

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 Kehamilan

4.1.1 Pengumpulan data dasar

1) Subyektif

1. Biodata

Pada tanggal 17 Maret 2014 pukul 10.00 WIB dilakukan pengkajian dengan data sebagai berikut :

Nama Ibu	: Ny "S.	Nama Suami	: Tn "R"
Umur	: 21 tahun	Umur	: 27 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: wiraswasta
Alamat	: Sawah Pulo	Alamat	: Sawah Pulo :
No. telp.	: 087852227xxx.		

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan gerakan anaknya berkurang sejak kemarin tanggal 16 Maret 2014 dan usia kehamilannya sudah 10 bulan

3. Riwayat Kebidanan

Ibu mengatakan ini merupakan kunjungan yang pertama ke RS Muhammadiyah Surabaya. Ibu mengalami menarche pada usia 12 tahun dengan siklus 28 hari dan teratur tiap bulannya. Biasanya lama menstruasi ± 7 hari, banyaknya ± 3 pembalut/hari dengan sifat darah

cair, Warna merah tua, bau anyir, tidak mengalami disminorhoe dan keputihan. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 29 April 2013

4. Riwayat obstetri yang lalu

Ibu mengatakan ini hamil yang pertama dan tidak pernah keguguran

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan yang dirasakan ibu awal kehamilan yaitu mual muntah sampai usia 3 bulan. Pada akhir kehamilan ibu keluhan yang dirasakan yaitu sering kencing

b. Ibu merasakan pergerakan anak pertama kalinya pada usia 5 bulan dengan frekuensi jarang

c. Ibu sudah mendapat penyuluhan tentang nutrisi, istirahat, kebersihan diri, tanda-tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan

d. Ibu sudah mendapat TT ke 4, diantaranya pada TT ke- 1 dilakukan pada saat ibu masih bayi (DTP 1), ibu lahir tahun 1993, TT ke- 2 pada saat ibu masih juga bayi (DTP 2) tahun 1993, TT ke 3 pada saat ibu masih duduk dibangku SD tahun 2003, TT ke 4 saat ibu akan menikah pada tahun 2012

e. Riwayat ANC :

Ibu memeriksakan kehamilannya 8 kali, K1 terpenuhi dan K4 terpenuhi, Ibu periksa di BPS Siti Rahmah Amd Keb sampai usia kehamilan 9 bulan dan pindah ke RS Muhammadiyah Surabaya karena merasa bayinya tidak lahir-lahir.

Tabel 4.1 Riwayat ANC

Tanggal	Keluhan sekarang	TD BB	UK TFU	Letak DJJ	Tindakan
20-7-13	Mual dan muntah	110/70 56 kg	11/12 minggu 2 jari diatas sympisis	Ballote mentt + DJJ +	B6 Kalk
21-8-13	Taa	110/70 57 kg	16/17 minggu.set engah pusat symfisis	Ballote mentt + DJJ +	Kalk BC Fe
25-9-13	Taa	110/70 58,5 kg	21/22 minggu 2 jari dibawah pusat	Ballote mentt + DJJ +	Kalk BC Fe
27-10-13	Taa	120/80 60 kg	25/26 minggu 2 jari diatas pusat	Ballote mentt + DJJ +	Kalk BC Fe
30-11-14	Taa	110/70 62 kg	30/31 minggu Pertengaha n pusat px	Let kep U DJJ +	Kalk BC Fe
14-12-13	Taa	110/70 63 kg	32/33 minggu 29 cm	Let kep U DJJ +	Kalk BC Fe
5-1-14	Taa	120/80 63,5 kg	35/36 minggu 32 cm	Let kep U DJJ+	Alinamin F e
30-1-14	Taa	110/70 64 kg	39/40 minggu 34 cm	Let kep U DJJ+	Alinamin F e

6. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi

Sebelum dan selama hamil pola makan ibu tidak berubah. Ibu makan 3 kali sehari dengan nasi, lauk dan sayur namun ketika hamil ibu minum \pm 7-8 gelas sehari dan ditambah minum susu satu gelas

b. Pola Eliminasi

Sebelum hamil dan selama hamil ibu mengalami perubahan dalam BAK yaitu lebih sering ± 6 kali setiap hari, baunya khas, tidak ada keluhan saat BAK. Ibu BAB 1 kali sehari tiap pagi dengan konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB

c. Pola Istirahat

Sebelum dan selama hamil tidak ada perubahan pola istirahat ibu, tidur siang ± 1 jam dan tidur malam 6-7 jam sehari

d. Pola Aktivitas

Aktivitas yang dilakukan sebelum hamil dan selama hamil sama, yaitu mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, mencuci

e. Pola seksual

Sebelum hamil dan selama hamil ibu melakukan hubungan seksual 2 kali seminggu dan tidak ada keluhan

f. Pola Persepsi dan kebiasaan merokok

Sebelum dan selama hamil ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, memakai narkoba, memakai obat-obatan, minum jamu dan memelihara binatang

7. Riwayat penyakit sistemik dan penyakit keluarga yang pernah di derita

Ibu mengatakan baik ibu maupun keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit Jantung, Ginjal, Asma, TBC, Hepatitis, DM, Hipertensi, dan tidak memiliki keturunan kembar

8. Riwayat psiko-social-spiritual
 - a. Riwayat psiko: ibu dan keluarga sangat senang saat mengetahui bahwa dirinya sedang hamil. Pada saat menjelang persalinan ibu merasa cemas dan takut karena usia kehamilannya 10 bulan, Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami, ibu tidak pernah menggunakan KB, Kehamilan ini juga mendapat respon yang baik dan senang dari keluarga. Sehingga ibu mendapat dukungan dari mereka dengan cara suami/keluarga selalu mengantar ibu setiap kali control dan menjaga kondisi ibu dan janinnya tetap sehat
 - b. Social : ibu menikah 1 kali, pada usia 20 tahun lamanya 1 tahun. Pengambil keputusan dikeluarga adalah suami. Hubungan ibu dan keluarga baik dan akrab. Dimana diperlihatkan dengan cara bersilaturahmi ke rumah keluarganya. Sedangkan dengan orang lain juga akrab. Kehamilan ini juga mendapat respon yang baik dan senang dari keluarga. Sehingga ibu mendapat dukungan dari mereka dengan cara suami/keluarga selalu mengantar ibu setiap kali control dan menjaga kondisi ibu dan janinnya tetap sehat
 - c. Spiritual: Ibu mengatakan taat beribadah seperti sholat 5 waktu dan melakukan puasa sehingga ibu tidak melakukan tradisi apapun selama hamil

2) Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Pada pemeriksaan umum didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda-tanda vital (Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 82 x/menit, pernafasan 18

x/m, suhu 36,7 c). Peningkatan BB sebelum hamil sampai sekarang 13 kg, berat badan sekarang 68 kg (17-4-2014), tinggi badan 154 cm, lingkar lengan Atas 24 cm, taksiran persalinan 5-2-2014, usia kehamilan 45 minggu 5 hari dan KSPR 6

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum namun ibu nampak cemas
- b. Rambut : Hitam, tidak rontok, tidak bercabang, tidak ada ketombe
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan palbebra
- d. Mulut & gigi : Mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak sianosis, tidak ada caries, tidak ada stomatitis
- e. Hidung : Tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada sinusitis
- f. Mamae : Simetris, hyperpigmentasi pada areola mamae, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum belum keluar
- g. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea alba, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan
 - Leopold I : TFU 2 jari dibawah px, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting.
 - Leopold II : Pada bagian dinding kanan perut ibu teraba panjang, keras seperti papan

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting dan masih dapat digoyangkan.

Leopold IV : Konvergen

TFU Mc. Donald : 37 cm

TBJ/EFW : 3875 gram

DJJ : 144 x/m.

h. Genetalia : Tidak dilakukan

i. Ekstremitas : Atas : simetris, tidak odem, tidak ada fraktur, tidak ada gangguan pergerakan.

