjaga kebersihan diri, makan makanan dengan gizi seimbang lebih banyak dari sebelumnya, perbanyak lauk protein hewani untuk mempercepat menaikkan kadar Hb dan penyembuhan luka perineum, perbanyak buah dan sayur untuk meningkatkan Hb dan memperlancar BAB. Serta perbanyak minum dan tetap mengonsumsi tablet Fe sampai masa nifas selesai.
4. Memberitahu ibu akibat anemia dan KEK dalam masa nifas dan tanda bahaya yang perlu diwaspadai.
5. Memberitahu ibu cara perawatan luka jahitan dirumah.
6. Memberikan ibu tablet Fe (Hemafort) sebanyak 30 tablet untuk dikonsumsi sehari sekali selama masa nifas.
7. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 25 Februari 2016 atau sebelumnya bila ada keluhan lain dan menemukan tanda bahaya.

Pada tanggal 25 Februari 2016 jam 09.30 WIB dilakukan kunjungan nifas ke-2. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan ingin melakukan kunjungan ulang dan tidak ada keluhan.

2. Nutrisi Ibu makan 3-5x/hari, rutin mengonsumsi sayuran hijau dan buah seperti pisang dan pepaya, rutin mengonsumsi lauk protein nabati, kadang telur, dan ikan jarang karena ibu tidak pernah ke pasar setelah melahirkan. Ibu minum >10 gelas kecil. Minum susu tapi tidak rutin. Masih rutin mengonsumsi tablet Fe.
3. Eliminasi BAK lancar tidak ada keluhan, ibu bisa BAB pertama kali tanggal 23 Februari 2016 dan tidak ada keluhan.
4. Riwayat Nifas saat ini Ibu tidur siang 1 jam. Malam sering terbangun untuk menyusui. Aktivitas Ibu mengurus bayi, pekerjaan rumah, dan menjaga warung dibantu oleh suami. Tidak ada kesulitan menyusui.
5. Riwayat persalinan terakhir ibu melahirkan tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.

Pengkajian data objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, status emosional baik.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 22 x/menit, dan suhu 36,9 °C.
3. Berat badan 40 Kg, tinggi badan 159,2 cm, LiLA 21,5 cm.
4. Pemeriksaan fisik wajah tidak oedem, sklera putih, konjungtiva agak pucat. Payudara lembek, puting menonjol, ASI kedua payudara lancar. TFU 3 jari bawah pusat dan kontraksi keras. Pengeluaran lochea sanguinolenta, jahitan masih basah, tidak ada tanda infeksi. Anus tidak hemoroid. Ekstremitas tidak bengkak dan tidak ada varises.
5. Hasil pemeriksaan penunjang kadar Hb 9,2 gr/dl.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun Nifas Hari Ke-4 dengan Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu masih anemia dan luka jahitan ibu masih basah.
2. Memberikan KIE cara perawatan luka perineum.
3. Memberikan pujian kepada ibu karena sudah mau rutin mengonsumsi sayuran hijau dan buah, memotivasi ibu untuk mengonsumsi lauk protein hewani seperti telur setiap hari, dan tetap rutin mengonsumsi tablet Fe sampai masa nifas selesai supaya luka jahitan cepat sembuh dan Hb ibu bisa naik. Porsi lebih banyak karena ibu KEK.
4. Menjelaskan kepada ibu macam-macam kontrasepsi yang bisa dipakai oleh ibu menyusui seperti MAL, kondom, mini pil, kb suntik 3 bulan, dan implan dengan alat peraga. Bila ibu ingin membatasi kelahiran dapat menggunakan minipil, suntikan, dan implant.

Ibu mengatakan ingin memakai KB suntik 3 bulan lagi. Ibu takut bila memakai implan. Ibu merasa mual bila melihat kondom. Bila pil ibu pernah memakai dulu dan merasa mual jadi kapok.
5. Memberitahu ibu bahwa KB suntik 3 bulan mulai dapat dipakai setelah ibu selesai masa nifas atau setelah 42 hari. Sebaiknya ibu tidak melakukan hubungan seksual dahulu sebelum ibu memakai KB meskipun darah nifas ibu sudah berhenti dan belum mendapat menstruasi jika ibu tidak bersedia menggunakan suami menggunakan kondom.

6. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 29 Februari 2016.

Pada tanggal 29 Februari jam 09.30 WIB dilakukan kunjungan nifas ke-3. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan ingin melakukan kunjungan ulang dan tidak ada keluhan
2. Nutrisi Ibu makan 4-5x/hari kadang ngemil. Rutin mengonsumsi sayuran hijau, lauk protein nabati, telur setiap hari. Minum air putih >8 gelas/hari. Rutin minum tablet Fe setiap hari.
3. Istirahat siang 1 jam. Malam sering terbangun menyusui, kadang kalau bayi masih terjaga ibu gantian dengan suami menjaga bayi.
4. Riwayat persalinan terakhir ibu melahirkan tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.
5. Hasil pemeriksaan kadar Hb tanggal 25 Februari 2016 adalah 9,2 gr/dl.

