

BAB 4

TINJAUAN KASUS

4.1 KEHAMILAN

4.1.1 Pengumpulan Data Dasar

I. SUBYEKTIF

1. Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal : 06 Mei 2014, pukul : 12:30 WIB, Oleh Nina Musyarofah, dan didapatkan hasil Nama Ibu : Ny. F, Usia : 25 tahun, Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia, Agama : islam, Pendidikan : S1, Pekerjaan : Guru, Nama Suami Tn. M, Usia : 27 tahun, Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia, Agama islam, Pendidikan : S1, Pekerjaan : swasta, Alamat : jl Pkl, No. telepon 081556xxxxxx, No. Reg 211604/13.

2. Keluhan utama

Pergerakan anaknya di rasakan oleh ibu di sebelah kanan perut nya.

3. Riwayat Kebidanan

- a. Kunjungan ke - 3
- b. Riwayat menstruasi :

Ibu mulai menstruasi pada umur 13 tahun, teratur dengan siklus 28 hari, lama menstruasi 7 hari, banyaknya ganti 2-3 kotek/hari, sifat darah cair dan menggumpal, berwarna merah segar, merah tua, dan merah kecoklatan, dengan bau anyir, biasanya darah keluar haid keluar banyak pada hari 2- 5 dan

selebihnya hanya flek-flek darah. Sebelum ibu menstruasi ibu mengalami sakit perut selama 1-2 hari dan tidak keputihan sebelum dan sesudah haid.

4. Riwayat obstetri yang lalu

Tabel 4.5 Riwayat obstetri yang lalu

Suami ke	Kehamilan		Persalinan				Kehamilan				nifas	
	UK	Peny.	Jns	Pnlg	Tmp	Peny	JK	BB/PB	Hdp/mt	usia	Kead	Lak
I	H A M I L I N I											

5. Riwayat kehamilan sekarang

1) Keluhan

- a. Keluhan TM 1 : ibu mengatakan pada awal kehamilan ini mengalami mual, tetapi keadaan tersebut tidak mempengaruhi aktifitasnya, di buktikan dengan ibu masih melakukan aktifitas seperti bekerja sebagai guru dan melakukan pekerjaan rumah
- b. Keluhan TM II : ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu senang dengan kehamilannya saat ini
- c. Keluhan TM III : Ibu mengatakan merasa takut dan cemas di usia kehamilan 9 bulan ini karena rencana persalinan yang akan di jalani, tetapi ibu sudah merasa sedikit tenang dengan penjelasan yang di berikan dokter, dibuktikan dengan ibu mau menjalani rencana persalinan tersebut (operasi)

- 2) Pergerakan anak pertama kali : ibu mengatakan pergerakan janin terasa pada usia kehamilan 4 bulan, pergerakan bayinya juga aktif
- 3) Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : 10 kali
- 4) Penyuluhan yang sudah di dapat : Ibu mengatakan penyuluhan yang sudah didapatkan adalah tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, KB.
- 5) Imunisasi yang sudah didapat : TT2

6. Pola kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi

Sebelum hamil : makan 3x/hari dengan porsi nasi, lauk pauk, sayuran dan terkadang makan buah-buahan. Ibu minum air putih 5-6 gelas/hari.

Selama hamil: makan 3x/hari dengan ½ porsi nasi, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan. Ibu minum air putih 1 ½ botol aqua besar 1500 ml.

2) Pola Eliminasi

Sebelum hamil : BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak dan BAK 3-4x/hari dengan konsistensi kuning dan berbau asam.

Selama hamil : BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak dan BAK 6-7x/hari dengan konsistensi kuning dan berbau asam.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum hamil : mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari dan membersihkan alat kelamin beserta anus setelah selesai BAB dan BAK.

Selama hamil : mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, membersihkan payudara, ganti pakaian 2x/hari dan membersihkan alat kelamin beserta anus setelah selesai BAB dan BAK.

4) Pola Istirahat

Sebelum hamil : tidak pernah istirahat tidur siang karena harus mengajar dan istirahat tidur malam 7-8 jam/hari.

