

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

4.1.1. Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

a. Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal: 27-12-2013, pukul 09.00 WIB oleh Firda Eka Indrawati, dan didapatkan hasil nama ibu Ny. M, usia 23 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir MI, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat Wonosari Mulyo xxx, nama suami Tn.M, usia 28 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, penghasilan xxx, alamat Wonosari Mulyo xxx, no telp 083856993xxx.

b. Keluhan Utama

Ibu tidak haid sejak 9 bulan yang lalu, ibu mengeluh perut bagian atas terasa tertekan sejak kehamilan 7 bulan sehingga mengganggu aktifitas sehari- hari.

c. Riwayat Kebidanan

a. Kunjungan: ke- 6.

b. Riwayat Menstruasi.

Ibu mulai menstruasi sejak usia 12 tahun, teratur dengan siklus 28 hari, banyak dan lama menstruasi \pm 7 hari, sifat darah cair berwarna merah segar, kadang kehitaman, dan baunya anyir, biasanya setiap menstruasi

darah yang keluar 3 – 4 pembalut / hari terjadi pada hari 1 – 2 dan selebihnya hanya flek – flek darah saja. Sebelum ibu menstruasi biasanya mengalami sakit perut selama 1 hari dan juga keputihan selama 1 hari sebelum mestruasi dan 1 hari setelah menstruasi, keputihan yang dialami tidak berbau dan tidak berwarna, tidak berbau busuk dan keluarnya hanya sedikit. HPHT: 07-03-2013

d. Riwayat obstetri yang lalu

Tabel 4.3 Data Riwayat Obstetrik Yang Lalu

Suami Ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	Hamil Ke	UK	Peny	Jns	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	BB/ PB	HDP /MT	Usia	Kead	Lkts
1	1	24	Prematur	Spt B	Dokter	RSU D	Tdk ada	pere mpu an	1kg /40 Cm	Mati	Menin ggal di usia 1 Mgg	baik	—
	2	36	IUF D	Spt B	Dokter	RSU D	Tdk ada	pere mpu an	3,2 Kg/ -	Mati	—	baik	—
HAMIL INI													

e. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) Keluhan trimester 1: Pada awal kehamilan ibu merasakan mual muntah setiap makan, ada bau menyengat, tidak mau makan nasi, dan kadang - kadang mau tapi sedikit. Namun keluhan tersebut tidak sampai mengganggu aktifitas seperti biasanya, contohnya memasak, menyapu mengepel dan lain-lain.

- 2) Keluhan Trimester II: Pada pertengahan kehamilan ibu merasakan keputihan banyak dan sudah berobat ke dokter Soraya SpOG dan ibu melakukan aktifitas seperti biasanya seperti saat tidak hamil.
- 3) Keluhan Trimester III: Sejak usia kehamilan 28 minggu nyeri tekan pada abdomen bagian atas dan mulai usia 36 minggu mengeluh sering kencing, sakit pinggang, dan keputihan (warna putih dan lendir bening), hal ini tentunya mengganggu aktifitas ibu. Ibu lebih sering istirahat, mengurangi aktifitas yang berat seperti mencuci baju dan pekerjaan rumah tangga dibantu oleh suaminya.
- 4) Pergerakan anak: pertama kali pada usia kehamilan 20 minggu dan pergerakannya aktif.
- 5) Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir \pm 10 kali.
- 6) Penyuluhan yang sudah didapat: (ad/ dr Soraya SpOG) antara lain mengenai nutrisi: tidak boleh makan - makanan yang berpengawet seperti bakso, mie dll, istirahat: istirahat cukup dan teratur, kebersihan diri : sering ganti celana dalam jika terasa lembab atau sesudah miksi/ BAK, aktifitas: kurangi aktifitas berat, perbanyak istirahat, tanda bahaya kehamilan: pendarahan, ketuban pecah sebelum waktunya, bengkak pada tubuh dsb, seksualitas: selama hamil jangan berhubungan seks dulu karena bahaya ketuban pecah sebelum waktunya, persiapan persalinan: kemungkinan rencana pro-SC dokter, keputusannya menunggu hasil USG pada tanggal 27-12-2013 nanti (berdasarkan keputusan kontrol ulang ketika tanggal 18-12-2013).

- 7) Imunisasi yang sudah di dapat: ibu mengatakan sudah pernah mendapat imunisasi Tetanus yang ke-1 saat SD, dan TT saat hamil ini sekitar 2 bulan yang lalu di KIA RS.Muhammadiyah Surabaya.

f. Pola Kesehatan Fungsional

1) Nutrisi

Saat sebelum hamil ibu mengatakan makan 3-4x sehari dengan nasi, sayur, lauk, kadang buah, minum air putih 5-6 gelas perhari.

Saat hamil ibu mengatakan pada TM 3: makan 3x sehari, makan dengan nasi, lauk, sayur dan jarang makan buah, minum 6-7 gelas perhari, sejak usia hamil 9 bulan jarang minum susu.

2) Pola Eliminasi

Sebelum hamil ibu mengatakan BAK: 3-4x/hari dengan warna jernih terkadang kekuningan, bau khas, dan BAB: 1x/hari dengan konsistensi padat, bau khas, warna kuning kecoklatan.

Saat hamil ibu mengatakan pada kehamilan tua: BAK pada siang hari >5x, malam hari >5x dengan warna jernih kekuningan, bau khas. BAB \pm 1-2x/hari dengan konsistensi padat, bau khas.

3) Pola istirahat

Sebelum hamil Ibu mengatakan istirahat malam \pm 7 jam, pada siang hari \pm 1-2 jam tidur dengan nyenyak dan pulas.

