

BAB 4
TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

Tanggal: 02 April 2014 Oleh : Luluk Fauziah Jam: 10:00 WIB

4.1.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

1) Identitas

Nama Ibu	: Ny. L	Nama Suami	: Tn. Y
Umur	: 39 tahun	Umur	: 28 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Cantikan	Alamat	: Cantikan

2) Keluhan Utama

Ibu tidak haid sejak 9 bulan yang lalu, ibu merasa perutnya mulai kenceng-kenceng tapi tidak terlalu sakit sejak 3 hari yang lalu. Ibu juga merasakan sering buang air kecil sejak 1 minggu yang lalu.

3) Riwayat Kebidanan

Menarce SMP (usia 14 tahun), 28 hari, teratur, banyaknya hari pertama sampai hari ke-2 1 kotex penuh ganti pembalut sampai 3x dalam sehari hari ke-3 sampai hari ke-7 mulai sedikit, kadang-kadang flek saja. Sifatnya cair berwarna merah kehitaman dan berbau anyir. Selama menstruasi ibu mengalami

disminorhea pada hari pertama saat haid. Ibu juga mengalami flour albus sebelum dan sesudah haid selama 1-2 hari tidak berbau dan berwarna putih susu terkadang putih bening.

HPHT : 04 Juli 2013

4) Riwayat obstetri yang lalu

Suami Ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	Ha mil ke	UK	Peny	Jns	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	PB/BB	H/M	Usia	Kead	Lak
1	1	9 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	LK	3250/50	H	20th	Baik	Ya
1	2	10 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	PR	3400/50	H	15th	Baik	Ya
1	3	9 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	LK	3300/51	H	12th	Baik	Ya
1	4	9 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	LK	3500/50	H	10th	Baik	Ya
2	5	9 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	LK	3300/50	H	7th	Baik	Ya
2	6	9 bln	-	Spt B	Bidan	RS	-	LK	3400/50	H	6th	Baik	Ya
2	7	HAMIL INI											

5) Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan:

Trimester1 : Ibu merasakan mual muntah setiap akan makan tapi tetap makan nasi walupun cuma sedikit (sampai UK 3 bulan).

Trimester2 : Sakit pinggang dan terkadang pusing.

Trimester3 : Mengeluh sering kencing dan sakit pinggang

b. Pergerakan anak pertama kali : 20 minggu

c. Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : \pm 10 kali (bayi bergerak ketika duduk lalu berdiri, lapar, tidur-tiduran (santai), dan sebelum tidur.

d. Penyuluhan yang sudah didapat :

Nutrisi, istirahat kebersihan diri, aktivitas, tanda bahaya kehamilan, seksualitas, persiapan persalinan.

e. Imunisasi yang sudah di dapat: TT 5 (lengkap)

6) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi

Sebelum hamil : Makan 3x sehari dengan nasi, sayur, lauk, kadang buah.

Minum air putih 5-6 gelas perhari.

Selama hamil :

TM 1 : Makan sedikit karena mual, minum susu ibu hamil 1 gelas perhari, minum air putih 7-8 gelas perhari.

TM 2 : Mulai mau makan dengan porsi agak banyak, minum susu ibu hamil 1 gelas perhari, minum air putih 7-8 gelas perhari.

TM 3 : Makan 3x sehari, teratur dan sering, makan dengan nasi, lauk, sayur dan buah jarang, minum air putih 7-8 gelas perhari.

b. Pola Eliminasi :

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

Selama hamil : BAK 4-5x/hari dengan warna jernih kekuningan, bau khas. BAB \pm 1-2x/hari dengan konsistensi padat, bau khas.

c. Pola Istirahat

Sebelum hamil : Istirahat malam 7-8 jam, pada siang hari \pm 1-2 jam tidur dengan nyenyak dan pulas.

Selama hamil : Istirahat malam 7 jam, pada siang hari jarang dilakukan.

d. Pola Aktifitas

Sebelum hamil : Melakukan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga seperti; menyapu, mengepel, mencuci baju, memasak dll.

