

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Persalinan

4.1.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subjektif

Pada tanggal : 11 April 2014 oleh : Mahasiswa pukul : 07.30

No register : 0638xx

1) Identitas

Ny. S berumur 33 tahun, beragama Islam, bekerja swasta, dan beralamat di Bulak Banteng. Suami Tn. M, umur 35 tahun, beragama Islam, bekerja swasta, dan beralamat di Bulak Banteng.

2) Keluhan utama (PQRST) :

Pagi tadi jam 05.00 WIB sudah mengeluarkan flek-flek coklat, belum keluar lendir darah dan kencing-kencing sudah dirasakan sejak kemarin. Perkiraan persalinan menurut USG kemarin, tanggal 09 April 2014.

3) Riwayat obstetrik yang lalu :

Tabel 4.1 Riwayat Obstetri yang lalu

Suami ke	kehamilan			persalinan				BBL				Nifas		KB
	hamil ke	UK	Peny.	jenis	Pnlg	Tmpt	Peny.	JK	BB/PB	Hdp/Mt	usia	kead.	Lakt.	
1	HAMIL INI													belum

4) Riwayat kehamilan sekarang

(1) Keluhan :

Trimester 1 : mual-mual, pusing

Trimester 2 : sakit gigi, diare.

Trimester 3 : usia 8 bulan merasakan bengkak di kaki tetapi hilang setelah beristirahat, usia 9 bulan kaki bengkak dan tidak hilang sampai sekarang.

(2) Pergerakan anak pertama kali: 3 bulan

(3) Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir: 4 kali

(4) Penyuluhan yang sudah di dapat: nutrisi, istirahat, cara sujud agar kepala bisa dibawah/tidak sungsang, tanda bahaya kehamilan seperti bila keluar air merembes/ keluar byor, keluar darah dari jalan lahir, pergerakan anak berkurang segera ke RS. Tanda-tanda persalinan bila merasa kenceng-kenceng semakin sering segera datang ke RS atau bila melebihi perkiraan 1 atau 2 minggu belum merasa kenceng-kenceng maka segera datang ke rumah sakit.

(5) Imunisasi yang sudah di dapat : TT1

5) Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola nutrisi :

- a. Sebelum besalin : makan 3x/hari tidak tarak menu nasi, lauk, sayur jarang, buah, minum jarang 4-5 gelas/hari, tidak suka makanan asin.
- b. Saat bersalin : tidak makan dan minum saat di kamar bersalin.

(2) Pola eliminasi :

- a. Sebelum bersalin : BAK teratur 4-5 x/hari warna kuning jernih, dan BAB 2 hari 1x, bentuk keras.
- b. Saat bersalin : BAK spontan 1x sebelum diperiksa warna kuning jernih, dan belum BAB.

(3) Pola istirahat :

- a. Sebelum bersalin : istirahat siang $\frac{1}{2}$ jam/hari dan pada malam hari 7-8 jam/hari.
- b. Saat bersalin : tidak bisa istirahat karena cemas dengan keadaannya sekarang.

(4) Pola aktivitas :

- a. Sebelum bersalin : bekerja sebagai karyawan 8 jam / hari, dan telah mengambil cuti saat usia kehamilan 8 bulan, serta melakukan aktivitas rumah tangga dengan dibantu suami.
- b. Saat bersalin : berbaring di tempat tidur untuk persiapan operasi dan ke kamar kecil 1x sebelum diperiksa.

(5) Pola seksual :

- a. Sebelum bersalin : mengurangi aktivitas seksual dengan suami kadang –kadang 1 bulan 1x dan tidak ada keluhan.
- b. Saat bersalin : tidak dikaji.

(6) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan

- a. Sebelum bersalin : tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol, narkoba, minum jamu, dan obat-obatan selain dari priksa dengan dokter, ibu juga tidak memiliki binatang peliharaan.
- b. Saat bersalin : tidak merokok, tidak minum alkohol dan minum obat hanya obat dari periksa dengan dokter dan ibu tidak memelihara binatang peliharaan.

6) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita:

Asma (-), TBC(-), HT (-), DM (-), Hepatitis (-)

7) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga:

Asma (-), TBC(-), HT (-), DM (-), Hepatitis (-), gemeli (-)

8) Riwayat Psikososiospiritual

(1) Riwayat emosional:

Trimester I : mudah marah

Trimester II : lebih stabil dan tenang

Trimester III : cemas mengetahui keadaan bayinya yang masih
sungsang.

(2) Status perkawinan:

Kawin : 1 kali

Suami ke : 1

Kawin I : Umur 31 tahun, lamanya 2 tahun.

- (3) **Kehamilan ini:** direncanakan
- (4) **Hubungan dengan keluarga:** akrab
- (5) **Hubungan dengan orang lain:** akrab
- (6) **Ibadah/spiritual:** patuh
- (7) **Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya:** ibu dan keluarga senang dengan kehamilannya ini.
- (8) **Dukungan keluarga:** keluarga selalu mendukung dengan memberi semangat, doa, dan selalu menemani ibu.
- (9) **Pengambil keputusan dalam keluarga:** suami
- (10) **Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin:**
Di rumah sakit Muhammadiyah Surabaya ditolong dengan dr. alasannya karena dekat dengan rumah, pelayanannya cepat, baik dan perawatnya ramah
- (11) **Tradisi:** ibu tidak melakukan tradisi apapun selama bersalin.

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaan umum : baik
- (2) Kesadaran : compos mentis
- (3) Keadaan emosional : kooperatif
- (4) Tanda –tanda vital
 - a. Tekanan darah : 130/90 mmHg (berbaring)

- b. Nadi : 82 kali/menit (teratur)
- c. Pernafasan : 20 Kali / menit (teratur)
- d. Suhu : 36⁷ °C

(5) Antropometri

- a. BB sebelum Hamil : 40 kg
- b. BB periksa yang lalu : 52 kg tanggal 18-03-2014
- c. BB sekarang : 54 kg
- d. Tinggi Badan : 151 cm
- e. Lingkar Lengan Atas : 25 cm

- (6) HPHT : 04-07-2013
- (7) Taksiran persalinan : 11-04-2014
- (8) Usia Kehamilan : 39/40 minggu

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- (1) Wajah: tidak pucat dan tidak odem
- (2) Rambut: hitam, tidak rontok, tidak ada nyeri pada kepala.
- (3) Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih, mata tidak odem.
- (4) Mulut & gigi : tidak ada stomatitis, kelembaban bibir cukup, tidak ada caries gigi
- (5) Telinga: simetris, kebersihan cukup, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.
- (6) Hidung: tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada sinusitis.
- (7) Dada dan Mamae: tidak tampak reraksi dada, tidak ada bunyi wheezing/ronchi, tidak ada nyeri tekan. Kedua mamae tampak

mengalami pembesaran, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, tidak teraba adanya massa/benjolan, ASI belum keluar

(8) Abdomen: pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, TFU 3 jari bawah processus xypoides.

a. Leopold I: bagian fundus teraba bundar, keras, dan melenting (kepala).

b. Leopold II: bagian sisi kanan perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung janin).

c. Leopold III: bagian sisi bawah perut ibu teraba lunak, agak bundar, masih dapat digoyangkan .

d. Leopold IV : tidak dilakukan.

e. TFU Mc. Donald: 33 cm

f. TBJ/EFW: $(33-12) \times 155 = 3255$ gram

g. DJJ: (+) 142x/menit

(9) Genetalia: kebersihan cukup, tidak ada condiloma/ PMS lainnya, tidak tampak ada pengeluaran lendir dan darah, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholini.

VT : tidak ada ϕ (pembukaan) oleh bidan.

(10) Ekstremitas atas: odem pada tangan kanan dan kiri, turgor kulit tidak baik, pergerakan masih aktif. Bawah : odem pada pretibia, +/-, kaki kanan dan kiri, pergerakan aktif.