Bawah : simetris, tidak oedem, tidak ada fraktur, tidak ada gangguan pergerakan, reflek patella +/+

3. Pemeriksaan Panggul

Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan Laboratorium (Tanggal 17 Maret 2014)

a. Darah : Hb 10,3 gr/dl (12,0-16,0), HbsAg negative, leukosit 7.100 (4.500-11.000), trombosit 275.000 (150.000-450.000), hematokrit 29,9 (38,0-47,0), eritrosit 4,21 (4,20-5,40).

b. Urine : tidak dilakukan

5. Pemeriksaan lain (Tanggal 17 Maret 2014)

a. USG oleh dr Sr, SpOG dengan hasil Let kepala, tunggal, BPD 9-639 minggu 6 hari, FL 34 minggu 2 hari, AFI cukup EFW 3,6-3,7 Kg, corpus depan.lilitan 2x

b. NST hasil BL: 120-140 , VOR: 4 Non reaktif, DJJ: 147-148 x/m

4.1.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GIP00000 UK 45 minggu 5 hari, tunggal, hidup, presentasi kepala, intrauterine dengan postdate
2. Masalah : Ibu cemas mengetahui kehamilannya lebih bulan
3. Kebutuhan : HE tentang kehamilan lebih bulan dan penatalaksanaanya serta dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan

4.1.3 Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Janin : makrosomia

4.1.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Kolaborasi dengan dr Spog

4.1.5 Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 1 jam diharapkan kecemasan ibu berkurang

Kriteria Hasil : Ibu mengerti tentang keadaannya, Kecemasan ibu berkurang

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan fisik dan kondisi kehamilan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini dari HPHT usia kehamilan ibu lewat waktu.

Rasional : Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan pada klien di harapkan ibu dapat mengetahui keadaannya dan bayinya.

2. Informasikan kepada ibu komplikasi yang mungkin dapat terjadi baik pada ibu maupun pada janin pada kehamilan lewat waktu

Rasional : Ibu dan keluarga lebih tanggap mengenai kondisinya saat ini

3. lakukan kolaborasi dengan dokter obgyn

advis : lakukan NST

Rasional : Dengan melakukan kolaborasi dengan dokter agar dapat memberikan terapi untuk tindakan selanjutnya.

4.1.6 Implementasi

Tanggal : 17 Maret 2014 pukul : 10.15 WIB

1. Menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan fisik dan kondisi kehamilan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini dari HPHT usia kehamilan ibu lewat waktu

HPHT : 29 April 2013

HPL : 5 Februari 2014

Ibu sudah lewat 1 bulan dan usia kehamilan ibu sudah 10 bulan

2. Menginformasikan kepada ibu komplikasi yang mungkin dapat terjadi baik pada ibu maupun pada janin pada kehamilan lewat waktu, pada janin kemungkinan akan menyebabkan air ketuban dalam rahim berkurang yang akan menyebabkan janin kekurangan nutrisi, akan menyebabkan bayi besar sehingga menjadi penyulit ketika persalinan
3. Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk melakukan NST
(BL: 120-140 , VOR: 4 Non reaktif, DJJ: 147-148 x/m)

4.1.7 Evaluasi

Tanggal : 17 Maret 2014 pukul :13.00 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti tentang penjelasan bidan

O : Ibu dapat mengulang kembali penjelasan bidan

A : G1P00000 UK 45 minggu 5 hari dengan postdate

P : Kolaborasi dengan dr Obgyn untuk terminasi kehamilan yaitu dilakukan operasi Caesarea

4.2 Persalinan

Ibu masuk kamar bersalin pukul 13.15 WIB dilakukan pemeriksaan dengan hasil sebagai berikut

4.2.1 Subyektif

Ibu mengatakan belum ada tanda - tanda bersalin seperti kenceng-kenceng dan belum ada sesuatu yang keluar dari kemaluannya, ibu cemas karena gerakan janinnya yang berkurang dan dianjurkan dokter untuk operasi Cesarea. Taksiran persalinan ibu tanggal 5 february 2014

4.2.2 Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital (Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 84 x/menit, Pernaaasan 18 x/menit, Suhu 36,7 C), his belum ada, tidak ada darah maupun lendir yang keluar dari jalan lahir, vulva vagina tidak oedem, tidak varises, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada haemoroid pada anus.