Selama hamil : Melakukan pekerjaan ibu rumah tangga, pekerjaan di batasi agar tidak terlalu capek.

e. Pola Seksual

Sebelum hamil : Melakukan hubungan seksual dengan suami 2-3 kali dalam seminggu.

Selama hamil : 1 kali dalam seminggu, terkadang jarang melakukannya.

f. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum hamil : Suami dan anak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak narkoba, tidak konsumsi jamu, ibu tidak mengkonsumsi obat-obatan, dan tidak punya binatang peliharaan.

Selama hamil : Suami dan anak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak narkoba, ibu mengkonsumsi obat hanya dari bidan/dokter saja, tidak konsumsi jamu, dan tidak punya binatang peliharaan.

7) Riwayat Penyakit sistemik yang pernah di deritaibu dan keluarga: tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, hepatitis asma, hipertensi TBC, tidak ada keturunan kembar.

8) Riwayat psiko sosio spiritual.

a. Riwayat emosional.

TM 1 : Ibu mengatakan mudah marah (sensitif).

TM 2 : Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada trimester 2

TM 3 : Mulai cemas menjelang persalinan.

b. Status perkawinan

Kawin : 2 kali Suami ke: 2

Kawin : Pertama Menikah umur : 19 tahun Lamanya : 12 tahun.

Kawin : Kedua Menikah umur : 31 tahun Lamanya : 8 tahun

c. Kehamilan ini : Di rencanakan.

d. Hubungan dengan keluarga : Akrab.

e. Hubungan dengan orang lain : Akrab.

f. Ibadah/spiritual : Patuh, ibu rajin sholat 5 waktu.

g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : Ibu dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ini.

h. Dukungan keluarga : Keluarga sangat mendukung.

i. Pengambil keputusan dalam keluarga : Suami.

j. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin : RSMS.

k. Tradisi : Selama hamil ini ibu tidak pernah melakukan/mengikuti tradisi apapun, biasanya ada selamatan 7 bulanan (hamil ke-1 dan ke-2 mengikuti), selapan (40 hari kelahiran bayi), dan cuplak puser.

l. KB : Ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3bulan selama 5 th sejak ibu melahirkan anak yang ke 6.

2. Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Compos mentis

c. Keadaan emosional : Kooperatif

d. Tanda-tanda vital:

Tensi	: 110/70 mmHg (duduk)
Nadi	: 84 x/menit (duduk)
Suhu	: 36° C (aksila)
RR	: 24 x/menit

e. Antropometri:

BB sebelum hamil	: 82 kg
BB periksa lalu	: 91,5 kg (tanggal 26-3-2014)
BB sekarang	: 93 kg
Tinggi badan	: 159 cm
Lila	: 32 cm

f. Taksiran persalinan : 11 April 2014

2) Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : Simetris, tidak odem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada nyeri tekan
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra, tidak pucat
- c. Rambut : Hitam, tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan pada kepala, rambut tidak rontok, kebersihan baik.
- d. Mulut dan gigi : Bersih, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada epulis.
- e. Telinga : Simetris, bersih, tidak ada serumen, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/ massa/ polip.

- f. Hidung : Bersih, simetris, septumnasi ditengah, tidak ada secret, tidak ada benjolan/ massa/ polip, tidak ada nyeri tekan.
- g. Leher : Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.
- h. Dada : Simetris, bentuk dada normal, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing, tidak ada bekas luka operasi.
- i. Mammae : Simetris, ada pembesaran mammae, tidak ada bekas luka operasi, putting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan.
- j. Abdomen : Bersih, simetris, tidak ada bekas luka jahitan operasi, striae lividae, linea nigra, pembesaran TFU sesuai usia kehamilan.
- Leopold I : Pada fundus uteri teraba lunak, bulat, tidak melenting (bokong), TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat.
- Leopold II : Pada abdomen bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung/puki), pada abdomen bagian kanan teraba bagian kecil janin (ekstermitas).
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, tidak dapat digoyangkan
- Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP, divergen.
- DJJ : 139 x/menit.
- TBJ : $(38-11) \times 155 = 4150$ gram.
- TFU : 38 cm
- k. Genitalia : Bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak ada tanda-tanda PMS, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini dan skene, tidak ada bekas luka jahitan perineum.