3) Pemeriksaan Laboratorium

(1) Darah: tanggal 11-04-2014 hasil :

Hb hasil 10,1 g/dL nilai normal 12,0-16,0 g/dL

Leukosit hasil 8900 nilai normal 4500-17000

Trombosit hasil 194000 nilai normal 160000-4500000

Hematocrit hasil 29,7 nilai normal 38,0-47,0

Eritrosit hasil 3,85 nilai normal 4,20-5,40

Gula darah sewaktu hasil 95 mg/dL nilai normal 100-150 mg/dL

Immunoserologi HbsAg hasil negatif (-) nilai normal negatif (-)

(2) Urine : tanggal 11-04-2014 hasil :

Protein urin positif lemah (+1) nilai normal negatif (-)

4) Pemeriksaan lain :

(1) USG : tanggal 03-03-2014 tunggal, jalan lahir normal, letak sungsang, AFI 9, EFW 2100 gr, BPD 91, FL 64, DJJ (+).

(2) NST : tidak dilakukan

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa: GIP00000 Usia kehamilan 39/40 minggu tunggal hidup, letak sungsang intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan bayi baik dengan preeklampsia ringan (PER)
2. Masalah: cemas dengan keadaannya sekarang
3. Kebutuhan: berikan asuhan sayang ibu dengan dukungan emosional, KIE tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

4.1.3 Identifikasi diagnosa/masalah potensial

1. **Bagi ibu** : preeklampsia berat
2. **Bagi bayi** : asfiksia neonatorum

4.1.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Kolaborasi dengan dr. SpOG untuk tindakan selanjutnya.

4.1.5 Intervensi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1x30 menit

diharapkan ibu mengerti dengan kondisinya sekarang.

Kriteria Hasil: ibu mengatakan telah mengerti dengan kondisinya saat ini

dan ibu mau mengikuti saran dokter.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasionalisasi : Hak pasien memperoleh informasi mengenai keadaannya saat ini.

2. Berikan dukungan moril pada ibu dan anjurkan ibu untuk berdoa

Rasionalisasi : dengan motivasi dan berdoa diharapkan dapat membantu ketenangan jiwa ibu.

3. Kolaborasi dengan dr.SpOG

Rasionalisasi : fungsi independent bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

4. Lakukan inform consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Rasionalisasi : bukti tertulis mengenai persetujuan tindakan yang akan dilakukan.

4.1.6 Implementasi

1. Hari Jum'at, tanggal 11 April 2014 jam 07.45 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu kurang baik, tensi tinggi 140/90 mmHg, posisi janin juga masih sungsang, sudah diperiksa dalam dan tidak ada pembukaan dan perkiraan persalinan USG tanggal 10-4-2014.
- 2) Memberikan dukungan moril pada ibu dan anjurkan ibu untuk berdoa, agar diberikan jalan terbaik untuk ibu dan bayi.
- 3) Melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG untuk tindakan selanjutnya sectio caesarea.

2. Hari Jum'at, tanggal 11 April 2014 jam 07.50 WIB

- 1) Melakukan informed consent tindakan operasi SC dan tindakan pemasangan infus, selang kateter.
- 2) Melakukan persiapan pre operasi :
 - (1)KIE pasien untuk puasa mulai sekarang.
 - (2)Mengganti baju ibu dengan baju operasi.
 - (3)Memasang infus RL sampai kolf ke 3.

- (4)Skin test antibiotic intermoxil.
- (5)Skurent.
- (6)Memasang selang kateter.
- (7)Melihat reaksi alergi, hasil negatif (-).
- (8)Injeksi intermoxil 1 gr IV.

4.1.7 Evaluasi

Evaluasi SOAP tanggal 11 April 2014 jam 08.45 WIB

S :ibu mengatakan telah mengerti dengan keadaannya sekarang dan mau mengikuti saran petugas untuk puasa sebelum operasi.

O : Keadaan umum baik, terpasang infus RL kolf ke 3 ditangan kiri , pada lengan tangan kanan terlihat bekas skin test intermoxil, terpasang selang kateter tetap, ibu memakai baju operasi

A : GIP0-0 Usia kehamilan 39/40 minggu tunggal hidup, intrauterine, keadaan umum ibu dan bayi baik dengan letak sungsang dan preeklampsia ringan (PER) + Pre Operasi sectio caesarea

P : memindahkan pasien ke ruang operasi.

