

## **BAB 4**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **4.1 Persalinan**

Pengkajian dilakukan oleh : Laylia Nur Rosyida

Pada : 26 April 2014, pukul : 20.00 WIB

Di RSI Darus Syifa Benowo Surabaya

#### **1. SUBYEKTIF**

##### **1) Identitas**

Nama ibu Ny “S” usia 24 th, agama islam, pendidikan terakhir Diploma, pekerjaan IRT, nama suami Tn “S” usia 34 th, agama islam, pendidikan terakhir Sarjana, pekerjaan swasta, alamat Menganti-Gresik

##### **2) Keluhan Utama**

Ibu mengatakan sering sakit kepala, serta wajah, tangan dan kakinya bengkak sejak 2 minggu yang lalu

##### **3) Riwayat Kebidanan**

###### **a. Riwayat menstruasi**

Menarche 14 tahun, lama haid 5 hari, dengan pengeluaran darah sehari ganti pembalut 3 kali, ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri perut.

HPHT : 03-08-2013

###### **b. Riwayat KB**

Ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan dan KB suntik 1 bulan.

#### 4) Riwayat Obatetri Yang Lalu

**Tabel 4.1 Data Riwayat Yang Lalu**

Suami Ke	Kehamilan			Persalinan				BBL			Nifas	
	Hamil Ke	UK	peny	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	BB/PB	H/M	kead	Lak
1	1	Aterm	-	sptB	Bidan	BPS	-	♀	3200gr/ 49cm	H	Baik	Ya
	2	Abortus UK 2 bulan, curatte pada 2013 o/ dokter di RSAL										
	3	HAMIL INI										

#### 5) Riwayat kehamilan sekarang

- Trimester I : Mual-muntah, kadang-kadang pusing
- Trimester II : Tidak ada masalah
- Trimester III : Merasa sering pusing pada kehamilan usia tua,  
bengkak pada kaki dan tangan

6) Pergerakan anak pertama kali : 4 bulan

7) Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : 4-5 kali

#### 8) Pola kesehatan fungsional

##### a) Pola Nutrisi

Ibu kadang-kadang mengonsumsi masakan yang asin. Ibu suka makan makanan yang bersantan. Minum air putih  $\pm 1000$  cc per hari serta minum susu ibu hamil 2 gelas per hari, tidak teratur.

##### b) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan sering buang air kecil  $\pm 5-6$  kali sehari konsistensi urin kuning jernih, volume sedang dan buang air besar sehari sekali teratur konsistensi tinja normal.

## c) Pola Istirahat

Pola istirahat dan tidur ibu, yaitu  $\pm 7$  jam pada malam hari, serta ibu selalu meluangkan waktunya untuk tidur siang 1-2 jam (tidak teratur).

## d) Pola Aktivitas

Ibu melakukan aktivitas didalam rumah saja, mengerjakan pekerjaan rumah tangga (menyapu, memasak, mencuci serta merawat anak) dibantu oleh keluarga dan suami.

## e) Pola kebiasaan

Ibu tidak memiliki kebiasaan seperti merokok, minum-minuman beralkohol, mengkonsumsi obat-obatan psikotropika, maupun kebiasaan minum jamu-jamuan.

**9) Riwayat penyakit kesehatan ibu dan keluarga**

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit, seperti hipertensi, asma, DM, serta hepatitis. Dari keluarga atau orang tua ibu juga tidak memiliki riwayat penyakit tersebut.

**10) Riwayat psiko-social-spiritual**

Ibu termasuk golongan menengah keatas. Pasien bertempat tinggal disebuah perumahan dan lingkungan yang bersih dan terjaga.

**2. OBYEKTIF****1) Antropometri**

BB sebelum hamil	: 54 kg
BB periksa yang lalu	: 74 kg (03/04/2014)
BB sekarang	: 84 kg (26/04/2014)
Tinggi badan ibu	: 156 cm
LILA	: 29 cm

## 2) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : compos mentis
- c) Tanda-tanda vital
  - Tekanan darah : 170/100 mmHg
  - Nadi : 84 kali/menit
  - Suhu : 36,4 °C
  - Pernapasan : 22 kali/menit
- d) Taksiran persalinan
  - Taksiran persalinan : 10/05/2014 (Berdasarkan USG)

## 3) Pemeriksaan Fisik

- a) Wajah : wajah tampak oedem, tidak terlihat pucat
- b) Mata : simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterus
- c) Mamae : simetris, hyperpigmentasi pada areola, tidak terdapat benjolan pada payudara
- d) Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan

### Palpasi Abdomen

#### **Palpasi Leopold I**

Teraba lunak, kurang bundar, tidak melenting. Dibagian fundus teraba bokong janin. TFU 2 jari bawah Prosesus Xipodeus.