1. Ekstermitas :

Atas : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, refleksi patella +/+.

Bawah : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, refleksi patella +/+.

3) Pemeriksaan laboratorium

a. Darah : Tidak dilakukan

b. Urine : Tidak dilakukan

4) Pemeriksaan lain

USG : Tanggal 04 Februari 2014

Hasil Pemeriksaan :

a. Janin : Tunggal, hidup

b. Letak janin : Membujur, U

c. BPD (Biparietal Diameter) : 39 minggu 4 hari

d. FL (femur length) : 33 minggu 2 hari

e. EFW (Estimated Fetal Weight) : 3800 gram

f. Cairan amnion : Cukup

g. Insersi plasenta : Corpus depan

h. Sex : Laki-laki

i. EDC (Estimated Date Of Confinement): 07 April 2014

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G7P₆₀₀₀₆ UK 39 minggu, hidup, tunggal, let.kep, intrauteri, KU ibu baik dengan grande multi.
2. Masalah : Sering buang air kecil, khawatir dan cemas menghadapi persalinan ini.
3. Kebutuhan : Dukungan emosional dengan memberi motivasi pada ibu agar cemas ibu berkurang dan teratasi, dan memberikan HE tentang pola eliminasi.

4.1.3 Antisipasi Terhadap Diagnosa/ Masalah Potensial

Pada bayi : Makrosomia

4.1.4 Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/ Kolaborasi/ Rujukan

Kolaborasi dengan dokter obgyn.

4.1.5 Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 1 jam diharapkan cemas ibu berkurang dan masalah dapat diatasi.

Kriteria hasil : Ibu merasa lebih tenang, cemas dapat teratasi dan berkurang, ibu dapat mengetahui kondisinya beserta bayinya saat ini.

1. Intervensi

- 1) Lakukan pendekatan terapeutik kepada ibu dan keluarga

Rasional : Menjalin hubungan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan sehingga ibu lebih nyaman dengan tindakan yang telah diberikan.

- 2) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasional : Alih informasi terhadap ibu dan keluarga mengenai kondisinya saat ini.

3) Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG

Rasional : Memantau keadaan ibu dan janin dalam pemberian terapi terhadap tindakan lanjutan.

4) Beri motivasi pada ibu dengan menganjurkan ibu untuk melakukan persalinan secara SC

Rasional : Dengan kondisi ibu dan janin saat ini perlu dilakukan persalinan secara SC agar keadaan ibu dan janin baik.

5) Berikan HE tentang : Tanda bahaya persalinan dan tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

Rasional : Deteksi dini tanda-tanda bahaya dan persiapan persalinan dapat mempermudah ibu dan keluarga untuk segera datang ke tempat pelayanan kesehatan.

6) Lakukan informed consent pada pasien

Rasional : Sebagai bukti tanggung gugat profesi.

7) Berikan terapi oral Alinamin F 50 mg

Rasional : Pemberian multivitamin dan dapat mempercepat terjadinya kontraksi

8) Rencanakan kunjungan rumah 3 hari lagi (05 April 2014)

Rasional : Evaluasi pemantauan kondisi ibu dan kesejahteraan janin.

2. Implementasi

Tanggal 02 April 2014 Jam 10:20

1) Melakukan pendekatan terapeutik kepada ibu dan keluarga dengan bahasa yang baik, sopan, dan ramah.