Selama hamil : Istirahat tidur siang masih juga tidak bisa karena harus mengajar dan istirahat tidur malam 7-8 jam/hari.

5) Pola Aktivitas

Sebelum hamil : melakukan pekerjaan mengajar di sekolahan dari pagi jam 07:00 pulang jam 15:00 sampai dirumah.

Selama hamil : pekerjaan mengajar tetap dijalani hingga satu minggu menjelang operasi serta melakukan pekerjaan rumah tangga akan tetapi yang ringan-ringan saja serta dibantu oleh keluarga.

6) Pola Seksualitas

Sebelum hamil : melakukan hubungan seksual 2x dalam seminggu.

Selama hamil : melakukan hubungan seksual 2 minggu sekali hanya pada sampai usia kehamilan 6 bulan.

7) Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan.

Sebelum hamil : tidak mempunyai kebiasaan merokok, tidak minum alcohol, tidak mengkonsumsi narkoba, tidak minum obat-obatan, tidak minum jamu, dan tidak mempunyai binatang peliharaan.

Selama hamil : tidak mempunyai kebiasaan merokok, tidak minum alcohol, tidak mengkonsumsi narkoba, tidak minum obat-obatan, tidak minum jamu, dan tidak mempunyai binatang peliharaan.

7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, ginjal, asma, TBC, Hepatitis, DM, Hipertensi, TORCH

8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit jantung, ginjal, hepatitis, hipertensi, asma, DM, TBC, TORCH.

9. Riwayat psiko-social-spiritual

a. Riwayat emosional :

Trimester I : Ibu mengatakan emosionalnya stabil, dan juga senang dengan kehamilannya.

Trimester II : Ibu mengatakan kondisi emosionalnya stabil, dan senang karena mulai merasakan janinnya bergerak.

Trimester III : Ibu mengatakan merasa cemas menghadapi persiapan persalinan dengan operasi yang sudah semakin dekat.

b. Status perkawinan

Kawin : 1 kali

Suami ke : 1

Kawin I : Umur \pm 23 tahun,

Lamanya \pm 1,5 tahun

c. Kehamilan ini :

Ibu memang merencanakan kehamilan ini

d. Hubungan dengan keluarga :

Hubungan ibu dengan keluarga sangat akrab dan menjalin hubungan baik dengan anggota keluarga

e. Hubungan dengan orang lain :

Hubungan ibu dengan orang lain akrab dan menjalin hubungan dengan tetangga tanpa ada masalah

f. Ibadah/Spiritual :

Ibu taat dalam beribadah dengan melaksanakan sholat dan mengaji

g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :

Ibu dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ini.

h. Dukungan keluarga :

Ibu mendapat dukungan penuh dari semua keluarganya, suami dan keluarga selalu mengingatkan dan mengantarkan kontrol.

i. Pengambilan keputusan dalam keluarga :

Pengambilan keputusan dalam keluarganya adalah suami

j. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :

Ibu ingin melahirkan di RS Marinir di tolong oleh dokter.

k. Tradisi :

Di dalam keluarga tidak ada tradisi khusus

l. Riwayat KB :

Ibu tidak pernah menggunakan KB sebelumnya

II. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Compos Mentis, Keadaan emosional : Kooperatif, TTV : TD : 110/70 mmHg (posisi duduk), Nadi : 84 x/menit (teratur kuat), Pernafasan : 22 x/ menit (teratur), Suhu : 36,2 °C (aksila), Antropometri : BB sebelum Hamil : 52 kg (anamnesa), BB periksa yang lalu : 63,5 kg (tanggal 02-04-2014), BB sekarang : 64 kg, TB: 155 cm, LILA : 24 cm

a. Taksiran persalinan : 16-05-2014 (Menurut USG 21-05-2014)

b. Usia Kehamilan : 38 minggu 1 hari

c. Riwayat kunjungan pemeriksaan kehamilannya ini, antara lain:

1. Tanggal 05-02-2014

Tidak ada keluhan, BB 62 kg TD: 118/73, UK 25 minggu 1 hari, TFU 23 cm, letak kepala, DJJ (+) 150x/menit, kaki bengkak (-), hasil pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan, terapi: licokalk, calfera.

