

## LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PRIMIPARA DENGAN POST SC ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF.DR.W. Z. JOHANNES KUPANG**

**TANGGAL 22 – 25 APRIL 2017**



**OLEH:**

**GRAZIELA O. DA COSTA TOMAE**  
**NIM: 142111139**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**CITRA HUSADA MANDIRI**

**KUPANG**

**2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PRIMIPARA DENGAN POST SC ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF.DR.W. Z. JOHANNES KUPANG**

**TANGGAL 22 – 25 APRIL 2017**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb)  
pada Program Studi D III Kebidanan  
STIKes Citra Husada Mandiri  
Kupang



**Graziela O. Da Costa Tomae**

**NIM : 142111139**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI**

**KUPANG**

**2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Penulis menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Primipara Dengan Post SC Atas indikasi Peeklampsia Berat Di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, November 2017

Yang menyatakan

Penulis

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Primipara Post SC Atas Indikasi Pre-Eklampsia Berat Di Ruang Flamboyan RSUD Prof. DR. W.Z.Johannes Kupang Tanggal 22-25 April-2017”, telah disetujui dan diajukan dalam Laporan Tugas Akhir Mahasiswi atas nama: Graziela O Da Costa Tomae, NIM: 142111139 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, November 2017

**Menyetujui,**

**Pembimbing I**



Maria C. F. Djeky, SST, M. Kes

**Pembimbing II**



Gaudentiana R. Mauk SST

**Mengetahui,**

**Ketua**

**STIKes CHM-Kupang**



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua**

**Program Studi D III Kebidanan**

**STIKes CHM-Kupang**



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Primipara Post Sc Atas Indikasi Pre-Eklampsia Berat Di Ruang Flamboyan RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 22-25 April-2017”. Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Graziela O Da Costa Tomae, NIM: 142111139 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim pengujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, November 2017.

Kupang, November 2017

### Panitia penguji

Ketua : Frida S. Pay, SST., M.Kes



Anggota 1. Maria C. F. Djeky, SST, M. Kes



2. Gaudentiana R. Mauk SST



Mengetahui,

Ketua

STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Program Studi D III Kebidanan  
STIKes CHM-Kupang



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Graziela O Da Costa Tomae

Tempat tanggal lahir : Lospalos, 01juni1996

Agama : Khatolik

Alamat : Oebelo.

### Pendidikan

Tahun 2007 : SD GemitTuapukan

Tahun 2010 : SMPK ST. Theresia

Tahun 2013 :SMA Negri 3 KupangTimur.

Tahun 2014-2017 : SedangMenyelesaikan Pendidikan  
Program Studi Diploma III Kebidanan  
(STIKes) Citra Husada Mandiri Kupang

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**Selalu ada harapan**

**Bagi mereka yang sering berdoa**

**Selalu ada jalan bagi mereka yang  
sering berusaha**

**"Jawaban sebuah keberhasilan**

**Adalah belajar dan tidak kenal  
putus asa"**

Laporan tugas akhir ini saya

persembahkan untuk :

Tuhan Yesus, Bunda Maria.

Mama Papa, Adik Anno, Mikka, Lenny,  
terimakasih atas doadandukunganya

## ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri Kupang  
Jurusan Kebidanan Kupang  
Study Kasus, April 2017

**GRAZIELA O. DA COSTA TOMAE**  
**NIM: 142111139**

### **ASUHAN KEBIDANAN PRIMIPARA DENGAN POST SECTIO CAESAREA (SC) ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Prof. JOHANNES KUPANG**

**Latar belakang:** Resiko persalinan pada ibu dengan Pre-Eklampsia berat (PEB) sangatlah tinggi karena dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, bahkan dapat menjadi eklampsia, maka perlu dilakukan upaya yang optimal untuk menurunkan kejadian tersebut pengobatan konservatif dan pengobatan aktif. Salah satu tindakan untuk mengatasi pre-Eklampsia berat adalah mengakhiri kehamilan dengan tindakan Sectio Caesarea jika dalam 24 jam tidak dapat di selesaikan dengan persalinan pervaginam (Syaifudin, 2002)

**Tujuan:** Dapat menerapkan Asuhan Kebidanan pada Primipara post SC atas Indikasi PEB dengan menggunakan pendekatan manajemen varney, sehingga dapat memperluas, memperbanyak pengetahuan dan keterampilan mengenai asuhan kebidanan pada pasien dengan kegawatdaruratan obstetric di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

**Metode :** Jenis penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah, yaitu : pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, Diagnosa potensial, Tindakan segera, menyusun rencana, melaksanakan secara menyeluruh asuhan kebidanan serta mengevaluasi keberhasilannya.