- 2) Memberitahu hasil pemeriksaan : KU/baik, kesadaran composmentis, kooperatif, TTV; TD: 110/70 mmhg, nadi 84 x/mnt, suhu 36° C, pernapasan 24 x/menit, TFU ½ px-pusat (38 cm), puki, DJJ 139x/menit, let.kep, TBJ 4150 gram.
- 3) Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG, advis : menganjurkan ibu untuk melakukan persalinan secara SC.
- 4) Memberi motivasi pada ibu dengan menganjurkan ibu untuk melakukan persalinan secara SC.
- 5) Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya persalinan seperti ; perdarahan pervaginam, bengkak di kaki/tangan/wajah disertai sakit kepala, demam tinggi dan gerakan bayi berkurang, serta persiapan persalinan seperti ; pakaian bersih untuk ibu dan bayi, perlengkapan bayi, biaya persalinan, tempat persalinan.
- 6) Melakukan tindakan informed consent pada pasien, pasien setuju terhadap tindakan dengan bukti tanda tangan pada lembar inform consent.
- 7) Memberikan terapi oral Alinamin F 50mg 1x1.
- 8) Melakukan kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan rumah pada tanggal 05 April 2014, atau menganjurkan ibu kontrol sewaktu-waktu jika ada keluhan.

3. Evaluasi

Tanggal 02 April Jam 11:00 WIB

S : Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang kondisinya dan bayinya saat ini. Ibu telah memahami penjelasan yang telah diberikan dan dapat mengulanginya kembali.

O : Ibu sudah nampak tenang dan kecemasan sudah mulai berkurang

A : G7P₆₀₀₀₆ UK 39 minggu dengan grande multi

P :

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan
- 2) HE tentang persiapan persalinan operasi
- 3) Anjurkan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi.

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Rumah 1 : Tanggal 05 April 2014

S : Ibu mengatakan perutnya masih terasa kenceng-kenceng dan sering buang air besar. Janin bergerak aktif ± 10 kali dalam sehari

O : KU/baik, kesadaran composmentis, kooperatif, TTV; TD: 110/70 mmhg, nadi 86 x/mnt, suhu $36,5^{\circ}$ C, pernapasan 20 x/menit,

TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat (38 cm), puki, DJJ 136x/menit, TBJ 4150 gram

A : G7P₆₀₀₀₆ UK 39 minggu dengan grande multi

P :

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
2. Berikan motivasi tentang persalinan secara SC.
3. Anjurkan ibu untuk kontrol ulang 1minggu lagi atau segera datang ke rumah sakit jika tanda-tanda persalinan sudah mulai dirasakan.

4.2 Persalinan

Tanggal : 01 Mei 2014 Oleh: Luluk Pukul : 23.00 WIB

4.2.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

1) Keluhan utama : Ibu datang mengatakan merasa kenceng-kenceng sejak tanggal 01/05/2014 pukul 22.00 WIB dan mengeluarkan lendir bercampur darah.

2) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi

Saat bersalin : Ibu mengatakan tidak makan apapun karena ibu akan melakukan operasi sesar

b. Pola eliminasi

Saat bersalin : Ibu BAK dengan menggunakan kateter ±150 cc dan tidak BAB

c. Pola istirahat

Saat bersalin : Ibu mengatakan tidak bisa istirahat karena ibu takut akan menghadapi operasi

d. Pola aktivitas

Saat bersalin : Ibu mengatakan aktivitasnya hanya diatas tempat tidur dan miring kiri.

e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Saat bersalin : Ibu mengatakan tidak merokok,tidak minum alkohol,narkoba,obat-obatan,jamu,dan tidak memiliki binatang peliharaan.

2. Obyektif

1) Pemeriksaan umum :

- a. Keadaan umum : Baik
- b. kesadaran : Composmentis
- c. keadaan emosional : Kooperatif
- d. TTV:

Tekanan Darah : 110/70 mmhg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 80 x/menit

RR : 20 x/menit

2) Pemeriksaan fisik (fokus)

- a. Wajah : Simetris, tidak odem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada nyeri tekan.
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra, tidak pucat.
- c. Mamae : Simetris, ada pembesaran mamae, tidak ada bekas luka operasi, putting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan.
- d. Abdomen : Bersih, simetris, tidak ada bekas luka jahitan operasi, striae lividae, linea nigra, pembesaran TFU sesuai usia kehamilan.
Leopold I : Pada fundus uteri teraba lunak, bulat, tidak melenting (bokong), TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat.