Pemeriksaan dalam tanggal 17-03-2014 jam 13.30 servik lunak dan mendatar, Ø 1 cm, effacement 10 %, ketuban utuh, tidak ada bagian kecil yang terkemuka, letak kepala, hodge I, denominator ubun-ubun kecil, tidak ada molase.

4.2.3 Assesment

1) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GIP00000 UK 45 minggu 5 hari, hidup, tunggal, presentasi kepala U, intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala 1 fase laten dengan Pro SC
2. Masalah : cemas karena kehamilannya lewat waktu dan akan menjalani operasi caesarea
3. Kebutuhan :
 - a. Memberi informasi keadaan ibu dan janinnya
 - b. Dukungan mental

2) Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ibu : Infeksi

Janin : Fetal distress, asfiksia

3) Identifikasi kebutuhan segera

Kolaborasi dengan dr Spog

4.2.4 Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 6 jam diharapkan K/U ibu dan janin baik, bayi dapat lahir secara Cesarea

Kriteria Hasil : TTV normal, DJJ normal, bayi lahir secara Cesarea

a. Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Rasional : Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini sehingga ibu lebih kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan

2. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan

Rasional : Ibu dan keluarga mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan'

3. Berikan dukungan emosional

Rasional : Mengurangi kecemasan dan kegelisahan dalam menghadapi persalinan secara Cesarea

4. Kolaborasi dengan dr Obgyn dalam melakukan persiapan persalinan secara sesarea

- a. Berikan O₂ 4 L//m

- b. Pasang infus RL

RL 500 cc (rehidrasi)

RL 500 cc (rehidrasi)

RL 500 cc (20 tpm)

- c. Pasang kateter tetap

- d. Berikan antibiotic salticin 80 mg, amoxilin 1 gram

- e. Ganti baju OK

Rasional : Kelengkapan persiapan berpengaruh terhadap proses persalinan secara Cesarea

5. Observasi DJJ setiap 30 menit

Rasional : Mengetahui kesejahteraan janin

6. Antarkan pasien sampai dengan ruang OK

Rasional : Serah terima pasien dan mengetahui tindakan yang akan dilakukan

b. Implementasi

14.01 Menjelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa kehamilan ibu harus segera dikeluarkan karena lebih bulan dengan cara sesarea dan yang akan melakukan ini adalah dokter

14.15 Melakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan

14.30 Memberikan dukungan emosional

14.45 Melakukan persiapan persalinan secara sesarea

a. memberikan O₂ 4 L/menit

b. memasang infus

RL 500 cc (rehidrasi)

RL 500 cc (rehidrasi)

RL 500 cc(20 tpm)

c. memasang kateter tetap

d. memberikan antibiotic

Lakukan skin test terlebih dahulu jika hasil negative berikan antibiotic Salticin 80 mg, Amoxilin 1 gram

e. Ganti baju OK

15.15 Melakukan observasi DJJ setiap 30 menit

17.55 Antarkan pasien sampai dengan ruang OK

c. Evaluasi

Tanggal : 17 Maret 2014 pukul : 18.00 WIB

S : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang penjelasan bidan

O : Ibu bersedia dilakukan operasi Caesarea

A : GIP00000 UK 45 minggu 5 hari dengan postdate dengan Pro SC

P : 1. Antarkan keruang OK

2. Anjurkan ibu untuk berdoa agar persalinan SC berlangsung lancar, aman, bayi sehat, ibu selamat

4.3 Nifas

Senin/17 Maret 2014

Pukul : 21.00 WIB

4.3.1 Subyektif

Ibu mengatakan senang dan lega karena operasinya berjalan lancar dan bayinya lahir selamat

4.3.2 Obyektif

Bayi lahir secara Caesarea jenis kelamin perempuan, BB 4000 gram, PB : 50 cm AS 8-9, kelainan congenital Θ , anus , plasenta lahir lengkap \pm 500 gram, panjang \pm 50 cm, insersi sentralis.keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital (Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 37,1 C, Rr 20 x/menit). Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih., hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar. Pada abdomen terdapat luka bekas operasi yang tertutup posttopik, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, terpasang infus RL, kateter urine 400 cc. pada genitalia keluar lochea Rubra.