#### **Palpasi Leopold II**

Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin (puka)

### **Palpasi Leopold III**

Bagian terendah janin teraba keras, bundar dan melenting, tidak dapat digoyangkan. Bagian terendah janin kepala sudah masuk PAP ⊕

### **Palpasi Leopold IV**

Divergen. Kepala janin sudah masuk PAP ⊕

**TFU Mc. Donald** : 33 Cm

**TBJ** :  $(33-11) \times 155 = 3.410$  gram

**DJJ** : + 153 kali/menit

#### **(4) Pemeriksaan Laboratorium**

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 26 April 2014

- a. Darah : Hb : 11,2 gr%
- b. Protein Urine : (++)
- c. Pemeriksaan Ultrasonografi

Pada tanggal 26/04/2014 pukul 20.00 WIB, didapatkan hasil USG, sbb;  
Janin tunggal, hidup, letak kepala, usia kehamilan 38/39 minggu, cairan amnion cukup, plasenta di fundus, jenis kelamin perempuan, taksiran persalinan 10 Mei 2014.

### **3. ASSESMENT**

#### **1. Interpretasi data dasar**

- 1) Diagnosa :

G<sub>III</sub>P<sub>100011</sub>, usia kehamilan 38 minggu, tunggal, hidup, letak kepala ⊕, intrauteri, kesan jalan lahir normal, K/U ibu dan janin baik dengan Pre-Eklampsia Berat.

- 2) Masalah : ibu cemas karena oedem pada wajah, tangan dan kaki
- 3) Kebutuhan:
  - a. Informasi yang cukup mengenai keadaan kehamilannya
  - b. Dukungan emosional
  - c. Pemenuhan nutrisi dan cairan

## **2. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial**

Eklampsia

## **3. Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk tindakan selanjutnya dan pemberian terapi.

## **4. PLANNING**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 4 jam diharapkan tekanan darah ibu normal.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu menurun.

Pada tanggal 26 april 2014, pukul 20.00 WIB

### **Intervensi**

- (1) Jelaskan pada ibu mengenai kondisinya saat ini
 

Rasional : ibu mengerti penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan
- (2) Berikan fasilitas infom consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan
 

Rasional : tanggung gugat dalam hukum
- (3) Lakukan pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium
 

Rasional : menegakkan diagnosa pada ibu

- (4) Berikan asuhan kasih sayang ibu pada klien
  - a. Berikan dukungan emosional  
Rasional : dukungan emosional yang adekuat akan dapat menjadikan ibu lebih tenang dalam menghadapi proses perawatan
  - b. Berikan posisi senyaman mungkin pada ibu  
Rasional : ibu menjadi lebih nyaman sehingga mengurangi rasa cemas
  - c. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup  
Rasional : makanan ringan dan asupan cairan yang cukup akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi
- (5) Lakukan kolaborasi dengan dokter SPOG  
Rasional : jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan / atau bayinya.

### **Implementasi**

Pada tanggal 26/04/2014

- (1) Menjelaskan pada ibu mengenai kondisinya saat ini  
Menjelaskan semua hasil pemeriksaan serta memastikan kondisi ibu dan janinnya masih dalam keadaan yang baik.
- (2) Memberikan fasilitas infom consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan  
Ibu dan keluarga memberikan kepercayaan kepada petugas kesehatan untuk dilakukan tindakan medis.
- (3) Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium
- (4) Memberikan asuhan kasih sayang ibu
  - a. Memberikan dukungan emosional pada ibu

Dukungan emosional dapat diberikan berupa memberi semangat dan support, meyakinkan ibu bahwa ibu pasti dapat melewati keadaan ini, menunggu saat proses persalinan.

b. Memberikan posisi nyaman mungkin pada ibu

Menyarankan pada ibu untuk tidur miring kiri, sebab disebelah kanan terdapat vena cava superior dimana vena ini berperan untuk mengalirkan oksigen ke janin.

c. Memberi nutrisi dan cairan yang cukup

Memberikan roti sobek ringan dan setengah botol air putih

(5) Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG

Hasil konsultasi didapatkan, pada ibu Pre-Eklampsia Berat perlu dilakukan perawatan aktif