Saat hamil Ibu mengatakan istirahat malam \pm 4 - 5 jam (\pm 23.00 - 01.00 WIB, baru dapat tidur lagi \pm jam 02.00 - 04.00 / 05.00 WIB), sering bangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak karena terasa sesak dan tidak nyaman. Siang hari istirahat sekedar berbaring \pm 1-2 jam, tidak bisa tidur.

4) Pola aktifitas

Sebelum hamil ibu mengatakan selain melakukan pekerjaan ibu rumah tangga, ibu juga bekerja di sarang burung dari jam 07.00 - 16.00 WIB.

Saat hamil Ibu mengatakan hanya melakukan aktifitas pekerjaan ibu rumah tangga. Aktifitas ibu di batasi agar tidak lelah, seperti hanya menyapu, memasak, dan mencuci baju dikurangi sehingga pekerjaan rumah dibantu suami.

5) Pola seksual

Sebelum hamil ibu mengatakan biasanya tidak rutin, terkadang \pm 1minggu sekali.

Saat hamil ibu mengatakan sejak UK \pm 20 minggu tidak melakukan hubungan seksual setelah disarankan oleh dokter tidak boleh berhubungan seksual selama hamil karena bahaya prolaps tali pusat bila ketuban pecah sebelum waktunya.

6) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum hamil Ibu mengatakan hanya suami yang merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak narkoba, tidak mengkonsumsi jamu, ibu mengkonsumsi obat beli di toko jika sekedar pusing, dan tidak punya binatang peliharaan.

Saat hamil Ibu mengatakan hanya suami yang merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak narkoba, ibu mengkonsumsi obat hanya dari dokter saja, tidak jamu, dan tidak punya binatang peliharaan.

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, diabetes, hipertensi, dan lain – lain.

h. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam riwayat kesehatan dan penyakit keluarga, di keluarga ibu ada yang menderita ginjal dan hipertensi yaitu mertua laki-laki, ada keturunan kembar yaitu keponakan dari ibu.

i. Riwayat psiko sosio spiritual.

1) Riwayat Emosional: Pada saat ini ibu merasa cemas dengan kehamilannya karena keluhan – keluhan yang dirasakan ibu seperti ada desakan dan nyeri pada perut bagian atas dan cemas menjelang persalinan.

- 2) Status perkawinan: Ibu mengatakan ini perkawinan yang pertama, menikah saat usia 20 tahun, lama perkawinan 3 tahun.
- 3) Ibu, suami serta semua anggota keluarga sudah merencanakan adanya kehamilan ini dan di buktikan dengan melepas KB setelah 1x menggunakan KB suntik 3 bulan.
- 4) Ibu dan keluarga mempunyai hubungan yang akrab terbukti ketika suami tidak bisa mengantar ibu saat periksa maka keluarga yang mengantarkan serta keluarga juga mendukung kehamilan ini, dan dukungan itu ditunjukkan dengan cara memperhatikan pola makan ibu, aktifitas, istirahat dan terkadang juga menginap di rumah ibu.
- 5) Ibu mempunyai hubungan yang baik dengan orang lain, ibu sering kali meminta bantuan tetangga apabila membutuhkan sesuatu yang tidak bisa dikerjakan ibu sendiri, begitupun sebaliknya.
- 6) Ibu melakukan sholat lima waktu namun kadang lupa tidak mengerjakan, ibu sering bersedekah kepada orang-orang sekitar yang membutuhkan dan mengikuti kegiatan pengajian di sekitar rumahnya.
- 7) Ibu menginginkan proses persalinan di tolong oleh dokter di RS.Muhammadiyah Surabaya.
- 8) Riwayat KB:Ibu mengatakan awal 3 bulan setelah menikah ibu KB suntik 3 bulan 1x saja, setelah itu tidak KB apapun karena sangat menginginkan kehamilan.

2. Obyektif

Pada pemeriksaan umum didapatkan hasil keadaan umum baik, keadaan emosional kooperatif, kesadaran compos mentis dengan tekanan darah

110/70 mmHg dan diperiksa dengan posisi berbaring, nadi 84x/ menit teratur, pernafasan 24x/ menit teratur, dan suhu aksila 36,5 °C.

Pada pengukuran antropometri didapatkan hasil BB sebelum hamil 47 kg, BB periksa lalu 60 kg (pada tanggal 18-12-2013), sekarang 60 kg, tinggi badan 150 cm, lingkaran lengan atas 27 cm, taksiran persalinan pada tanggal 14-12-2013 dan usia kehamilan 37 minggu (dari hasil USG).

a. Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

- 1) Wajah: simetris, tidak odem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada nyeri tekan
- 2) Mata: simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra, tidak pucat.
- 3) Rambut: hitam, tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan pada kepala, rambut tidak rontok, kebersihan baik.
- 4) Mulut dan gigi: bersih, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada epulis.
- 5) Telinga: simetris, bersih, tidak ada serumen, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/ massa/ polip.
- 6) Hidung: bersih, simetris, septumnasi ditengah, tidak ada secret, tidak ada benjolan / massa / polip, tidak ada nyeri tekan.
- 7) Leher: simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.
- 8) Dada: simetris, bentuk dada normal, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing, tidak ada bekas luka operasi.