Leopold II : Pada abdomen bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung, puki), pada abdomen bagian kanan teraba bagian kecil janin (ekstermitas).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP.

DJJ : 142 x/menit

TFU : 39 cm

TBJ : $(39-11) \times 155 = 4340$ gram

HIS : 2x10'30"

e. Ekstermitas :

Atas : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, reflek patella +/+.

Bawah : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, reflek patella +/+.

f. Pemeriksaan Dalam : Keluar lendir bercampur darah, vulva vagina tidak oedema, VT \varnothing 2cm, eff 20%, ket (-) lakmus (+), UUK kidep, presentasi kepala, H I, tidak teraba bagian terkecil janin.

3) Pemeriksaan laboratorium

a. Darah :

Tanggal : 01 Mei 2014

Hematologi	Hasil	Nilai normal
Hb	10,0	12,0- 16,0 g/dl
Leokosit	7.400	4500- 11.000
Trombosit	246.000	150.000- 450.000
Hematokrit	28,9	38,0- 47,0
Eritrosit	3,89	4,2- 5,40

Faal hemostasis	Hasil	Nilai normal
Waktu perdarahan (BT)	3 menit 30 detik	1-6 menit
Waktu pembekuan(CT)	12 menit 50 detik	6- 15 menit

Gula darah	Hasil	Nilai normal
Sewaktu	94	100- 150 mg/dl

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Tanggal 01 Mei 2014 Jam 23:30

1. Diagnosa : G7P₆₀₀₀₆ UK 43 minggu dengan pre operasi SC dengan grande multi.
2. Masalah : Cemas dan khawatir menghadapi operasi.
3. Kebutuhan : Berikan dukungan emosional dan spiritual kepada ibu dan berikan asuhan sayang ibu.

4.2.3 Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama± 1,5 jam diharapkan masalah dapat teratasi

Kriteria hasil : Ibu merasa lebih tenang, cemas dapat teratasi dan berkurang, ibu dapat mengetahui kondisinya beserta bayinya saat ini.

1. Intervensi

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

Rasional : Alih informasi terhadap tindakan yang telah diberikan.

- 2) Berikan asuhan sayang ibu

Rasional : Ibu merasa nyaman dan dapat mengurangi kecemasan ibu.

- 3) Lakukan observasi TTV

Rasional : memantau kemajuan persalinan dan deteksi dini adanya komplikasi atau penyulit selama persalinan.

4) Lakukan kolaborasi dengan dokter SPOG

Rasional : Sesuai SOP, sebagai tindakan lanjutan.

5) Lakukan tindakan pre-operasi (SC)

- a. Anjurkan pasien untuk puasa
- b. Lakukan pemeriksaan laboratorium
- c. Lakukan skiren (cukur pubis)
- d. Lakukan pemasangan dawer cateter dan infuse
- e. Lakukan skin test amoxan dan salticin + otsu sampai 1cc
- f. Antarkan ibu ke ruang OK

Rasional : Persiapan yang dilakukan sesuai prosedur dapat mempermudah petugas dalam memberikan tindakan medis.

2. Implementasi

1) Tanggal 01 Mei jam 23:15

Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu mengetahui tentang kondisinya saat ini

2) Tanggal 01 Mei jam 23:25

Memberikan asuhan sayang ibu : Membantu ibu BAK dan BAB, mengajarkan tehnik relaksasi agar ibu merasa nyaman dan kecemasan dapat berkurang

3) Tanggal 01 Mei jam 23:30

Melakukan observasi TTV setiap 30 menit : KU ibu baik, composmenstis, kooperatif, TD : 110/70 mmHg, S : 36,5° C, N : 80 x/mnt, RR : 20 x/mnt, DJJ : 142 x/mnt, His : 2x10'30".

4) Tanggal 01 Mei jam 23:35

Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG mengenai hasil observasi dan tindakan pre-op. Kolaborasi dilakukan, dokter memberi advis mengenai tindakan selanjutnya.