1. Perawatan aktif dilakukan diruang bersalin.
2. Pasang infus RL 500cc kosong (20 tetes/menit)
3. Diberikan anti hipertensi, yaitu nifedipine ¼ dosis 10mg secara sublingual
4. Dilanjutkan pemberian misoprostol (cytotec ¼ dosis 250mg/vaginam)
5. Melakukan pemeriksaan Non Stress Test

Tabel 4.2 Lembar Observasi

Tanggal	Jam	His	DJJ	TTV	Keterangan
26/04/2014	20.00 WIB	-	153	TD : 175/106 Nadi : 84x/m RR : 22x/m	Ibu tirah baring diruang bersalin, dilakukan pemeriksaan NST. Hasil NST : kesejahteraan janin baik.
	20.25 WIB	-	-	-	Pasang infus RL 500cc kosongan 20 tpm, berikan antihipertensi (nifedipine) ¼ dosis 10mg sublingual.
	20.55 WIB	-	144	TD : 130/90 Nadi : 87x/m RR : 22x/m	Berikan misoprostol (cytotec ¼ bagian/vag).
	23.00 WIB	1 x 10 <sup>''</sup>	148	TD : 177/104 (digital) TD : 170/110 (manual)	VT Ø 1cm, eff 25%, ket (+) Bidan lapor tim dokter SpOG.
27/04/2014	01.00 WIB	1 x 10 <sup>''</sup>	151	TD : 174/109 Nadi : 82x/m RR : 21x/m Ref. Pattela : + / +	Memberikan anti kejang, MgSO <sub>4</sub> 20% dosis awal 4gr i.v, MgSO <sub>4</sub> 40% dosis ulang 10gr i.m. Ibu memakai oksigen 3lt dengan menggunakan masker

### **Evaluasi dan catatan persalinan**

Pada tanggal 27 april 2014, pukul 09.00 WIB di ruang bersalin

- S : Ibu mengatakan tegang karena akan menghadapi proses persalinan secara operasi.
- O : K/U ibu cukup, TTV, TD: 160/90 mmHg, Nadi: 87 kali/menit, RR: 22 kali/menit, his 1 x 10", DJJ: 146 kali/menit, pada tangan kiri terpasang infus RL 500cc kosongan 20 tpm, wajah, tangan dan kaki tampak oedem.
- A : G<sub>III</sub>P<sub>100011</sub>, usia kehamilan 38 minggu, tunggal, hidup, letak kepala, intrauteri, kesan jalan lahir normal, K/U ibu dan janin baik dengan Pre-Eklampsia Berat.
- P :
1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu saat ini
  2. Memberikan asuhan kasih sayang ibu
    - a. Berikan dukungan emosional
    - b. Berikan posisi yang nyaman pada ibu
  3. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG. Persiapan tindakan Sectio Caesarea, skin test, skiren, pasang kateter tetap. Pada pukul 09.10 WIB pasien masuk kamar operasi.
  4. Pada tanggal 27 april 2014, pukul 10.05 bayi lahir secara SC oleh Dr. Rini SpOG, ketuban jernih, Jk perempuan, BB; 3400 gram, PB: 50 cm, AS: 7-8, anus (+), kelainan (-).
  5. Pada pukul 13.00 WIB pasien pindah ke ruang nifas.

## 4.2 Nifas

### 1. SUBYEKTIF

#### 1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan nyeri luka operasi operasi.

Pola Kesehatan Fungsional

##### a) Pola nutrisi :

Ibu puasa terlebih dahulu sebelum ibu flatus, kemudian setelah flatus ibu diperbolehkan makan bubur halus untuk memulihkan fungsi usus.

##### b) Pola eliminasi :

Ibu BAK menggunakan kateter tetap, ibu belum BAB

##### c) Pola aktivitas :

Ibu melakukan mobilisasi dini, miring kanan/ kiri guna untuk pemulihan bertahap.