- 9) Mamae: simetris, ada pembesaran mamae, tidak ada bekas luka operasi, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan.
- 10) Abdomen: bersih, simetris, tidak ada bekas luka jahitan operasi, striae lividae, linea nigra, pembesaran TFU sesuai usia kehamilan.
- a) Leopold I: TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat, pada fundus uteri teraba keras, bulat, melenting (kepala).
 - b) Leopold II: pada abdomen bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung/ puka), pada abdomen bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstermitas).
 - c) Leopold III: bagian terendah janin dapat digoyangkan, teraba bulat, lunak (bokong).
 - d) Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk PAP, konvergen.
- DJJ: 139 x/menit, TFU: 27 cm, TBJ: $(27-11) \times 155 = 2480$ gram
- 11) Genetalia: tidak terkaji, ibu tidak menyetujui dilakukan tindakan.
- 12) Ekstermitas atas: simetris, tidak odem, tidak ada varises, sistem pergerakan normal, reflek patella +/+, ekstermitas bawah: simetris, tidak odem, tidak ada varises, sistem pergerakan normal, reflek patella +/+.

b. Pemeriksaan panggul

Pada pemeriksaan panggul didapatkan hasil *distancia spinarum*: 25 cm (normalnya 24- 26 cm), *distancia cristarum*: 28 cm (normalnya 28- 30 cm), *conjugata eksterna*: 24 cm (normalnya 18- 20 cm), lingkaran panggul:

90 cm (normalnya 80- 90 cm), distancia tuberum: 20 cm: (normalnya 10,5- 11 cm)

c. Pemeriksaan laboratorium

Tidak dilakukan pemeriksaan darah dan urin.

d. Pemeriksaan lain

1) Hasil USG:

Pada TRIMESTER 1:

Ibu belum pernah memeriksakan kehamilannya dengan alasan tidak tahu jika hamil dan masih trauma dengan kehamilan.

Pada TRIMESTER 2:

- a) Pada tanggal 31/08/2013, Ibu melakukan pemeriksaan di dokter Soraya SpOG dengan hasil pemeriksaan: BB= 53,3 kg, TD= 100/70 mmhg, hasil USG: Kep U, BPD 4,58 ~ 19 minggu, FL: 3,4 ~ 21 minggu, AFI cukup, DJJ +, EFW: 380 gr, corpus menutupi sebagian OUI, dengan nasihat dianjurkan tidak melakukan hubungan seks dulu agar kehamilan bertahan dengan baik dan resiko prolaps tali pusat akibat ketuban pecah dini, kontrol ulang 1 bulan lagi atau jika sewaktu-waktu ada keluhan.
- b) Pada tanggal 02/10/2013 oleh dr. Soraya SpOG dengan hasil pemeriksaan: BB = 56 kg, TD = 110/70 mmhg, hasil USG letsu ω, perempuan, BPD 6,11 ~24 mgu, FL: 4,38 ~ 25 mgu, AFI cukup, DJJ +, EFW: 800 gr, corpus depan.

Pada TRIMESTER 3:

- a) Pada tanggal 01/11/2013, dengan hasil pemeriksaan BB = 58 kg, TD = 110/70 mmhg, hasil USG letsu ω , perempuan, BPD 7,4 ~28 mggu 5 hari, FL: 5,09 ~ 28 mggu, AFI cukup, DJJ +, EFW: 1,3 gr, corpus depan.
 - b) Pada tanggal 11/12/2013, dengan hasil pemeriksaan: BB = 60 kg TD = 110/70 mmhg, hasil USG letsu ω , perempuan, BPD 8,93 ~35 mggu 4 hari, FL: 6,72~ 37 mggu, AFI cukup, DJJ +, EFW: 2,5-2,6 gr, corpus depan fundus, lilitan 2x.
 - c) Pada tanggal 18/12/2013, dengan hasil pemeriksaan: BB = 60 kg TD = 120/80 mmhg, hasil USG letsu ω , perempuan, BPD 8,9 ~36 mggu 4 hari, FL: 6,7 ~ 34 mggu 1hari, AFI cukup, DJJ +, EFW: 2,7 ~ 2,8 gr, corpus depan, lilitan 2x.
 - d) Pada tanggal 27/12/2013, dengan hasil pemeriksaan: BB = 60 kg TD = 100/70 mmhg, hasil USG letsu ω , perempuan, BPD 9,0 ~37 mgg, FL: 8,8 ~ 34 mggu 5hari, AFI cukup, DJJ +, EFW: 3kg , corpus fundus, lilitan 2x.
- 2) Hasil NST tgl 27-12-2013: reaktif

4.1.2 Interpretasi data dasar

1. **Diagnosa:** GIII P10100 UK 37 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, letak bokong, kesan jalan lahir normal, lilitan tali pusat, keadaan ibu dan janin baik.
2. **Masalah:** Khawatir menghadapi persalinan letak sungsang dengan lilitan tali pusat.

3. **Kebutuhan:** Memberikan *Health Education* mengenai protap persalinan letak sungsang disertai lilitan tali pusat.

4.1.3 Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial

1. Pada ibu: perdarahan
2. Pada bayi: IUFD, Asfiksi

4.1.4 Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera.

Kolaborasi dokter obgyn untuk tindakan selanjutnya.

4.1.5 Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 2 jam diharapkan masalah dapat diatasi.

Kriteria hasil: KU ibu baik, TTV dalam batas normal, cemas ibu teratasi, ibu merasa tenang dan mengetahui keadaannya saat ini.

1. Intervensi

- a. Lakukan pendekatan terapeutik kepada ibu dan keluarga

Rasional: menjalin hubungan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan, ibu lebih nyaman, dan kooperatif saat dilakukan pemeriksaan.

- b. Lakukan informed consent pada pasien mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan.

Rasional: sebagai bukti tanggung gugat profesi

- c. Beritahu hasil pemeriksaan

Rasional: sebagai alih informasi.

d. Beri dukungan emosional dan spiritual kepada ibu untuk mengatasi cemas

Rasional: kondisi psikologis yang baik berpengaruh pada persepsi ibu terhadap pola tingkah laku dan keadaan yang akan dialami. Semakin baik kita memberikan dukungan emosional membuat ibu semakin optimis dan nyaman terhadap tindakan yang akan dilakukan.

e. Jelaskan mengenai penyebab nyeri akibat desakan pada perut bagian atas beserta cara mengatasinya.