2. Tanggal 05-03-2014

Tidak ada keluhan, BB 63 kg, TD : 112/76 UK 29 minggu 3 hari, TFU 26 cm, letak kepala, DJJ (+) 152x/menit, kaki bengkak (-), hasil pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan, terapi: licokalk, calfera.

3. Tanggal 02-04-2014

Nyeri perut bawah ketika aktivitas yang berat, BB 63,5 kg, TD : 121/82 UK 33 minggu 2 hari, TFU 28 cm, letak lintang, DJJ (+) 142x/menit, kaki bengkak (-), hasil pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan, terapi: licokalk, sangobion.

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Simetris, tidak ada odema pada wajah, tidak pucat, dan tidak ada cloasma gravidarum, *Rambut* : Kebersihan cukup, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, kelembapan rambut cukup, rambut tidak rontok, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, *Mata* : Simetris, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan pada palpebra, *Mulut dan gigi* : Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi dan gusi bersih, tidak ada caries, lidah bersih, *Telinga* : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran, *Hidung* : Simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, kebersihan cukup, *Dada* : Simetris, tidak tampak retraksi dada, irama nafas teratur, *Mamae* : Simetris, kebersihan cukup, terdapat pembesaran pada payudara, terdapat hiperpigmentasi pada aerola mammae dan puting susu, puting susu menonjol, tidak ada benjolan yang abnormal, Kolostrum sudah keluar. *Abdomen* : Terdapat pembesaran abdomen tidak sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum, terdapat linea alba, kandung kemih kosong, TFU $\frac{1}{2}$ prosesus xipoid pusat (29 cm), TBJ/EFW : 2790 gram, DJJ : 142 x/menit, *Genetalia* : pasien menolak untuk dilakukan pemeriksaan, *Ekstremitas* : Ekstremitas atas simetris, tidak ada odema, turgor kulit baik, tidak ada gangguan pergerakan, acral hangat. ekstremitas bawah simetris, tidak ada odema, tidak ada varices, turgor kulit baik, tidak ada gangguan pergerakan,

3. Pemeriksaan panggul

tidak dilakukan

4. Pemeriksaan Laboratorium

Darah : HB / Ganda = tidak dilakukan

Urine : albumin / reduksi = tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Lain :

- USG : tanggal (22-04-2014)

Hasil : Ketuban : cukup UK : 36 minggu Letak : Lintang

Placenta : corpus TP : 21-05-2014 BPD : 8.9 cm

- NST : tidak dilakukan.

4.1.2 Menginterpretasi Data Dasar

Diagnosa : G_I P₀₀₀₀₀, UK 38 minggu 1 hari, hidup, tunggal, letak lintang, intrauteri, keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : a) Cemas

b) Nyeri tekan di perut sebelah kiri karena gerakan janin

Kebutuhan : a) Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu

b) Motivasi dan dukungan emosional terhadap ibu

c) Berikan HE tentang nyeri perut yang di alami oleh ibu

4.1.3 Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ruptur uteri

4.1.4 Mengidentifikasi Kebutuhan Segera/Kolaborasi/Rujukan

- Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk persiapan persalinan SC

4.1.5 Planning

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 1,5 jam, diharapkan ibu dapat memahami apa yang dijelaskan oleh petugas kesehatan.

Kriteria Hasil :

- a. Keadaan umum ibu dan janin baik
- b. Ibu mengerti masalah yang dialami
- c. Ibu tampak tenang dan mampu mengulangi apa yang telah disampaikan petugas kesehatan

1. Intervensi

1. Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu dan janinnya saat ini

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

2. Berikan dukungan emosional pada ibu

Rasional : Memberikan stimulasi agar kecemasan serta kekhawatiran dalam menghadapi persalinan dapat berkurang

3. Beritahu tentang rencana persalinan yang akan di lakukan oleh Dokter Obgyn

Rasional : Dalam keadaan posisi bayi yang melintang proses persalinan yang aman bagi ibu adalah dengan dilakukan pembedahan/operasi