5) Tanggal 01 Mei jam 23:50

Melakukan tindakan pre-operasi (SC) :

- a. Tanggal 01 Mei jam 00.00 menganjurkan ibu berpuasa selama 2 jam.
- b. Tanggal 02 Mei jam 00.10 melakukan cek laboratorium darah lengkap (hematologi, faal hemoestasis, gula darah, dan imunoserologi).
- c. Jam 00.20 melakukan skiren
- d. Jam 00.30 memasang dawer cateter dan infuse.
- e. Jam 01.00 melakukan skin test amoxandan salticin 25 + otsu sampai 1cc
- f. Jam 01.50 mengantar ibu ke ruang OK. Tindakan pre-op sudah dilakukan.

3. Lembar Observasi

1) Tanggal 01 Mei jam 23.30

TD : 110/70 mmHg, S : 36,5° C, N : 80 x/mnt, RR : 20 x/mnt, His :
2x10'30", DJJ : 142 x/mnt.

2) Tanggal 01 Mei jam 00.00

His : 2x10'30", DJJ : 144 x/mnt

3) Tanggal 02 Mei jam 00.30

His : 2x10'30", DJJ : 140 x/mnt

4) Tanggal 02 Mei jam 01.00

His : 2x10'30", DJJ : 136 x/mnt, ketuban (-) lakmus (+)

5) Tanggal 02 Mei jam 01.30

His : 2x10'35", DJJ : 150 x/mnt

6) Tanggal 02 Mei jam 02.00

His : 2x10'35", DJJ : 151 x/mnt

4. Evaluasi

Tanggal 02 Mei jam 05:00

S : Ibu bersyukur proses operasi berjalan dengan lancar dan bayi yang dilahirkan selamat serta sehat. Ibu mengeluh nyeri luka jahitan bekas operasi.

O :

Bayi : Bayi lahir SC tanggal 2 Mei 2014 jam 03.05, jenis kelamin laki-laki, BB: 4650 gram, PB : 53 cm, A-S : 8-9, anus (+).

Ibu : Ibu sudah tenang, kecemasan ibu berkurang dan teratasi. TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/m, S: 36,7°C, Rr: 18 x/m, ASI sudah keluar, kontraksi baik dan keras, TFU : setinggi pusat, lochea : rubra ± 80 cc jahitan luka operasi secara vertical, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi, belum flaktus.

A : P₇₀₀₀₇ post SC 2 jam

P :

- 1) Ibu pindah ke kamar nifas jam 07.00
- 2) Anjurkan ibu untuk tetap berpuasa sampai ibu dapat flaktus.
- 3) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan miring kiri.

- 4) Lanjutkan observasi TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, lochea, tanda-tanda infeksi pada bekas luka operasi, fluxsus, flaktus.

4.3 Nifas

Tanggal : 02 Mei Jam : 07:00

4.3.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

- 1) Keluhan Utama : Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan operasi dan masih terasa sakit jika digunakan untuk bergerak miring kanan/kiri.

2) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi

Setelah bersalin : Ibu mengatakan belum makan dan minum karena belum buang angin

b. Pola eliminasi

Setelah bersalin : Ibu BAK dengan kateter \pm 500 cc dan belum BAB

c. Pola istirahat

Setelah bersalin : Ibu tidur ketika bayinya tidur dan tidur malam 6-7 jam/hari.

d. Pola aktivitas

Setelah bersalin : Aktivitasnya masih terbatas serta masih banyak bergantung pada orang lain.

e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Setelah bersalin : Ibu tidak merokok tidak minum alkohol, narkoba, obat-obatan, jamu dan tidak memiliki binatang peliharaan.

2. Obyektif

1) Riwayat persalinan :

Ibu : Kala I selama 2jam50menit, Kala II selama 1 jam 15 menit, tidak ada komplikasi yang terjadi pada ibu, air ketuban \pm 300 cc berwarna jernih.

Plasenta : Maternal/Fetal lengkap, beratnya \pm 500 gr dengan panjang tali pusat \pm 50 cm dan perdarahan selama operasi 250 cc.