Rasional: edukasi bagi pasien

f. Beri *Health Education* mengenai:

1) Anjurkan istirahat cukup

Rasional: istirahat yang cukup dapat merilekskan otot – otot, melancarkan peredaran darah, sehingga ibu terlihat segar, nyaman, sehat dan hal ini dapat meminimalisir rasa gangguan ketidaknyamanan.

2) Batasi aktifitas

Rasional: aktifitas yang berlebihan seperti mengangkat beban berat membuat penekanan pada abdomen semakin besar, ibu dengan letak sungsang mengeluh nyeri dan desakan pada abdomen bagian atas sehingga dengan aktifitas tersebut masalah tidak dapat teratasi bahkan hal ini dapat menambah masalah bagi ibu hamil.

3) Pentingnya personal hygien

Rasional: menjaga pola hidup sehat setiap hari mengantisipasi resiko terjadi atau tertularnya penyakit, khususnya bagi ibu hamil dengan

resiko tinggi terinfeksi penyakit torch dan infeksi lainnya sehingga dapat dideteksi dini dan segera ditangani.

g. Diskusikan dengan ibu mengenai:

1) Tanda bahaya kehamilan.

Rasional: Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan.

2) Persiapan persalinan SC dan persiapan obat.

Rasional: Ibu dan keluarga cepat tanggap jika mengalami tanda-tanda persalinan.

h. Observasi tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan, kontraksi uterus, DJJ untuk tindakan pre operasi.

Rasional: memantau keadaan janin, pemberian terapi dalam tindakan lanjutan.

2. Implementasi

Dilakukan pada tanggal 27- 12-2013 sejak pukul 09.30 WIB – 11.00 WIB

- a. Melakukan pendekatan terapeutik kepada ibu dan keluarga dengan bahasa yang baik, sopan, ramah dan mudah dipahami pasien, ibu merespon komunikasi petugas.
- b. Melakukan tindakan inform consent pada pasien, pasien setuju terhadap tindakan dengan bukti tanda tangan pada lembar inform consent.
- c. Memberitahu hasil pemeriksaan: KU/baik, kesadaran composmentis, kooperatif, TTV: TD 110/70 mmhg, nadi 84 x/mnt, suhu 36,6°C,

pernapasan 24 x/menit, TFU ½ px-pusat (27 cm), puka, letsu ω, DJJ 139x/menit, TBJ 2480 gram, ibu mengetahui status kesehatannya.

- d. Memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada ibu agar tidak cemas dalam menghadapi persalinan dengan memberitahu hasil pemeriksaan dan hasil USG yang sudah dilakukan, ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan hasil USG.
- e. Menjelaskan tentang penyebab adanya desakan pada perut bagian atas: posisi janin berada pada letak sungsang yakni pada perut bagian atas adalah kepala dan bagian terbawah janin bokong. Seinggagerakan janin pada bagian atas menimbulkan desakan, nyeri bahkan sesak. Cara mengatasinya: ibu dapat melakukan posisi ½ duduk atau jika ibu dalam posisi tidur, ganjal bagian belakang kepala sampai dada dengan bantal, hindari pakaian ketat dan atur posisi senyaman mungkin, ibu memahami penjelasan petugas.
- f. Memberi HE mengenai:
 - 1) Anjurkan istirahat cukup: Ibu sebaiknya istirahat yang cukup agar kondisi ibu dan kehamilannya baik. Saat istirahat sebaiknya dengan posisi ½ duduk atau ganjal bagian belakang dari kepala sampai dada dengan bantal untuk mengurangi rasa desakan dan nyeri pada perut bagian atas, ibu memahami penjelasan petugas
 - 2) Membatasi istirahat: Ibu sebaiknya mengurangi aktifitas yang terlalu berat seperti mencuci baju agar ibu tidak cepat lelah dan untuk meminimalisir keluhan yang di alami ibu seperti desakan dan nyeri pada perut bagian atas, ibu memahami penjelasan petugas.

- 3) Pentingnya personal hygien: ibu hamil sangat rentan terinfeksi TORCH ataupun infeksi yang lain, apalagi ibu hamil dengan resiko tinggi terinfeksi TORCH. Untuk mendiagnosa adanya infeksi tersebut dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium. Untuk mencegah serta mengantisipasinya dengan lebih menjaga pola hidup sehat setiap hari, melakukan hubungan seksual yang sehat hanya dengan pasangan, dan menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar, ibu memahami penjelasan petugas.
- g. Mendiskusikan pada ibu tentang:
- 1) Tanda bahaya pada kehamilan, yaitu: sakit kepala berlebihan, gangguan penglihatan, bengkak pada muka tangan dan seluruh tubuh, perdarahan pervaginam, demam tinggi, gerakan janin berkurang. Dan ibu sebaiknya segera menuju ke tempat pelayanan kesehatan jika terdapat salah satu keluhan tersebut, ibu memahami penjelasan petugas.
 - 2) Persiapan persalinan: menjelaskan kembali kepada ibu tentang persiapan persalinan (pro SC), persiapan obat, dan perlengkapan persalinan seperti pakaian bayi dan ibu, biaya persalinan, tempat persalinan dan yang lainnya, ibu memahami penjelasan petugas.
- h. Melakukan observasi tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan, kontraksi uterus, dan DJJ untuk tindakan pre operasi, ibu mengetahui penjelasan petugas.