4. Berikan HE nutrisi dan konsumsi tablet Fe

Rasional : Tablet Fe merupakan tablet mineral yang sangat dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah yang berguna mencegah anemi, perdarahan, meningkatkan asupan nutrisi, yang lebih baik tidak diminum dengan menggunakan kopi/the, selain tablet Fe makanan yg mengandung protein, zat besi dan asam folat seperti telur, sayuran bayam dan kangkung bisa digunakan sebagai pengganti tablet Fe

5. Kesepakatan untuk kontrol ulang 1 minggu lagi pada tanggal 14-5-2014 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan

Rasional : Deteksi dini adanya penyulit yang menyertai serta Pemantauan kondisi ibu dan kesejahteraan janin

2. Implementasi

Tanggal 06-05-2014 Jam 13:00 wib

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janinnya saat ini baik, dan letak janin melintang.

KU Baik, TFU $\frac{1}{2}$ PST-PX, TD 110/70MmHg, DJJ + 142 x/mnt, N 84 x/mnt, S 36,2⁰C

2. Memberikan dukungan pada ibu tentang kondisi kesehatan dan kehamilannya saat ini, bahwa posisi melintang adalah posisi yang mungkin terjadi pada setiap kehamilan dan jika posisi melintang ini dilahirkan secara normal dengan riwayat kehamilan ibu sebelumnya jelek maka dapat meningkatkan

resiko terjadinya kejadian yang tidak di inginkan misalnya perdarahan pada saat persalinan

3. Memberitahukan dan menyepakati dengan ibu serta keluarga tentang rencana persalinan yang akan dijalani oleh ibu yaitu dengan cara pembedahan atau operasi di karenakan letak atau posisi bayi yang tidak sesuai (melintang), yang akan dijalani pada tanggal 15-05-2014
 - Persalinan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang lengkap jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan.
4. Menjelaskan pada ibu cara mengkomsumsi tablet Fe yaitu diminum selama dalam masa kehamilan 1x/hr dan sebaiknya diminum dengan air jeruk karena proses penyerapan tablet Fe akan lebih maksimal, tidak boleh di minum dengan kopi atau the, disamping itu juga ibu bisa makan makanan yang mengandung zat besi, protein dan asam folat seperti pada telur, sayuran (bayam dan kangkung) sebagai tambahan
5. Menyepakati ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi pada tanggal 14-5-2014 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

2.1.6 EVALUASI

Tanggal : 06-05-14, pukul : 14:00 WIB

S : Ibu mengatakan bahwa ia mengerti dan memahami atas penjelasan yang diberikan

O : ibu mampu mengulang kembali penjelasan petugas kesehatan

A : GI P00000, UK 38 minggu 1 hari, hidup, tunggal, letak lintang, intrauteri, keadaan umum ibu dan janin baik

- P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan
2. Intervensi dilanjutkan di rumah
 - a. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan minum vitamin yang masih ada secara teratur.
 - b. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi
 3. Menyepakati ibu kontrol ulang 1 minggu lagi tanggal 14-5-2014 atau jika sewaktu-waktu ada keluhan.

2.1.6.1 CATATAN PERKEMBANGAN

1) Kunjungan Rumah ANC I (Tanggal 11-05-2014 Jam 15.30 WIB)

S : Ibu mengatakan merasa masih bingung dengan rencana tindakan persalinan yang akan di jalani, ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Ku Baik, ibu masih terlihat cemas, Kesadaran : Compos mentis, TTV :

TD 120/80 MmHg, N 82 x/mnt, S 36,4⁰C, TFU ½ prosesus xipoid pusat (29 cm), TBJ/EFW : 2790 gram, DJJ : 138 x/mnt (Setinggi pusat kiri).