Bayi : Lahir secara SC pada hari Jum'at tanggal 02 Mei pukul 03.05 dengan berat badan 4650 gr, panjang 53 cm, AS 8-9. Tidak ada cacat bawaan dan kelainan kongenital, masa gestasi 43 minggu.

2) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : cukup
- b. Kesadaran : compos mentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda–tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg (berbaring)

Nadi : 84 kali/menit (teratur)

RR : 18 Kali/ menit (teratur)

Suhu : 36,7⁰C (aksila)

3) Pemeriksaan Fisik (Fokus)

- a. Wajah : Simetris, tidak odem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada nyeri tekan.
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra, tidak pucat.

- c. Dada : Simetris, bentuk dada normal, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing, tidak ada bekas luka operasi.
- d. Mamae : Simetris, ada pembesaran mamae, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan.
- e. Abdomen : Ada luka bekas operasi terbalut kassa, bentuk luka insisi horisontal, TFU 2 jari dibawah pusat.
- f. Genetalia : Tidak ada oedem, tidak ada pembesaran kelenjar bartholine dan skene, terdapat lochea rubra, perdarahan \pm 80 cc, kateter masih terpasang dengan jumlah urine \pm 200 cc.
- g. Ekstermitas :
 - Atas : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, reflek patella +/+.
 - Bawah : Simetris, tidak odem, tidak ada varises, system pergerakan normal, reflek patella +/+.

4) Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah : Post SC

Hematologi	Hasil	Nilai normal
Hb Post SC	11,8	12,0- 16,0 g/dl

4.3.2 Intrepetasi Data Dasar

1. Diagnosa : P₇₀₀₀₇ post SC 4 jam
2. Masalah : Nyeri luka jahitan post SC dan ibu cemas dengan nyeri yang dirasakan.
3. Kebutuhan : KIE tentang nyeri luka jahitan, mobilisasi dini dan beri dukungan emosional

4.3.3 Antisipasi Terhadap Diagnosa/ Masalah Potensial

Tidak Ada

4.3.4 Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/ Kolaborasi/ Rujukan

Tidak Ada

4.3.5 Merencanakan Asuhan yang Menyuluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan kecemasan ibu berkurang dan teratasi.

Kriteria Hasil : Ibu mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh bidan.

Ibu sudah tenang, kecemasan sudah berkurang dan teratasi.

1. Intervensi

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini.

Rasional : Alih informasi terhadap tindakan yang telah diberikan oleh bidan kepada pasien.

- 2) Jelaskan penyebab nyeri luka jahitan operasi.

Rasional : Keadaan nyeri luka jahitan yang masih basah sehingga ibu masih merasakan nyeri pada bekas luka operasi.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak makan apapun dulu sebelum ibu buang angin.

Rasional : Pencernaan belum siap.

- 4) Anjurkan ibu mobilisasi dini miring kanan dan kiri.

Rasional : Pengembalian tonus otot.

- 5) Anjurkan ibu istirahat yang cukup.

Rasional : Agar kesehatan ibu tetap terjaga.

- 6) Lakukan observasi TTV,UC,TFU dan lochea.

Rasional : Memantau keadaan ibu serta deteksi adanya komplikasi.

- 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik

Amoxicilin, Salticin, Teramicin, Gastridin, Alinamin F, Vit C, Syntocinon, Methergin.

Rasional : Mempercepat proses penyembuhan.

2. Implementasi

Tanggal 02 Mei 2014 Jam 09:00

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini,kondisi ibu saat ini dalam keadaan baik.
- 2) Menjelaskan penyebab nyeri luka jahitan.
- 3) Menganjurkan ibu untuk tidak makan apapun dulu sebelum ibu buang angin.
- 4) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini miring kanan dan kiri.
- 5) Menganjurkan ibu istirahat yang cukup untuk memenuhi kebutuhan istirahatnya
- 6) Melakukan observasi TTV, UC, TFU dan Lochea. TD : 110/70 mmHg, S : 36,7 C, N : 84 x/m, RR 18 x/m, Uc: keras, lochea rubra, tfu 2 jari bawah pusat.
- 7) Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi : Amoxicilin 4x1, Salticin 2x1, Teramil 3x1, Gastridin 2x1, Alinamin F 3x1, Vit C 3x1, Syntocinon 2amp/15 tetes dan Methergin 1amp.