4.1.6 Evaluasi.

Hasil evaluasi pada hari Senin, tanggal 27-12-2013 pukul 11.00 WIB didapatkan hasil:

Subyektif:

Ibu mengatakan bahwa dirinya sudah jelas dan mengetahui tentang apa yang telah di informasikan petugas kesehatan, ibu dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan, cemas sudah berkurang dan ibu menyetujui tindakan yang akan dilakukan.

Obyektif:

Pada pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kooperatif, TTV: TD 110/70 mmhg, nadi 84 x/mnt, suhu 36,6°C, pernapasan 24 x/menit, TFU ½ px-pusat, puka, DJJ 139x/menit, letsu ω, TBJ 2480 gram, HIS 2x 10”

Assesment:

GIII P10I00 UK 37 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, letak bokong, keadaan ibu dan janin baik, lilitan tali pusat, keadaan umum ibu dan janin baik pro SC.

Pelaksanaan:

Ibu dikirim ke ruang VK untuk observasi pre operasi/ SC pada tanggal 27/12/2013 pukul 11.00 wib.

4.2 Persalinan

Ibu segera MKB di RS.Muhammadiyah Surabaya pada tanggal: 27-12-2013 pukul 11.00 WIB untuk persiapan dan observasi pre-operasi (SC).

4.2.1 Pengumpulan data dasar

Subyektif:

Ibu mengatakan telah siap dilakukan operasi sesar atas perintah dokter karena posisi bayi dalam keadaan letak sungsang disertai lilitan tali pusat, ibu masih terasa desakan pada perut bagian atas.

Obyektif

Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil:

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif,

TTV: TD 110/70 mmhg, S 36,5°C, N: 80 x/menit, RR 20 x/menit.

1. Pemeriksaan fisik:

- a. Mamae: simetris, ada pembesaran mamae, tidak ada bekas luka operasi, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan.
- b. Abdomen: bersih, simetris, tidak ada bekas luka jahitan operasi, striae lividae, linea nigra, pembesaran TFU sesuai usia kehamilan, Leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, lunak (bokong), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk PAP, DJJ: 139 x/menit, HIS 2 x 10".
- c. Tidak dilakukan VT.

2. Hasil pemeriksaan laboratorium: Tidak dilakukan pemeriksaan urin.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa: GIII P10I00 UK 37 Minggu pre operasi SC letak sungsang.

Masalah: Khawatir menghadapi persalinan.

Kebutuhan: Dukungan emosional dan spiritual, asuhan sayang ibu.

4.2.3 Antisipasi Terhadap Diagnosa / Masalah Potensial

Ibu: perdarahan.

Janin: asfiksia.

4.2.4 Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera/Kolaborasi/Rujukan

Kolaborasi dengan dokter obgyn dokter Soraya SpOG.

4.2.5 Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 18 jam diharapkan masalah dapat teratasi.

Kriteria hasil: KU ibu dan bayi baik, TTV dalam batas normal, cemas dapat teratasi, persalinan lancar.

1. Intervensi

- a. Lakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga

Rasional: Menjalin hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga

- b. Lakukan observasi TTV, DJJ, HIS

Rasional: Memantau keadaan ibu dan janin

- c. Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG

Rasional: Sesuai SOP, sebagai tindakan lanjutan

- d. Berikan terapi sesuai advis dokter obgyn

Rasional: Sesuai SOP, Wewenang dokter obgyn

- e. HE mengenai: cemas menghadapi persalinan, persiapan persalinan SC, istirahat, dan personal higien

Rasional: Kondisi psikologis sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu menghadapi persalinan, edukasi bagi ibu dalam tindakan yang akan dilakukan dan kebutuhan dasar ibu terpenuhi dengan baik

- f. Lakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap

Rasional: Memantau nilai/kadar darah lengkap.

- g. Lakukan tindakan pre-operasi (SC).

Rasional: Sesuai SOP

- h. Lakukan tindakan SC (oleh dokter SpOG)

Rasional: Tindakan segera untuk kehamilan letak sungsang dalam menurunkan AKI dan AKB.

2. Implementasi

Dilakukan sejak tanggal 27-12-2013 pukul 11.00 WIB sampai tanggal 28-12-2013 pukul 07.35 WIB.

- a. Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan bahasa sopan, ramah dan dapat di mengerti klien dan keluarga, klien dan keluarga merespon
- b. Melakukan observasi TTV, DJJ: KU baik, composmentis, kooperatif, TD: 110/70 mmhg, S: 36° C, N: 80 x/menit, RR: 20x/menit, DJJ 139 x/menit, HIS 2x10'x10'', Ibu mengetahui status kesehatannya.
- c. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG mengenai hasil observasi dan tindakan pre-op, Kolaborasi dilakukan dan dokter memberi advis mengenai tindakan selanjutnya.
- d. Memberikan terapi sesuai advis dokter obgyn: injeksi indexon 2 x 16 mg untuk pematangan paru janin, terapi sudah diberikan pada klien.