4.2 Nifas

4.2.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subjektif

Pada tanggal: 11-04-2014 oleh: mahasiswa pukul: 14.00

1) Keluhan Utama

Nyeri pada bekas operasi, bila bergerak semakin sakit dan belum berani bergerak.

2) Riwayat Obstetri Yang Lalu

Tabel 4.2 Riwayat Obstetri Yang Lalu Nifas

No	Kehamilan		Persalinan				BBL				Nifas	Lakt
	UK	Peny.	Jenis	Pnl g	Tm pt.	Peny .	J K	BB /P B	Hd p/ Ma ti	Usi a	Kea d.	
1	9	sun g-san g	SC	dr.	RS. Mu h. Sby	Sun g-sang Tensi ting gi	♂	350 0 gr 50 cm	Hd p	6 ja m	Baik	Belu m

3) Pola Kesehatan Fungsional

1) Polanutrisi :

(1) Sebelum operasi : puasa

(2) Setelah operasi : masih puas karena belum kentut.

2) Pola eliminasi :

(1) Sebelum operasi : BAK 1x spontan warna kuning jernih dan belum BAB.

(2) Setelah operasi : Masih terpasang selang kencing dan belum BAB.

3) Pola istirahat :

- (1) Sebelum operasi : tidak bisa istirahat karena cemas akan dioperasi.
- (2) Setelah operasi : belum beristirahat karena nyeri pada bekas operasi.

4) Pola aktivitas :

- (1) Sebelum operasi : tidak melakukan aktivitas apapun selain berdoa sebelum operasi, karena sudah terpasang infus dan selang kencing.
- (2) Setelah operasi : belum berani bergerak karena takut semakin sakit pada bekas operasi.

4) Riwayat Psikososiospiritual

- (1) Riwayat Emosional : cemas dengan keadaannya karena tensi masih tinggi
- (2) Respon ibu dan keluarga terhadap bayinya: ibu dan keluarga sangat senang dengan kelahiran bayinya
- (3) Tradisi: keluarga memiliki tradisi mengubur ari-ari dengan diberi lampu dan bunga di atasnya.

2. Data Objektif

1) Riwayat Persalinan:

- (1) Ibu : persalinan secara SC atas indikasi letak sungsang primigravida dan preeklampsia ringan oleh dr.SpOG
- (2) Bayi : lahir SC tanggal 11-04-2014 jam 09.32 WIB, BB 3500 gr, PB 50cm, A-S 8-9, cacat bawaan tidak ada, anus (+), bayi berada di ruang neonatus.

2) Pemeriksaan Umum:

(1) Tekanan darah: 140/100 mmHg (berbaring)

(2) Nadi: 84x/menit (teratur)

(3) Suhu: 36²⁰C (aksila)

(4) Pernafasan: 20 x/menit (teratur)

3) Pemeriksaan Fisik:

(1) Mata : konjungtiva putih sedikit merah (agak pucat) dan tidak odem, sclera putih.

(2) Mamae : puting susu menonjol, ASI belum keluar.

(3) Abdomen: terlihat bekas operasi tertutupi kasa dan sangofix, tidak tampak ada rembesan, ada nyeri tekan di daerah sekitar luka, UC keras, TFU 2 jari bawah pusat.

(4) Genetalia : terlihat selang kateter tetap dan urobag terpasang, urintampung 700 cc, terlihat pengeluaran pervaginam warna merah gelap (lochea rubra 30 cc), kebersihan cukup.

(5) ekstremitas atas : terpasang infus RL kolf pertama drip vit C dan syinto 35 tetes per menit, ekstremitas bawah : odem pada pretibia, kedua kaki.

4) Pemeriksaan Laboratorium: Hb post SC 9,2 g/dL nilai normal 12-16 g/dL tanggal 11-04-2014. Protein urin + lemah tanggal 11-04-2014.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa: P10001 post SC hari pertama dengan preeklampsia ringan.
2. Masalah: cemas dengan keadaannya saat ini
3. Kebutuhan: KIE tentang keadaan ibu saat ini.