A : G_I P₀₀₀₀₀ UK 38 Minggu 6 hari, tunggal, hidup, letak lintang, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa keadaan ibu dan janin baik, tetapi posisi bayi masih dalam posisi melintang

2. Mengingatkan dan memastikan ibu minum tablet Fe sesuai jadwal yaitu minum 1 x 1 dengan tidak menggunakan air teh atau kopi
3. Mengajukan ibu USG untuk menentukan kehamilannya.
4. Mengingatkan pada ibu jadwal kunjungan ulang atau melakukan control ulang sesuai jadwal atau jika sewaktu-waktu ada keluhan

2) Kunjungan Rumah ANC II (Tanggal 15-05-2014 Jam 15.30 WIB)

S : Ibu mengatakan masih sedikit bingung tentang rencana persalinan yang akan di jalani, ibu mengatakan tidak pusing dan tidak ada keluhan lain

O : Ku Baik, Ibu masih sedikit terlihat cemas dan bingung, Kesadaran : Compos Mentis, TTV : TD 120/70 MmHg, N 92 x/mnt, S 36,2⁰C, TFU : 30 cm, TBJ/EFW : 2945 gram, DJJ : 148 x/mnt.

A : G_I P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 3 hari, tunggal, hidup, letak lintang, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin baik dan posisi bayi masih dalam keadaan melintang
2. Memberikan dukungan emosional dan motivasi kepada ibu untuk tetap bersyukur dan sabar.
3. Memberitahukan tentang tanda bahaya pada ibu bersalin dengan letak lintang jika dilahirkan secara normal.
4. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang dan meminta rujukan pengantar ke RS. Marinir atau apabila sewaktu-waktu ada keluhan

4.2 PERSALINAN

Persiapan Operasi Sesar di RS Marinir Surabaya (Tanggal 16-05-2014
pukul : 19.00 WIB)

4.2.1 Subyektif :

Pada tanggal 16-05-2014 pukul 18:00 atas advis dari dr SpOG di RS marinir, pasien datang untuk melakukan operasi yang dilakukan tanggal 17-5-2014 pukul 07:00 WIB. Pasien menolak untuk di operasi di RSI Darus Syifa', dan tanpa meminta surat rujukan, pasien memilih operasi dengan Dokter pribadi keluarga, karena itu Pasien mengatakan ingin melahirkan di RS marinir Gunungsari. Ibu mengatakan hamil 9 bulan dan telah siap dilakukan operasi sesar atas perintah dokter karena posisi bayi dalam keadaan melintang, ibu mengatakan sudah merasa kenceng-kenceng akan tapi masih jarang

4.2.2 Obyektif :

Ku ibu dan janin Baik, Kesadaran : Compos mentis, TTV : TD 120/70 MmHg, N 84 x/mnt, S 36,5⁰C, TFU ½ prosesus xipoid (30 Cm), TBJ : 2945 Gram, DJJ: 134 x/mnt, HIS : 1 x 10' x 10'' (tidak adekuat), Genetalia : Tidak oedem, tidak ada farises, tida ada PMS (condiloma), tidak ada pembengkakan dan pembesaran kelenjar bartolini dan skene, tida tampak pengeluaran lendir campur darah

4.2.3 Assesment :

1. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa :

G_I P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 4 hari, tunggal, hidup, letak lintang, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

2. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

3. Identifikasi Masalah Segera

Tidak ada

4.2.4 Planning :

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan ibu siap dalam menghadapi persalinan dengan SC.

Kriteria hasil : - K/u ibu baik
 - Ibu siap dengan persalinan SC
 - Cemas teratasi

1. Intervensi

1. Lakukan observasi CHPB dan TTV

Rasional : memantau keadaan ibu maupun janin

2. Bidan kolaborasi dengan dokter obgyn (bidan telfon dr.obgyn)

Rasional : diperolehnya advis dokter yang akan dijalankan

3. Anjurkan ibu untuk istirahat pada kamar yang telah di sediakan

Rasional : agar ibu bisa istirahat sebelum dilakukan operasi

4. Lakukan pengambilan sample darah

Rasional : untuk pemeriksaan Laboratorium

2. Implementasi

Tanggal 16-05-2014 pukul : 19.15 WIB

1. Melakukan observasi CHPB dan TTV
2. Bidan melakukan Kolaborasi dengan dokter obgyn (bidan telfon dr.obgyn) atas advis dr. Obgyn

1. operasi dilakukan pada tanggal 17-05-2014 pukul 07:00 WIB.