### 1. OBYEKTIF

#### 2. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Lemah

b) Kesadaran : Compos Mentis

##### c) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 150/90 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Pernafasan : 22 kali/menit

#### 3. Pemeriksaan Fisik

a) Wajah : Sedikit sembab, tidak tampak pucat

b) Mata : Simetris, Konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterus

- c) Mulut : Bibir tidak pucat, mukosa bibir lembab
- d) Mamae : Simetris, hyperpigmentasi, kolustrum sudah keluar jika dilakukan pemijatan pada areola dan puting.
- e) Abdomen : Terdapat luka operasi, luka operasi tertutup kassa steril, luka operasi tidak merembes, UC keras, TFU setinggi pusat.
- f) Genetalia : Terpasang kateter urin, dalam urobag terisi 250 cc, terdapat alas underpad, kotor oleh lochea rubra, warna merah segar, volume  $\pm 100$  cc, tidak ada luka pada perineum.
- g) Ekstremitas : Pada tangan ibu terpasang infus, tampak oedem dan pada kaki ibu masih tampak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan

### 3. ASSESMENT

#### 1. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : P<sub>200012</sub> 2 jam post SC dengan Pre-Eklampsia Berat
- 2) Masalah : Nyeri luka operasi
- 3) Kebutuhan :
  - a. Info yang jelas mengenai ibu post SC
  - b. Mobilisasi dini (miring kanan, miring kiri)
  - c. Dukungan emosional

## 2. Antisipasi Diagnosa Masalah Potensial

Perdarahan post SC, kejang mendadak setelah operasi

## 3. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk tindakan lebih lanjut

## 4. PLANNING

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  15 menit diharapkan ibu dapat memahami penjelasan dari bidan dan dapat menjalankan masa nifas dengan baik dan tanpa adanya keluhan yang mencemaskan pasien.

Kriteria Hasil : keadaan umum ibu baik, TTV dalam keadaan normal, luka operasi tidak merembes, tidak terjadi komplikasi.

### Intervensi

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Rasional : ibu dan keluarga mengerti penjelasan bidan

- 2) Lakukan observasi, TTV, kontraksi uterus, luka operasi, serta jumlah perdarahan.

Rasional : memantau kondisi ibu, serta mencegah terjadinya komplikasi post SC

- 3) Berikan HE mengenai mobilisasi dini

Rasional : pemulihan bertahap

- 4) Berikan terapi sesuai advise dokter

Rasional : mencegah terjadinya kejang mendadak pada ibu post SC

### Implementasi

- 1) Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

- 2) Melakukan observasi. TTV, kontraksi uterus, luka operasi, serta jumlah perdarahan untuk memantau kondisi ibu post SC atas indikasi PEB
- 3) Memberikan HE mengenai mobilisasi dini  
Anjurkan ibu untuk miring kanan dan miring kiri, merupakan proses pemulihan bertahap pada ibu post SC
- 4) Memberikan terapi sesuai advise dokter, yaitu melakukan perawatan aktif post SC atas indikasi PEB

## 5. Evaluasi dan Catatan Perkembangan

### Pengakajian pada tanggal 27/04/2014, pukul 13.30 WIB

Ibu datang dari kamar operasi

- S : ibu mengatakan sudah bersendawa, nyeri luka bekas operasi, perut masih terasa mules, serta ibu merasa lemas
- O : K/U ibu cukup, wajah tampak oedem, TD: 130/80 mmHg, 37 °C, nadi: 84 kali/menit, RR: 22 kali/menit, UC: keras, TFU setinggi pusat, luka operasi tertutup oleh kassa steril, tidak merembes, genitalia terpasang kateter tetap, terpasang alas underpad, kotor oleh lochea rubra, volume  $\pm 100$ cc, ekstremitas atas sebelah kiri terpasang infus RL drip oksitosin 1amp 24 tpm, masih tampak oedem, ekstremitas bawah masih tampak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.
- A : P<sub>200012</sub> 2 jam post SC atas indikasi Pre-Eklampsia Berat
- P :
- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
  - 2) Melakukan observasi TTV, UC, TFU, Fluxus

- 3) Mengajarkan ibu mobilisasi dini, miring kanan dan miring kiri, proses pemulihan bertahap
- 4) Menyeka ibu, mengganti pakaian ibu dengan yang bersih, memakaikan pembalut.
- 5) Berikan HE mengenai pola nutrisi  
Anjurkan ibu mengonsumsi bubur halus terlebih dahulu untuk memulihkan fungsi usus pasca operasi
- 6) Memberikan terapi sesuai advise dokter  
Injeksi MgSO<sub>4</sub> 40% 10 gr secara i.m, bokong kanan / kiri masing-masing 5 gr. (ibu memakai oksigen masker 3lt)
- 7) Ibu rawat gabung dengan bayinya