3. Evaluasi

Tanggal 02 Mei 2014 Jam 10:00

S :Ibu mengatakan mengerti tentang penjelasan yang telah diberikan bidan, kecemasan ibu berkurang.

O : Ibu sudah tenang, kecemasan berkurang dan teratasi, TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 18 x/mnt, UC: keras, lochea : Rubra, TFU : 2 jari dibawah pusat.

A :P₇₀₀₀₇post SC 6 jam

P :

- 1) Anjurkan ibu untuk tetap berpuasa sampai ibudapat flaktus.
- 2) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dinidengan miring kanan dan miring kiri.
- 3) Lanjutkan observasi TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, lochea, tanda–tanda infeksi pada bekas luka operasi, fluxsus, flaktus.

Tanggal 05 Mei 2014 Jam 09:00

S :Ibu mengatakan perasaannya sudah lega dan senang karena semuanya berjalan dengan lancar dan ibu masih merasakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi tapi ibu sudah mulai bisa melakukan aktivitas.

O :TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, UC: keras, lochea : Rubra, TFU : 2 jari dibawah pusat.

A :P₇₀₀₀₇post SC 3 hari

P :

- 1) Anjurkan ibu untuk rutin meminum multivitamin yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
- 2) Anjurkan ibu untuk rutin memberikan ASI

- 3) Persiapan ibu untuk pulang jam 10:00
- 4) Anjurkan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Rumah 1 : Tanggal 09 Mei 2014

S : Ibu mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada bekas luka operasi.

O : K/U ibu baik, kesadaran composmentis ibu kooperatif, TD : 120/90 mmHg,

N : 80 x/menit, S 36,8°C, RR : 20 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, wajah tidak oedem, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.

Payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar lancar pada payudara kanan dan kiri.

Abdomen: Ada luka bekas operasi, UC baik. TFU 2 jari bawah pusat.

Genetalia : kebersihan cukup, tidak ada keputihan, terdapat lochea sanguinolenta.

Ekstermitas : tidak ada bengkak.

Pada bayi : S 36.6°C, HR 136 x/menit, RR 48 x/menit, tidak ikterus, tali pusat sudah lepas, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI.

A : P₇₀₀₀₇ post partum 7 hari

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
2. Mengevaluasi pemberian multivitamin apakah diminum atau tidak
3. Memberikan HE tentang imunisasi yang perlu diberikan pada bayi.
4. Menganjurkan ibu untuk segera kontrol ulang di Rumah Sakit Muhammadiyah dan mendapatkan imunisasi BCG bagi bayi, serta memberi tahu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah 1 minggu lagi.

Kunjungan Rumah 2 : Tanggal 16 Mei 2014

S : Ibu mengatakan keadaannya semakin baik, tidak ada keluhan.

O : K/U ibu baik, kesadaran compos mentis ibu kooperatif, TD 120/80 mmHg, N 82 x/menit, S 36,7⁰C, RR 20 x/menit, pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, ibu tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, wajah tidak oedem, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.

Payudara : kebersihan payudara cukup, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar lancar pada payudara kanan dan kiri.

Abdomen: Luka bekas jahitan operasi sudah mulai kering. Kandung kemih kosong

Genetalia : kebersihan cukup, tidak ada keputihan, terdapat lochea serosa.

Ekstermitas : tidak ada bengkak.

Pada bayi : S 36.7⁰C, HR 140 x/menit, RR 48 x/menit, tidak ikterus, tali pusat sudah lepas, tidak berbau, dan tidak ada peradangan, minum ASI.

A : P₇₀₀₀₇ post partum fisiologis 14 hari.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Mengajukan untuk ke pelayanan kesehatan terdekat apabila terjadi komplikasi pada ibu atau bayi.