2. Persiapan pre op : (dilakukan pukul 24:00 WIB)

- Memasang infuse RL 14 tpm
- Melakukan skin test cefotaxim (dengan hasil -)
- Melakukan sceeren
- Memasang dower cateter
- Drip cefotaxim

3. Bidan RS menganjurkan ibu untuk istirahat pada kamar yang telah di sediakan

4. Melakukan pengambilan sample darah untuk pemeriksaan Laboratorium dengan Hasil :

- Hb 9,4 gr/dl (11,5 – 16,0 gr/dl)
- Leukosit 6.900/cmm (4.000 – 11. 000/cmm)
- Trombosit 145.000/cmm (150.000 – 450.000/cmm)
- Eritrosit 3,97 jt/cmm (3,5 – 60 jt/cmm)
- PCV (packed cell volume) 29% (35 – 50%)
- HBsAg (-)
- Glukosa Acak 73 mg/dl (70 – 125 mg/dl)

- Anti HIV (-)

4.2.5 Evaluasi

Tanggal : 16-05-2014, pukul : 24:00

S : ibu mengerti keadaan dirinya saat ini dan ibu sudah tidak cemas

O : k/u ibu dan janin baik, kesadaran compos mentis, TTV: TD 110/70

mmHg, N: 80 x/m, S 36,3 °C, kandung kemih kosong.

A : G_I P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 4 hari, tunggal, hidup, letak lintang,

intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

P : 1. Menjalankan advis dokter dalam persiapan pre op :

- Memasang infuse RL 14 tpm
- Melakukan skin test cefotaxim, hasil negative (-)
- Melakukan sceeren
- Memasang dower cateter, jumlah urine 150 cc
- Drip cefotaxim 1 gram

2. Mengantarkan pasien ke kamar operasi

4.2.5.1 Bayi lahir secara sesar (Tanggal 17-05-2014 Jam 07:25 WIB)

S : -

O : Bayi lahir secara sesar, jam 07:25 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, kulit kemerahan, gerakan aktif, tonus otot baik, ketuban jernih, anus (+), vit k 1 mg (setelah lahir) paha kiri, BB 2900 Gram, PB 49 cm,

A : Bayi baru lahir secara SC a/i Letak lintang

P : 1. Menghangatkan bayi pada infarm warmer

2. Mencap stempel kaki bayi (kanan dan kiri)
3. Menggedong bayi dengan kain kering
4. Memanggil keluarga atau ayah bayi untuk memberikan adzan di telinga kanan dan iqomah di telinga kiri
5. Menyuntikan vit k dipaha kanan setelah 1 jam diberikan hepatitis B (HB Uniject)

4.3 NIFAS

(Tanggal 17-05-2014 , pukul : 16:00 WIB, post SC 6-8 jam)

Ibu baru dipindah dari ruang pemulihan ke ruang Zaal nifas pada pukul 09:00

4.3.1 Subyektif :

Ibu mengatakan masih terasa sakit pada luka jahitan ketika gerak, kesemutan di kakinya berkurang, ibu mengatakan tidak pusing, ASI keluar lancer, ibu sudah flatul dan sendawa.

4.3.2 Obyektif :

Ku ibu cukup, Ibu terlihat sudah tidak lemas, Kesadaran : Compos mentis, TTV : TD 110/70 MmHg, N 98 x/mnt, S 36,8⁰C, *Pemeriksaan Fisik : Wajah* : Tampak simetris, wajah tampak tidak pucat, wajah tidak tampak odem, tampak ada cloasma gravidarum, warna sklera putih dan konjungtiva merah muda. *Mamae* : Bentuk simetris, bersih, Putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae, ASI sudah keluar, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada axial. *Abdomen* : Adanya bekas luka operasi yang tertutup kasa steril, Uterus berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri Setinggi pusat, Kandung kemih kosong, bising usus mulai bekerja baik. *Genitalia* : Kebersihan cukup, tidak ada varises, terdapat pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka jahitan prineum, Fluxus ± 100 cc, Urine: ± 900 cc (terpasang Dower cateter) *Ekstremitas* : Atas : tidak Oedem, tidak ada varices, terpasang infus RL pada tangan kiri, kuku tidak pucat. Mobilisasi baik, dan sudah bisa gerak, Bawah : tidak Oedem, tidak ada varices, mobilisasi baik, kaki sudah bisa gerak, Mobilisasi : ya (miring kanan - miring kiri)

4.3.3 Assesment :

1. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa :

P10001, post SC 8 jam a/i letak lintang

2. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

3. Identifikasi Masalah Segera

Tidak ada

4.3.4 Planinng :

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 4 jam diharapkan rasa nyeri berkurang.