**Pengakajian pada tanggal 27/04/2014, pukul 16.00 WIB**

- S : ibu mengatakan sudah flatus, bekas luka operasi masih terasa nyeri
- O : K/U ibu cukup, wajah tampak oedem, TD: 150/90 mmHg, 37 °C, nadi: 89 kali/menit, RR: 22 kali/menit, UC: keras, TFU setinggi pusat, luka operasi tertutup oleh kassa steril, tidak merembes, genitalia terpasang kateter tetap, ibu memakai pembalut, kotor oleh lochea rubra, volume ±100cc, ekstremitas atas bagian kiri terpasang infus RL kosongan 20 tpm, masih tampak oedem, ekstremitas bawah masih tampak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.
- A : P<sub>200012</sub> 6 jam post SC atas indikasi Pre-Eklampsia Berat
- P :
- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
  - 2) Melakukan observasi TTV, UC, TFU, Fluxus

- 3) Mengajarkan ibu mobilisasi dini, miring kanan dan miring kiri, proses pemulihan bertahap
- 4) Berikan HE mengenai pola nutrisi  
Ibu sudah boleh makan nasi tim porsi cukup dengan lauk pauk dan sayur, serta diet tinggi protein rendah karbohidrat dan rendah garam
- 5) Memberikan terapi sesuai advise dokter
  - a) Memberikan anti hipertensi nifedipine 10 mg 1x1 peroral
  - b) Pemberian MgSO<sub>4</sub> 40% 10 gr secara i.m, bokong kanan / kiri masing-masing 5 gr, diberikan pada pukul 19.00 WIB
  - c) Injeksi antibiotik (cefotaxim) / bolus 1amp diberikan pada pukul 20.00 WIB
  - d) Injeksi analgesik (antrain) / bolus 1amp diberikan pada pukul 20.00 WIB

**Pengakajian pada tanggal 28/04/2014, pukul 16.00 WIB**

- S : ibu mengatakan nyeri luka bekas operasi sudah berkurang
- O : K/U ibu cukup, wajah tidak oedem, TD: 130/80 mmHg, 37 °C, nadi: 84 kali/menit, RR: 22 kali/menit, UC: keras, TFU 2 jari bawah pusat, luka operasi tertutup oleh kassa steril, tidak merembes, genetalia terpasang kateter tetap, ibu memakai pembalut, kotor oleh lochea rubra, volume ±100cc, ekstremitas atas bagian kiri terpasang infus RL kosongan 20tpm masih tampak oedem, ekstremitas bawah masih tampak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.
- A : P<sub>200012</sub> post SC hari ke 1 dengan Pre-Eklampsia Berat
- P :
- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan

- 2) Melakukan observasi TTV, UC, TFU, Fluxus
- 3) Mengajarkan ibu mobilisasi dini, latihan duduk, dan menyusui bayinya dengan baik dan benar
- 4) Mengganti kassa penutup luka operasi dengan currapor, tidak merembes, aff infus, aff kateter
- 5) Menyeka ibu, mengganti pakaian ibu dengan yang bersih, memakaikan pembalut
- 6) Menginformasikan pada ibu bahwa besok pagi sudah boleh mandi sendiri tanpa takut luka terkena air, karena sudah diganti dengan plaster anti air (currapor)
- 7) Memberikan HE mengenai pola nutrisi, yaitu diet tinggi protein rendah karbohidrat, rendah garam
- 8) Memberikan terapi oral
  - a. Antibiotik (3x1)
  - b. Asam mefenamat (3x1)
  - c. Fe (1x1)
  - d. Nifedipine (1x1)

**Pengakajian pada tanggal 29/04/2014, pukul 12.00 WIB**

S : ibu mengatakan senang bisa pulang hari ini

O : K/U ibu baik, wajah tidak oedem, TD: 130/90 mmHg, 37,2 °C, nadi: 82 kali/menit, RR: 21 kali/menit, UC: keras, TFU 2 jari bawah pusat, luka operasi tertutup oleh currapor, tidak merembes, genitalia tidak ada luka perineum, ibu memakai pembalut, kotor oleh lochea rubra, volume ±100cc, ekstremitas atas dan bawah oedem berkurang, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.

A : P<sub>200012</sub> post SC hari ke 2 dengan Pre-Eklampsia Berat

P :

- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
- 2) Melakukan observasi TTV, UC, TFU, Fluxus
- 3) Mengajarkan ibu mobilisasi dini, latihan duduk, dan menyusui bayinya dengan baik dan benar
- 4) Mengganti kassa penutup luka operasi dengan currapor, tidak merembes
- 5) Memberikan HE mengenai pola nutrisi, yaitu diet tinggi protein rendah karbohidrat, rendah garam
- 6) Memberikan terapi oral
  - a. Antibiotik (3x1)
  - b. Asam mefenamat (3x1)
  - c. Fe (1x1)
  - d. Nifedipine (1x1)
- 7) Ibu KRS pada tanggal 29/04/2014, pukul 14.00 WIB
- 8) Anjurkan pada ibu untuk kontrol ulang ke RSI Darus Syifa Benowo Surabaya pada 02 Mei 2014 pukul 18.00 WIB dengan Dr. Rini SpOG.