4.3.3 Assesment

1) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : P10001 post SC 2 jam
- b. Masalah : nyeri luka post operasi

c. Kebutuhan : jelaskan pada ibu keadaan saat ini

2) Identifikasi diagnose dan masalah potensial

Pada ibu : infeksi

3) Identifikasi kebutuhan segera

Tidak ada

4.3.4 Planning

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan K/U ibu baik

Kriteria Hasil : TTV dalam batas normal, TFU,UC, dan lochea normal

Tidak terjadi komplikasi

1) Intervensi

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

Rasional : Ibu dan keluarga tidak cemas dan kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan

2. Lakukan observasi TTV,UC,TFU dan lochea

Rasional : Mengetahui status kesehatan pasien

3. Observasi input dan output cairan

Rasional : Keseimbangan cairan tubuh

4. Jelaskan penyebab nyeri luka jahitan

Rasional : Memberikan pengetahuan dan ketenangan

5. Anjurkan ibu untuk tidak makan apapun dulu sebelum ibu buang angin

Rasional : Pencernaan belum siap

6. Anjurkan ibu istirahat yang cukup

Rasional : Kesehatan ibu tetap terjaga

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik

Amoxilin 1 gram salticin 80 mg

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi

2) Implementasi

Tanggal : 17 Maret 2014

Pukul : 22.05 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini, kondisi ibu saat ini dalam keadaan baik

2. Melakukan observasi TTV, UC, TFU dan lochea

TD : 110/70 mmHg N : 84 x/m

S : 36,7 C Rr : 18 x/m

Luka jahitan operasi tertutup Posttopik

TFU : 2 jari dibawah pusat

UC : keras lochea: Rubra

3. Melakukan observasi input dan output cairan

4. Menjelaskan penyebab nyeri luka jahitan

5. Menganjurkan ibu untuk tidak makan apapun dulu sebelum ibu buang angin

6. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik

Amoxilin 1 gram, salticin 80 mg

3) Evaluasi

Tanggal : 17 Maret 2014

Pukul : 22.30 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti tentang penjelasan yang telah diberikan bidan

O : Ibu dapat mengulang kembali penjelasan bidan

A : P10001 post SC 2 jam

P : Pindahkan keruang nifas

4.3.5 Catatan Perkembangan I

Tanggal : 18 Maret 2014

pukul : 06.00 WIB

d. Subyektif

Ibu mengatakan nyeri luka jahitan, ibu belum buang angin, masih takut untuk bergerak,

e. Obyektif

keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital (Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,7 C, Rr 20 x/menit). Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih., hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar. Pada abdomen terdapat luka bekas operasi yang tertutup posttopik, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, terpasang infus RL, kateter urine 500 cc. pada genetalia keluar lochea Rubra.

f. Assesment

Diagnosa : P10001 post SC hari ke 1

g. Planning

06.10 Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini, kondisi ibu saat ini dalam keadaan baik, ibu mengerti dengan kondisinya

06.20 Melakukan observasi TTV, UC, TFU dan lochea, ibu kooperatif dilakukan pemeriksaan

TD : 120/80mmHg N : 84 x/m

S : 36,7 C Rr : 18 x/m

TFU : 2 jari dibawah pusat

UC : keras lochea: Rubra

06.30 Melakukan observasi input dan output cairan, keseimbangan cairan ibu terjaga

06.35 Menjelaskan penyebab nyeri luka jahitan, ibu lebih paham dan tenang

06.45 Menganjurkan ibu tidak makan apapun dulu sebelum ibu buang angin, ibu mengerti

06.50 KIE tentang mobilisasi miring kanan dan kiri dan personal hygiene, ibu bersedia

06.51 Mengajarkan tentang perawatan payudara, ibu akan melakukannya

06.55 Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, ibu bersedia

07.00 Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik

Amoxilin 1 gram, salticin 80 mg, ibu tidak terjadi infeksi

4.3. 6 Catatan Perkembangan II

Tanggal :20 Maret 2014

pukul : 10.00 WIB

1) Subyektif

Ibu mengatakan nyeri luka jahitan, ibu sudah buang angin, dan sudah dapat duduk dan bisa ke kamar mandi meskipun di temani

2) Obyektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital (Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,7 C, Rr 20 x/menit). Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih, hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, ASI sudah keluar. Pada abdomen terdapat luka bekas operasi yang tertutup posttopik, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, pada genetalia keluar lochea Rubra, HB post SC tanggal 18 Maret 2014 10,7 gr/dl (12.0-16,0)

3) Assesment

P10001 post SC hari ke 3

4) Planning

Hari/tanggal : Kamis/18 Maret 2014

10.10 Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini, kondisi ibu saat ini dalam keadaan baik, ibu mengerti

10.15 Melakukan observasi TTV, UC, TFU dan lochea, ibu bersedia

TD : 120/80mmHg N : 84 x/m

S : 36,7 C Rr : 18 x/m

TFU : 2 jari dibawah pusat

UC : keras lochea: Rubra

10.20 KIE tentang nutrisi yaitu TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dan tidak ada pantangan makan apapun, serta ibu boleh beraktivitas ringan dirumah, ibu paham dan akan melakukannya

10.21 KIE tentang ASI, ibu mengerti

10.40 Mengajarkan pada ibu dan keluarga tentang perawatan tali pusat, ibu istirahat yang cukup dan teratur minum obat dirumah, ibu mengerti

4.3. 7 Kunjungan Rumah I

Tanggal : 27 Maret 2014

pukul : 15.00 WIB

1) Subyektif

Ibu mengatakan nyeri luka bekas operasinya mulai berkurang, dan bayinya mulai mau menyusu meskipun masih dibantu dengan susu formula

2) Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, keadaan emosional kooperatif dengan tekanan darah 120 / 70 mmHg, nadi 80 x / menit teratur, suhu 36,7⁰ C. ASI sudah keluar, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat bendungan ASI.Terdapat luka bekas operasi yang tertutup,TFU 3 jari bawah pusat, UC keras, kandung kemih kosong,pengeluaran lochea serosa

3) Assesment

P10001 post SC hari ke-9

4) Planning

1. Memberi HE tentang personal hygiene

Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan tubuhnya meskipun belum mandi namun rajin untuk menyeka tubuhnya

2. Memberikan HE tentang Nutrisi

Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi 4 sehat 5 sempurna dan tidak ada pantangan makan apapun

3. Memberikan HE tentang perawatan bayi sehari-hari

Mengajarkan ibu merawat bayinya dan menganjurkan ibu untuk imunisasi bayinya tepat waktu

4. Memberikan dukungan untuk pemberian ASI saja

4.3.8 Kunjungan Rumah II

Tanggal :1 April 2014

pukul : 15.00 WIB

1) Subyektif

Ibu mengatakan keadaannya semakin membaik dan tidak ada keluhan dan luka jahitannya sudah di buka. ASI nya sudah keluar lancar dan bayinya mau menyusu

2) Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, keadaan emosional kooperatif dengan tekanan darah 120 / 80 mmHg, nadi 80 x / menit teratur, suhu 36,7⁰ C. ASI sudah keluar lancar, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat bendungan ASI.Terdapat luka bekas operasi yang tertutup,TFU 1 jari diatas symphisis, UC keras, kandung kemih kosong,pengeluaran lochea serosa

3) Assesment

P10001 Post SC hari ke 14

4) Planning

1. Memberi informasi tentang hasil pemeriksaa. Ibu mengerti dan memahami serta ibu aktif menanyakan keadannya
2. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kesehatannya dan bayinya serta semangat untuk memberikan ASI pada bayinya. Ibu Mengerti dan memahami
3. KIE tentang KB. Ibu memahami dan aktif menanyakan KB yang disarankan oleh dokter dan akan dipakai yaitu KB IUD