**Hasil:** pemeriksaan di temukan tekanan darah 140/90 mmHg, protein uria (+), oedema pada kaki, hal ini menunjukkan pasien telah mengalami preeklampsia berat. Penanganan terhadap ibu dengan preeklampsia berat adalah pasang infuse RL 500 ml dan drip MGSO<sub>4</sub> 40% 4 gram (IV) diberikan pelan-pelan selama ± 20 tetes/menit kemudian drip oxy 20 IU 20 tetes/ menit selama 6 jam. Setelah dievaluasi keadaan ibu baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

**Kesimpulan:** Dari penelitian yang dilakukan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

**Kata kunci:** Asuhan Kebidanan, Post SC, PEB

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan Kehadirat Tuhan yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Primipara Post Sectio Caesarea (SC) atas Indikasi Pre-Eklampsia Berat Di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W . Z. Johannes Kupang” dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang.

Secara khusus, perkenankan Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada: Maria C .F. Djeky SST,M. Kesselaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi saya dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dan Gaudentiana R. Mauk SST selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini, Penulis tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyantospelaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan mandiri yang telah mendirikan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada Penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan.
3. UmmuZakiah, SST., M.Kes selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menimba ilmu selama

penulis menjalani masa pendidikan D-III Kebidanan di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

4. Para dosen Program Studi D-III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada Penulis dalam mengikuti pendidikan.
5. Maria. O Baha, S.Tr.Keb, selaku wali kelas yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
6. Kedua orang tua tersayang bapak, mama beserta seluruh keluarga, tiada kata-kata yang bisa diucapkan untuk membalas kebaikan yang dengan penuh kesabaran dan penuh kasih sayang mendukung Penulis dalam hal material maupun spiritual dan doa sehingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini berjalan dengan baik.
7. Sahabat-sahabatku (gina,yuli,oca,ninis,eny,dewi, geno, anita,yuna,echo berna, elsa,) dan Silva yang telah mendukung Penulis dengan caranya masing-masing.
8. Teman-teman seperjuangan Prodi D-III Kebidanan angkatan VII kelas D dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan, baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhanyesusdan Bunda Maria membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Kupang, April 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar .....	i
Halaman Sampul Dalam .....	ii
Halaman Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Biodata Penulis.....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak .....	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	3
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penulisan.....	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
1.5. Sistematika Penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1. Konsep Teori Masanifas.....	7
2.2. Konsep dasar manajemen kebidanan dan metode soap.....	44

2.3. Konsep Asuhan Kebidanan .....	55
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>63</b>
3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	63
3.3.1. Kerangka Kerja.....	64
3.2. Populasi dan Sampel.....	65
3.3. Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	66
3.4. Etika Penelitian.....	67
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DA PEMBAHASAN.....</b>	<b>69</b>
4.1. Hasil Penelitian.....	69
4.2. Pembahasan.....	82
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>89</b>
5.1. Simpulan.....	89
5.2. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	

## DAFTARTABEL

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
	Tabel Kebijakan Program Masa Nifas.....	10

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 3.3. Kerangka Kerja .....	64

## DAFTAR SINGKATAN

PEB	: Pre-Eklampsia Berat
SC	: Sectio Caesarea
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
KB	: Keluarga Berencana
FSH	: Folikel Stimulating Hormon
ASI	: Air Susu Ibu
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
PROM	: Premature Rupture of Membrane
RDS	: Respiration Dystress Syndrome
PAP	: Pintu Atas Panggul
OUE	: Ostium Uteri Eksternum
USG	: Ultrasonografi
CPD	: Cefalo Pelvic Dispropotion
NTT	: Nusa Tenggara Timur
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
M	: Menit
RR	: Respirasi/Pernapasan

DS:	Data Subyektif
DO	: Data Obyektif
GR	: Gram
IV	: Intravena
IU	: Internasional Unit
HB	: Hemoglobin
PPV	: Perdarahan Pervaginam
MMHG:	Milimeter Hidrogium
DC	: Dower Cateter
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
KU	: Keadaan Umum
TPM	: Tetes Per Menit
PB	: Panjang Badan
BB	: Berat Badan
LH	: Lahir Hidup
SOAP	: Subyektif Obyektif Assesment Planning