Kriteria hasil : - K/U ibu baik

- Nyeri berkurang

1. Intervensi

Tanggal 17-05-2014 Jam 16:30 WIB

1. Lakukan observasi TTV, TFU, UC, Fluxus, luka operasi

R/memantau keadaan umum ibu

2. Jelaskan penyebab Nyeri

R/ Dengan mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan ibu akan memudahkan dalam tindakan selanjutnya

3. Mengajarkan tehnik Mobilisasi

R/ Mempercepat proses penyembuhan luka yaitu dengan miring kiri dan miring kanan

4. Beritahu bahaya nifas dan BBL

R/ Menambah pengetahuan tentang bahaya Nifas dan BBL

5. Memberikan HE tentang nutrisi (Diet halus/bubur dan minum sedikit-sedikit)

R/ nutrisi diawali dengan makanan halus untuk menunggu pulihnya kembali pencernaan.

6. Memberitahu ibu dan keluarga agar mempersiapkan perlengkapan seperti (jarek, gurita, bedak dan baju ibu)

R/ peralatan yang dibutuhkan untuk persiapan menyeka

7. Kolaborasi dengan dr.Obgyn dalam pemberian theraphi :

- Tx. Inj. Cefotaxim 1 gram 3 x 1
- Tx inj. Antrain 2 ml 3 x 1

R/ fungsi dependen bidan

2. Implementasi

Tanggal 17-05-2014 Jam 17:00 WIB

1. Melakukan observasi TTV, TFU, UC, Fluxus, luka operasi
2. Menjelaskan penyebab Nyeri
 - Nyeri akibat adanya sayatan pada saat operasi
3. Mengajarkan tehnik Mobilisasi dengan miring kanan miring kiri
4. Memberitahu bahaya nifas dan BBL yaitu: demam(38⁰C),pandangan mata kabur,nyeri kepala hebat,payudara bengkak, nyeri epigastrium, keluar darah dan cairan yang terus menerus dan berbau,bengkak pada kaki.
5. Memberikan HE tentang nutrisi (Diet halus/bubur dan minum sedikit-sedikit)

6. Memberitahu ibu dan keluarga agar mempersiapkan perlengkapan seperti (jarek, gurita, bedak dan baju ibu)
7. Kolaborasi dengan dr.Obgyn dalam pemberian theraphi :
 - Tx. Inj. Cefotaxim 1 gram 3 x 1
 - Tx inj. Antrain 2 ml 3 x 1

4.3.5 Evaluasi

Tanggal 17-05-2014 Jam 21:00 WIB

S : Ibu mengerti tentang keadaannya saat ini dan masalah belum teratasi.

O : Ibu dapat mengulang penjelasan bidan tentang mobilisasi, pola nutrisi dan masalah nyeri belum teratasi, TTV: TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,4°C. ASI sudah keluar. TFU setinggi pusat, Uc keras (+), kandung kemih kosong, Lochea rubra, luka jahitan operasi tertutup kasa steril. , Fluxus \pm 100 cc, Urine : \pm 900 cc (terpasang Dower cateter) ekstremitas atas terpasang infus RL sebelah kiri.

A : P10001 Post SC 8 jam a/i letak lintang

P : - Evaluasi keadaan ibu dan bayinya.

- Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makan-makanan bergizi dan tidak melakukan tarak.
- Anjurkan pada ibu untuk meminum obat yang telah diberikan.
- Anjurkan pada ibu untuk mulai melakukan mobilisasi dini.
- Anjurkan pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif.

4.3.5.1 Catatan perkembangan 1

Kunjungan rumah 1 (Post Sectio Caesaria 7 hari)

(tanggal, 23-05-2014 Jam 16:00)

S : Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan post operasi berkurang, dan mobilisasi dilakukan dengan baik.