- e. Memberi HE mengenai keluhan ibu yaitu cemas: pemeriksaan sudah dilakukan dengan baik, ibu dianjurkan berdoa agar proses persalinan lancar dan diharapkan ibu dan bayi lahir selamat, ibu memahami penjelasan petugas kesehatan.
- f. Memberikan HE mengenai persiapan operasi:
 1. Melakukan informed consent sebagai persetujuan tindakan persiapan operasi
 2. Tiap 30 menit dilakukan observasi TTV, DJJ, HIS
 3. Cek laboratorium darah lengkap (hematologi, faal hemoestasis, gula darah, dan imunoserologi)
 4. Konsul dokter Soraya SpOG mengenai hasil cek laboratorium darah lengkap.
 5. Jam 00.00 WIB puasa
 6. Jam 05.00 WIB mandi
 7. jam 05.15 WIB RL C1 kosong 20 tpm 00.30 wib RL CII kosong 20 tpm 07.00 WIB RL CIII, 20 tpm
 8. jam 05.15 WIB pasang dawer cateter
 9. Jam 05.30 WIB siapkan bak plasenta, perlak, pembalut, umbilical, dasn mucus
 10. Jam 05.45 WIB skin test cefotaxim 25 mg + water injection sampai 1cc
 11. Jam 07.00 WIB antar ibu ke ruang OK

Ibu mengetahui tindakan yang akan dilakukan selanjutnya
- g. Memberi HE mengenai nutrisi, istirahat, personal hygien:

1. Istirahat: sebaiknya ibu istirahat cukup, kurangi aktifitas yang berat, Ibu memahami penjelasan petugas kesehatan
 2. Personal hygien: ibu dianjurkan mandi sebelum dilakukan operasi, segera ganti CD/ pembalut jika terasa lembab/ basah setelah ke kamar mandi, cebok dari arah depan kebelakang, Ibu memahami penjelasan petugas kesehatan
- h. Melakukan tindakan pre-operasi (SC):
1. Melakukan observasi TTV, DJJ tiap 30 menit
 2. Pukul 11.30 WIB memasang INT indexon 16 mg
 3. Melakukan cek laboratorium darah lengkap (hematologi, faal hemoestasis, gula darah, dan imunoserologi). Dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 27-12-2013, pukul 17.45wib, dengan hasil:
 - 1) Hematologi:

Hb	: 11,2 (nilai normal 12,0- 16,0 g/dl)
Leokosit	: 12.200 (nilai normal 4500-11.000)
Trombosit	: 273.000 (nilai normal 150.000-450.000)
Hematokrit	: 31,1 (nilai normal 38,0- 47,0)
Eritrosit	: 3,72 (nilai normal 4,2- 5,40)
 - 2) Faal hemoestasis:

waktu perdarahan (BT)	: 2 menit (nilai normal 1-6 menit,
waktu pembekuan (CT)	: 8 menit (nilai normal 6-15 menit)
 - 3) Gula darah:

sewaktu: 172:	nilai normal 100-150 mg/dl
---------------	----------------------------

2 jam PP : 146 : nilai normal 90- 130 mg/dl

4. melakukan konsul dokter SpOG
5. pukul 19.30 WIB memasang inf. RL CI kosong 20tpm
6. pukul 23.30 injeksi indexon 16mg
7. pukul 00.00 WIB ibu dianjurkan puasa
8. mengganti infuse RL CII kosong 20 tpm
9. Jam 05.00 ibu dianjurkan mandi
10. Dilakukan pemeriksaan darah yaitu cek gula darah puasa pada tanggal 28-12-2013 pukul 05.10 WIB dengan hasil 138 g/dl.
11. Jam 05.15 memasang dawer cateter
12. Jam 05.30 menyiapkan bak plasenta, perlak, pembalut, umbilical, dasn mucus
13. Jam 05.50 melakukan skin test cefotaxim 25 mg + air steril sampai 1cc dengan hasil (-),
14. Pukul 06.30 WIB injeksi cefotaxime 2 gr/ IV
15. Pukul 07.00 WIB mengganti infuse RL CIII kosongan 20pm, dan mengantar ibu ke ruang OK

Tindakan pre-op sudah dilakukan, ibu mengetahui tindakan yang dilakukan.

- i. Melakukan tindakan SC (oleh dokter SpOG). Dari hasil laporan operasi: oleh ahli anastesi dr Retno SpAN, jenis anastesi SAB, asisten anastesi Gatot, instrument Tina dan Iin, jenis pembedahan ISCS.

a. Catatan selama operasi:

Desinfeksi lab operasi tutup dengan duk steril, insisi parinteral bladder feg, insisi utama ekstraksi kaki lahir bayi jam 07.38 dengan JK perempuan, BB 3000, PB 50cm, A-S= 8-9, plasenta lahir dengan tarikan ringan, jahit sudut, uterus dijahit 2 lapis, cuci perabdomen, jahit perabdomen, operasi selesai.

b. Laporan anastesi: jumlah obat gastridin 50 gr, petidin 75 gr, antrain 100gr, cairan masuk PO RL:1000 DO RL:500 20 tpm, cairan keluar: darah yang keluar \pm 200cc.

c. Catatan jalannya anastesi: desinfeksi lap 3-4 jam 26g (Bupivaen 12,5)

Dokter melakukan tindakan SC.

4.2.6 Evaluasi Post Operasi

Evaluasi ini dilakukan pada tanggal 28-12-2013 pukul 07.38 wib, dengan hasil:

Subyektif: ibu mengatakan masih lemas, kaki terasa kesemutan.

Obyektif:

Dari pemeriksaan didapatkan hasil:

Keadaan ibu: keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, keadaan emosional kooperatif, TTV: TD 110/70 mmhg, S 36,7 C, N 88 x/mnt RR 24 x/menit, TFU setinggi pusat, lokea rubra, luka operasi tertutup kasa, darah tidak merembes, urine 250cc, fluxus \pm 200cc, masih terpasang infus RD 5 % Drip induxin 2 Amp s/d 12 jam 20 tpm.

Keadaan bayi: lahir *secara cesarea*, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, kulit kemerahan, gerakan aktif, ketuban jernih, anus (+), vit K 1 mg (1 jam setelah lahir) paha kiri, BB 3000 gram, PB 50 cm, LK 37 cm, LD 34 cm.

Assesment :

P20101 post SC 30 menit.