4.2.3 Identifikasi diagnosa/masalah potensial:

Ibu: potensial terjadi preeklampsia berat, eklampsia

4.2.4 Identifikasi kebutuhan/tindakan segera/kolaborasi/rujukan:

Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi

4.2.5 Intervensi

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1x20 menit diharapkan ibu mengerti dengan kondisinya sekarang.

Kriteria hasil: ibu mengatakan telah mengerti dengan kondisinya saat ini, ibu dapat mengulang kembali penjelasan petugas.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rasionalisasi: Hak pasien memperoleh informasi mengenai keadaannya saat ini.

2. Jelaskan penyebab nyeri pada bekas operasi.

Rasionalisasi: Nyeri bekas luka operasi adalah hal normal setelah operasi yang perlu dijelaskan pada ibu agar ibu tidak cemas.

3. Ajarkan teknik relaksasi.

Rasionalisasi: Salah satu cara mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam

4. Anjurkan ibu untuk beristirahat dengan posisi kaki lebih tinggi.

Rasionalisasi: Dengan posisi kaki lebih tinggi peredaran darah dan timbunan cairan pada tubuh bagian bawah dapat lancar.

5. Beri HE tentang:

1) Mobilisasi dini

Rasionalisasi: mobilisasi dini membuat pemulihan berjalan lebih mudah dan agar tidak terjadi tromboflebitis karena seringnya berbaring di tempat tidur.

2) Personal hygiene

Rasionalisasi: menjaga kebersihan diri memberikan kenyamanan dan terhindar dari infeksi.

3) Nutrisi

Rasionalisasi: dengan pola nutrisi yang benar setelah operasi dapat mempercepat proses pemulihan.

6. Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi

Rasionalisasi: fungsi independent bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

4.2.6 Implementasi

1. Hari Jum'at tanggal 11 April 2014 jam 14.05 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, keadaan ibu kurang baik, tensi masih tinggi, keadaan luka operasi baik tidak terlihat tampak ada rembesan, tetapi kaki dan tangan ibu bengkak.

- 2) Menjelaskan penyebab nyeri pada bekas operasi adalah akibat sayatan benda tajam dan baru dirasakan sakit setelah kerja dari obat bius habis.
- 3) Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang dan pelan-pelan dikeluarkan melalui mulut untuk membantu mengurangi rasa nyeri.
- 4) Menganjurkan ibu untuk beristirahat dengan posisi kaki lebih tinggi dari kepala bisa dengan diganjal bantal agar peredaran darah lancar.

2. HariJum'attanggal 11 April 2014 jam 14.10 WIB

1) Memberi HE tentang :

(1) Mobilisasi dini, secara bertahap ibu harus berlatih untuk bergerak dengan miring kanan dan ke kiri terlebih dahulu dengan dibantu keluarga, setelah mampu gerakan boleh ditambah dengan belajar duduk.

(2) Personal hygiene, dengan teratur meminta bantuan keluarga atau petugas untuk sering mengganti pembalut bila dirasa sudah penuh atau setelah selesai BAK.

(3) Memberikan HE tentang nutrisi sesuai advice dr.SpOG 6 jam setelah operasi ibu boleh minum sedikit-sedikit meskipun belum kentut, kemudian makan makanan halus seperti bubur, jadi makanan yang dimakan bertahap dari yang bentuknya halus bila tidak muntah sedikit-sedikit dicoba makanan kasar seperti nasi halus.

- 2) Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi: mengganti cairan RL kolfkedua drip vit C dan syinto 35 tetes per menit.

4.2.7 Evaluasi

Evaluasi SOAP tanggal 11 April 2014 jam 14.20 WIB

S : ibu mengatakan telah mengerti dengan penjelasan petugas dan mengerti keadaanya sekarang.

O: ibu dapat mengulang kembali penjelasan petugas, keadaan umum baik.

A: P10001 post SC hari ke-1

P: HE tentang perawatan payudara dan ASI

Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam terapi selanjutnya : Injeksi Termol 3x1, InjeksiAcran 2x1, InjeksiAlinamin F 3x1, Inbion 2x1.