O : a) Ku ibu Baik, Kesadaran : Compos mentis, TTV: TD 110/80 MmHg, N 84 x/mnt, S 36,2⁰C Pemeriksaan Fisik : Wajah : tidak pucat, wajah tidak odem, warna sklera putih dan konjungtiva merah muda. Mamae : bersih, Putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae, ASI sudah keluar lancar, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada axial. Abdomen : Adanya bekas luka operasi yang tertutup postofix dan tidak terlihat merembes Involusi uterus berjalan baik, keras, tinggi fundus uteri ½ pusat-simpisis, Kandung kemih kosong. Genitalia: Kebersihan cukup, pengeluaran lochea sanguilenta, tidak terdapat luka jahitan proneum, Fluxus ± 20 cc, Ekstremitas : Atas dan bawah : tidak Oedem, tidak ada varices, kuku tidak pucat, tidak ada gangguan pergerakan.

b) Bayi : KU Bayi Baik, RR 46 x/mnt, Kulit kemerahan, Terlihat tidur pulas, Tali pusat sudah lepas (masih basah), Nutrisi ASI dan Pasi (susu formula lactogen 2-3 botol/hari), BAB (+) ± 2x/hari, warna kehitaman, BAK (+) ± 4-5x/hari, warna kuning jernih

A : P10001, post SC 7 hari a/i letak lintang

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

5. Mengajarkan ibu cara perawatan bayi sehari-hari
6. Mengajarkan pada ibu cara perawatan payudara
7. Mengajarkan cara menyusui dengan benar
8. Mengajarkan cara personal hygiene yang benar
9. Mengingatkan kepada ibu agar tidak lupa untuk kontrol ulang
10. Menganjurkan kepada ibu untuk melanjutkan terapi oral sesuai jadwal

4.3.5.2 Catatan perkembangan 2

Kunjungan rumah 2 (Post Sectio Caesaria 14 hari)

(tanggal, 31-05-2014 Jam 16:00)

S : Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan post operasi berkurang, mobilisasi dilakukan dengan baik, luka operasi tanpa kasa steril dan mulai kering.

O : a) Ku ibu Baik, Kesadaran : Compos mentis, TTV: TD 120/80 MmHg, N 82 x/mnt, S 36,2⁰C Pemeriksaan Fisik: Wajah : tidak pucat, wajah tidak odem, warna sklera putih dan konjungtiva merah muda. Mamae : bersih, Putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae, ASI sudah keluar lancar, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada axial. Abdomen : bekas luka operasi terlihat kering, Involusi uterus berjalan baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari atas simpisis, Kandung kemih kosong. Genitalia: Kebersihan cukup, pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka jahitan prineum, Fluxus \pm 15 cc, Ekstremitas : Atas dan bawah : tidak Oedem, tidak ada varices, kuku tidak pucat, tidak ada gangguan pergerakan.

- a. Bayi : KU Bayi Baik, RR 45 x/mnt, Kulit kemerahan, Terlihat tidur pulas, Tali pusat sudah lepas dan kering. Nutrisi ASI dan Pasi (susu formula nutrilon 3-4 botol/hari) BAB (+) \pm 2x/hari, warna kehitaman. BAK (+) \pm 4-5x/hari, warna kuning jernih.

A : P10001, post SC 14 hari a/i letak lintang

P :

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa dirinya dan bayinya sehat.
2. Berikan informasi tentang perawatan bayinya, meliputi perawatan tali pusat, memandikan bayi, imunisasi, mencegah hipotermi, dll.
3. Beritahu ibu untuk tidak tarak. Konsumsi makanan yang seimbang selama masa nifas dan selama menyusui seperti sayuran, buah, telur dan susu.
4. Menjelaskan pada ibu tentang pemberian ASI selama 6 bulan.
5. Mengajarkan ibu merawat payudara selama menyusui bayinya.
6. Mengkaji adanya tanda-tanda bahaya nifas
7. Menganjurkan ibu untuk melakukan KB setelah 40 hari post partum atau ketika bayinya usia 40 hari