Pelaksanaan:

1. Observasi TTV, fluxus, subinvolusi, intake, output tiap 15 menit, ibu mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Ibu dianjurkan tirah baring 12 jam post operasi, ibu berbaring lemah
3. Luka jahitan operasi masih tertutup, ibu merasa nyeri luka jahitan.
4. Menyiapkan cairan RL:1500 dan D5% 1000 20 tpm dalam 24 jam, ibu mengetahui persiapan petugas.
5. Melakukan drip piton sampai dengan 12 jam post operasi, ibu mengetahui tindakan petugas.
6. Melakukan injeksi antrain 3x 1000gr, gastridin 2x 50 gr, dan petidin 75 gr, ibu mengetahui tindakan petugas, ibu mengetahui tindakan petugas.
7. Perawatan bayi baru lahir: Menghangatkan bayi pada infarm warmer, melakukan stempel cap kaki bayi (kanan dan kiri), menggedong bayi dengan kain kering, ibu mengetahui tindakan petugas.

4.3 Nifas Post SC

4.3.1. Post SC 2 Jam

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 28-12-2013 pada pukul 09.38 wib, dengan hasil:

Subyektif:

Ibu mengatakan lega persalinan sudah selesai. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan post operasi dan kaki terasa agak kesemutan.

Obyektif:

Keadaan ibu lemah, kesadaran compos mentis, TTV: TD 120/70 mmhg, N 80X/menit, S 36,8°C, RR 24 x/menit, TFU 1 jari bawah pusat, UC keras, lokea rubra, fluxus \pm 200 cc, urine 300 cc (terpasang dawer cateter), flatus (-), terpasang inf RD 5 % Drip induxin 2 Amp s/d 12 jam 20 tpm

Assesment:

P20101 post SC 2 jam.

Pelaksanaan:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Melakukan perawatan bayi: mengganti popok, menggendong bayi, merawat bayi diruang bayi dsb, bayi dalam keadaan sehat.
3. Menjelaskan pada ibu bahwa rasa kesemutan adalah reaksi dari obat bius, ibu kooperatif saat petugas memberikan penjelasan.
4. Memberikan HE ibu tirah baring, mobilisasi bertahap dan ASI Eklusif, ibu kooperatif saat petugas memberikan penjelasan.

5. Menyarankan ibu untuk tidak makan maupun minum sampai fungsi usus kembali normal \pm selama 6-10 jam post operasi, ibu memahami penjelasan petugas.
6. Kolaborasi dengan dr.Obgyn dalam pemberian theraphi :
Tx: Injeksi Cefotaxim 1 gram 3 x 1 perinfus, antrain 2 ml (500mg/ml)
3 x 1 perinfus, Pukul 11.00 wib ganti RL C1 drip alinamin+ vit C+ synto 20 tpm, ibu mengetahui tindakan petugas.

4.3.2 Post SC 6 jam

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 28-12-2014, pukul 13.30 WIB.

Subyektif :

Ibu mengatakan masih agak terasa sakit pada luka jahitan jika di buat gerak, kesemutan di kakinya berkurang, tidak pusing, ASI keluar lancar.

Obyektif:

Dari pemeriksaan didapatkan hasil, Keadaan ibu: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV: TD 100/80 mmhg, N 80x/menit, RR 24 x/menit, luka operasi tertutup kassa, darah tidak merembes, palpasi: TFU 2 jr b/ pst, UC Keras, Kembung (-), Flatus: (-), Fluxus: \pm 100 cc, Lochea Rubra (kemerahan), Urine: 350 cc, Mobilisasi: ya (miring kanan, miring kiri).

Assessment:

P20101 Post SC 6jam.

Pelaksanaan:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan, ibu mengetahui penjelasan petugas.

2. Melakukan observasi TTV, TFU, UC, Luka operasi, Fluxus, intake, output, ibu mengetahui hasil pemeriksaan.
3. Memberikan HE mobilisasi dan nutrisi (diperbolehkan makan dan minum jika sudah bisa flatus), ibu memahami penjelasan petugas.
4. Memberikan HE ASI Eksklusif. Jika sudah mampu, dapat segera menyusui bayinya sendiri, dan dapat dibantu keluarga. ASI diberikan selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun, ibu memahami penjelasan petugas.
5. Memberitahu ibu dan keluarga agar mempersiapkan perlengkapan seperti (sarung, gurita, bedak dan baju ibu) untuk persiapan menyeka, keluarga segera mempersiapkan kebutuhan ibu.
6. Melanjutkan advis dokter obgyn, ibu mengetahui tindakan petugas.

4.3.3 Post SC 8 jam

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 28-12-2013 pukul 15.30 wib.

Subyektif :

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan kalau di buat gerak, kesemutan di kakinya sudah hilang, tidak pusing, ASInya lancar.

Obyektif :

Dari pemeriksaan didapatkan hasil: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV: TD 100/80 mmhg, N 84x/menit, RR 24 x/menit, luka operasi tertutup kassa, darah tidak merembes, palpasi: TFU 2 jr b/ pst, UC Keras, Kembung (-), Flatus: (+), Fluxus: \pm 100 cc (terpasang dawer cateter), Lochea rubra (kemerahan), Urine: 600 cc, Mobilisasi: ya (miring kanan, miring kiri).

Assessment :

P20101 Post SC 8 Jam.