Pengkajian data objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, status emosional baik.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,7 °C.
3. Berat badan 40 Kg dan LiLA 21,5 cm.
4. Pemeriksaan fisik wajah tidak oedem, sklera putih, konjungtiva agak pucat. Payudara lembek, puting menonjol, ASI kedua payudara lancar. TFU 1 jari atas simfisis, kontraksi baik. Pengeluaran lochea serosa, jahitan

kering, tidak ada tanda infeksi. Anus tidak hemoroid. Ekstremitas tidak bengkak, tidak ada varises.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun Nifas Hari Ke-8 dengan Riwayat Anemia dan KEK.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu masih anemia dan luka jahitan sudah kering.
2. Memberikan pujian ibu karena sudah melakukan saran yang dianjurkan.
3. Memotivasi ibu untuk tetap melanjutkan makan dengan gizi seimbang dengan porsi lebih banyak, perbanyak sayuran hijau, buah, dan konsumsi lauk protein hewani. Meneruskan konsumsi telur dan tablet Fe setiap hari sampai masa nifas selesai. Serta perbanyak minum.
4. Memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan.
5. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan kadar Hb setelah ibu selesai nifas yaitu tanggal 03 April 2016.

Pada tanggal 03 April 2016 jam 10.00 WIB dilakukan kunjungan nifas di rumah Ny. R untuk mengevaluasi hasil asuhan kebidanan nifas. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan darah masa nifas sudah tidak keluar
2. Nutrisi Ibu makan 3-4 x/hari. Masih rutin mengonsumsi sayur, lauk protein nabati, dan telur. Minum air putih >8 gelas/hari. Sekarang jarang minum susu. Tablet Fe tinggal sedikit.

3. Eliminasi BAK dan BAB lancar, tidak ada keluhan.
4. Riwayat persalinan terakhir ibu melahirkan tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.
5. Ibu belum melakukan hubungan seksual lagi dengan suami setelah melahirkan dan belum mendapat menstruasi.

Pengkajian objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, status emosional baik.
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,8 °C.
3. Pemeriksaan fisik wajah tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda. Payudara lembek, puting menonjol, ASI kedua payudara lancar. TFU tidak teraba. Pengeluaran lochea alba, bekas jahitan tidak ada tanda infeksi. Anus tidak hemoroid. Ekstremitas tidak bengkak, tidak ada varises.
4. Pemeriksaan penunjang Kadar Hb 11,8 gr/dl.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun Nifas Hari Ke-42 Normal

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu normal dan kadar Hb meningkat.
2. Memberitahu ibu untuk tetap meneruskan pola makan gizi seimbang. Tablet Fe sisa masa nifas tetap boleh dikonsumsi.
3. Memotivasi ibu untuk tetap meneruskan pemberian ASI eksklusif.

4. Memotivasi ibu untuk segera memakai KB.

Ibu bersedia memakai KB setelah tanggal 15 April 2016.

F. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 20 April 2016 jam 10.30 WIB dilakukan asuhan kebidanan keluarga berencana berupa pelaksanaan suntik KB 3 bulan.

Pengkajian subjektif didapatkan data:

1. Ibu mengatakan ingin memakai KB suntik 3 bulan. Ibu belum mendapatkan menstruasi setelah melahirkan. Menstruasi terakhir tanggal 23 Juni 2015.
2. Riwayat persalinan terakhir ibu melahirkan tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB. Penolong bidan dan dokter. Tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.
3. Ibu belum melakukan hubungan seksual lagi setelah melahirkan.
4. Riwayat kesehatan Ibu mengatakan tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hepatitis, penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, sakit kepala hebat atau migrain, diabetes mellitus, kejang dan kanker. Saat ini ibu tidak sedang mengonsumsi obat-obatan.

Pengkajian data objektif ditemukan:

1. Keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, status emosional baik
2. Tanda vital meliputi tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,7 °C.
3. Berat badan 39 Kg dan tinggi badan 159,2 cm.
4. Pemeriksaan fisik wajah tidak hiperpigmentasi, sklera putih, konjungtiva merah muda. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena

jugularis teraba rata. Payudara lembek, puting menonjol, ASI kedua payudara lancar, tidak teraba massa. TFU tidak teraba, tidak ada massa. Vulva tidak ada tanda Chadwick, tidak ada varises, bekas luka jahitan tidak infeksi, tidak ada sekret. Anus tidak hemoroid. Ekstremitas tidak bengkak, tidak ada varises.

5. Hasil pemeriksaan kadar Hb 11,9 gr/dl.

Analisis: Ny. R P₂A₀Ah₂ Umur 30 Tahun dapat Memakai Kontrasepsi Suntik Progestin.

Penatalaksanaan:

1. Memberitahu Ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu dapat memakai KB suntik 3 bulan.
2. Mengingatkan kembali ibu tentang kelebihan, kekurangan, dan efek samping dari suntikan KB 3 bulan.
3. Ibu mengerti dan sudah tanda tangan di lembar informed consent.
4. Menyuntikkan 150 mg DMPA secara IM pada bokong kiri (musculus gluteus kuadran luar) 1/3 bagian atas dari SIAS dengan aspirasi sebelumnya.
5. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 13 Juli 2016 dan jangan melakukan hubungan seksual selama 1 minggu setelah penyuntikan.