**Pengakajian saat ibu melakukan kunjungan ulang di RSI Darus Syifa Benowo pada tanggal 02/05/2014, pukul 19.00 WIB**

S : ibu mengatakan luka bekas operasi masih terasa sedikit nyeri, tangan tidak oedem, oedem pada kaki sudah berkurang.

O : K/U ibu baik, TD: 155/90 mmHg, 36,7 °C, nadi: 82 kali/menit, RR: 22 kali/menit, UC: keras, TFU pertengahan antara pusat dan symphysis , luka operasi tertutup oleh currapor, tidak merembes, genitalia tidak ada luka perineum, memakai pembalut, kotor oleh lochea sanguinolenta, volume ±70cc, ekstremitas atas tidak oedem, ekstremitas bawah oedem berkurang, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.

A : P<sub>200012</sub> post SC hari ke 3 dengan Pre-Eklampsia Berat

P :

- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
- 2) Melakukan observasi TTV, UC, TFU, Fluxus
- 3) Melakukan pemeriksaan luka bekas operasi. Jahitan tidak terbuka, tidak terdapat pus saat dilakukan palpasi, melepas currapor.
- 4) Memberikan HE mengenai:
  - Pola nutrisi : anjurkan pada ibu untuk tidak terek pada makanan, ibu tetap menjalankan diet tinggi protein, rendah karbohidrat dan rendah garam, banyak minum air putih dan rajin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter
  - Pola aktivitas : anjurkan pada ibu untuk melakukan aktivitas yang ringan, serta aktif memberikan ASI untuk bayinya
  - Pola istirahat : anjurkan pada ibu untuk istirahat secara teratur, dan pada saat tidur posisi kaki lebih tinggi

- Personal hygiene : anjurkan pada ibu untuk selalu ganti pembalut setiap kali terasa penuh, agar tidak terjadi infeksi pada jalan lahir.
- 5) Memberikan terapi oral
    - a. Asam mefenamat (3x1)
    - b. Fe (1x1)
    - c. Nifedipine (1x1)
  - 6) Menganjurkan ibu tetap memberikan ASI eksklusif dan mengajari ibu cara perawatan payudara dengan benar, yaitu bersihkan puting susu sebelum menetek' i bayi, kompres dengan air hangat.
  - 7) Menganjurkan pada ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 27 mei 2014.

### **Kunjungan Rumah I**

#### **Pengkajian pada tanggal 07/05/ 2014, pukul 15.00 WIB**

- S : ibu mengatakan luka bekas operasi sudah tidak terasa nyeri, kaki tidak oedem
- O : K/U ibu baik, TD: 120/80 mmHg, 36,5 °C, nadi: 82 kali/menit, RR: 22 kali/menit, UC: keras, TFU 2 jari atas symphysis , luka operasi baik, luka operasi sudah tidak memakai plester, tidak terdapat pus ketika dipalpasi, tidak merembes, genetalia memakai pembalut, kotor oleh lochea sanguinolenta, volume  $\pm 70$ cc, ekstremitas atas dan bawah tidak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan.
- A : P<sub>200012</sub> post SC hari ke 10 atas indikasi Pre-Eklampsia Berat
- P :

- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
- 2) Memberikan HE mengenai:
  - Pola nutrisi : anjurkan pada ibu untuk tidak tarak pada makanan, ibu tetap menjalankan diet tinggi protein rendah karbohidrat dan rendah garam, banyak minum air putih dan rajin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter
  - Pola aktivitas : anjurkan pada ibu untuk melakukan aktivitas yang ringan, serta aktif memberikan ASI untuk bayinya
  - Personal hygiene : anjurkan pada ibu untuk selalu ganti pembalut setiap kali terasa penuh, agar tidak terjadi infeksi pada jalan lahir.
- 3) Memberikan terapi oral
  - a. Asam mefenamat (3x1)
  - b. Fe (1x1)
- 4) Menganjurkan ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan sllu melakukan perawatan payudara
- 5) Menganjurkan ibu untuk kontrol jika sewaktu-waktu terdapat keluhan.