Pelaksanaan :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu mengetahui status kesehatannya.
2. Melakukan observasi TTV, TFU, UC, Fluxus, luka operasi, dan flatus, ibu kooperatif saat dilakukan pemeriksaan.
3. Memberikan HE mobilisasi bertahap dengan duduk perlahan, berdiri pelan-pelan, dan berjalan, ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun, ibu memahami penjelasan petugas.
4. Memberikan HE nutrisi (Diet halus/bubur), ibu memahami penjelasan petugas.
5. Melanjutkan advis dokter:
 - a. Pukul 17.00 wib ganti RL C3 drip syntocinon 2 amp, 35 tpm
 - b. Pukul 20.00 wib ganti RL C4 kosongan 35 tpm.
 - c. Pukul 01.00 (tgl 29-12-2013) infuse aff (+), ibu mengetahui tindakan petugas.

4.3.4 Post SC hari ke-1

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 28-12-2013 pukul 07.30 wib.

Subyektif:

Ibu mengatakan nyerinya sudah agak berkurang, ibu tidak pusing, dan ASI keluar lancar, tidak ada keluhan yang lain.

Obyektif:

Dari pemeriksaan didapatkan hasil: Keadaan umum ibubaiik, kesadaran composmentis, ibu terlihat tenang di gambarkan dengan senyumannya, TTV: TD 100/80 mmhg, N 84x/menit, RR 24 x/menit, luka operasi tertutup currapor, darah tidak merembes, infuse sudah terlepas, palpasi: TFU 2 jr b/ pusat, UC keras, mobilisasi : iya (sudah bisa duduk), fluxus: 50cc, Lochea Rubra (kemerahan), UT: 400 cc

Hasil laboratorium Hematologi:

- | | | |
|---------------|-----------|--------------------------------|
| 1. Hb | : 12,6 | : nilai normal 12,0- 16,0 g/dl |
| 2. Leokosit | : 10.500 | : nilai normal 4500-11.000 |
| 3. Trombosit | : 278.000 | : nilai normal 150.000-450.000 |
| 4. Hematokrit | : 38 | : nilai normal 38,0- 47,0 |
| 5. Eritrosit | : 4,1 | : nilai normal 4,2- 5,40 |

Assesment:

P20101 Post SC hari ke-1

Pelaksanaan:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan, ibu mengetahui status kesehatannya.
2. Memberikan HE nutrisi dan ASI Eklusif, ibu memahami penjelasan petugas.
3. Tanggal 29-12-2013 :
 - a. Pukul 01.00 WIB infus aff
 - b. pukul 06.00 WIB dower cateter aff, ibu mengetahui tindakan petugas.

4. Persiapan pasien pulang pada tanggal 31/12/2013:
 - a. Mengganti currapor.
 - b. Menyiapkan keperluan pasien yang dibawa pulang:
 - 1) Surat control ulang ibu dan bayi,
 - 2) Kartu imunisasi bayi,
 - 3) Resume Medis warna kuning,
 - 4) Surat kelahiran,
 - 5) Kolaborasi dengan dokter obgyn dalam pemberian therapy: tx.
Oral, Ciprofolxacin 500 mg 3 x 1 @ 10 tab, Asam Mefenafat
500 mg 3 x 1 @ 10 tab
- Ibu mengetahui penjelasan petugas, dan persiapan pulang.
5. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang ke poli kandungan 1 minggu lagi tanggal 06-01-2014 jam 09.00 WIB, ibu menyetujui kesepakatan kontrol ulang di rumah sakit dengan petugas.

4.3.5 Kunjungan Rumah 1

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 11-01-2014 pukul 15.00 wib

Subyektif :

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan jika di buat gerak ibu juga mengatakan payudaranya sedikit kencang.

Obyektif :

Dari pemeriksaan didapatkan hasil: keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, keadaan emosional kooperatif, TTV: TD 100/80 mmhg, N 84x/menit, RR 24 x/menit, Luka kering, darah tidak merembes, palpasi:

TFU ½ pusat – sympisis, UC keras, mobilisasi: iya (sudah bisa duduk, jalan dan melakukan aktifitas yang ringan), fluxus: 50cc, BAB/BAK +/+, lokea sanguinolenta 50 cc.

Assesment :

P20101 Post SC hari ke- 7.

Pelaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan, ibu mengetahui status kesehatannya.
- 2) Memberikan HE perawatan payudara dengan benar, ibu memahami dan dapat mengulang penjelasan petugas.
- 3) Memberikan HE ASI Eklusif dan cara pemerah ASI, ibu memahami dan dapat mengulang penjelasan petugas.
- 4) Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai jadwal, ibu memahami penjelasan petugas.
- 5) Mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang kerumah ibu tanggal 18-01-2014, ibu menyetujui dan bersedia akan ada kunjungan rumah lagi.

4.3.6 Kunjungan rumah 2

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 18-01-2014 pukul 15.00 wib

Subyektif: Ibu mengatakan tidak pusing, ASI keluar lancar, nyeri luka operasi berkurang.

Obyektif :

Dari pemeriksaan didapatkan hasil: keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, keadaan emosional kooperatif, TTV: TD 110/80 mmhg, N 84x/menit, RR 20 x/menit, Luka kering, darah tidak merembes, palpasi: TFU 1 jari atas symphysis, UC keras, mobilisasi: iya (sudah bisa duduk, jalan dan melakukan aktifitas yang ringan), fluxus: 50cc, BAB/BAK +/+, lokea serosa 50 cc.

Assesment :

P20101 Post SC hari ke-14

Pelaksanaan :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi ibu dan bayi baik-baik saja, ibu mengetahui status kesehatannya.
2. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dengan cara memakai kontrasepsi, ibu memahami penjelasan petugas.
3. Kehamilan berikutnya hendaknya diawali dengan pemeriksaan antenatal yang baik, ibu kooperatif saat petugas memberi penjelasan.
4. Untuk hamil selanjutnya dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar dan memadai, ibu memahami penjelasan petugas.