### **1.1.Latar Belakang**

Preeklampsia merupakan kelainan yang di temukan pada waktu kehamilan yang ditandai dengan berbagai gejala klinis seperti hipertensi, proteinuria, dan edema yang biasanya terjadi setelah umur kehamilan 20 minggu sampai 48 jam setelah persalinan. Sedangkan eklampsia adalah kelanjutan dari preeklampsia berat dengan tambahan gejala kejang- kejang atau koma.penyakit hipertensi pada kehamilan berperan besar dalam morbiditas dan mortalitas, maternal dan perinatal, hipertensi di perkirakan menjadi komplikasi sekitar 7 sampai10%seluruhkehamilan. Dari seluruh ibu yang hipertensi selama masa hamil setengah sampai dua pertiganya didiagnosa mengalami preeklamsi dan eklampsia. Prevalensi kehamilan pada wanita dengan penyakit ginjal kronis atau penyakit pembuluh darah seperti hipertensi essential, diabetes mellitus meningkat sampai 20-40% (Bobak, 2004). Preeklamsia sangat beresiko terhadap ibu dan menyebabkan kegawatan pada janin sehingga perlu sectio caesarea. Pre- eklamsia berat adalah sesuatu komplikasi kehamilan yang di tandai dengan timbulnya hipertensi 160/110mmHg atau lebih di sertai protein urine dan *atau* edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Sectio Caesarea adalah suatu upaya melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. atau sectio cesarea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998)

Menurut WHO, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di Negara –negara berkembang. Rasio kematian ibu di Negara- Negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup jika di bandingkan dengan rasio kematian ibu di 9 negara maju dan 51 negara persemakmuran. Menurut WHO angka kematian ibu (AKI) di tahun 2011, 81% di akibatkan karena komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Bahkan sebagian besar dari kematian ibu disebabkan karena perdarahan, infeksi, dan preeklamsia. Angka insiden preeklamsia di setiap Negara berbeda-beda. Preeklamsia lebih banyak terjadi di Negara berkembang di bandingkan dengan Negara maju. Data statistik menunjukkan bahwa angka insiden preeklamsia di singapura 0-13%, sedangkan di Indonesia 3,4-8,5%. Perbedaan angka insiden terjadi karena asuhan prenatal di Negara maju lebih baik daripada di Negara berkembang. Pemerintah bertekad untuk menurunkan AKI dari 390 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan Survey Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 1994 menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1999. Angka tersebut di targetkan turun kembali menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Akan tetapi, kenyataanya AKI hanya berhasil di turunkan menjadi 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2003. Penurunan AKI kembali terjadi pada tahun 2007 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti. Di RSUD W.Z. Johannes Kupang pada ruang instalasi rekam medik, periode januari-desember 2016 kasus post SC sebanyak 367 orang dan kasus post SC atas indikasi Preeklamsia sebanyak 180 orang(49,0%)

Komplikasi yang terjadi pada kasus PEB yang terjadi pada ibu yaitu berupa sindroma HELP(Hemolysis, elevated, liver Enzyme, low, platelet), edema paru, gangguan ginjal, perdarahan, solusio plasenta bahkan kematian ibu. Komplikasi pada janin, dapat berupa kelahiran prematur, gawat janin, bayiberat lahir rendah atau intra uterine fetal death (IUFD) (Pudiastuti 2012).

Solusi untuk mengatasi masalah ini yaitu pada kehamilan di anjurkan untuk mentaati pemeriksaan antenatal yang teratur dan jika perlu dikonsultasikan dengan ahli. Anjurkan cukup istirahat, menjauhi emosi dan pekerjaan yang terlalu berat, diet tinggi protein, rendah hidrat arang, rendah lemak dan rendah garam. Pada ibu nifas dengan pre-eklampsia berat sebaiknya di anjurkan untuk banyak istirahat, tinggi karbohidrat, tinggi vitamin, rendah lemak, dan diet rendah garam, pantau pemeriksaan urine, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi.

Berdasarkan data yang didapat penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “ Asuhan Kebidanan pada Primipara dengan post SC atas indikasi Pre-eklamsia berat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang?

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka yang menjadi masalah dalam laporan tugas akhir ini adalah: Asuhan kebidanan pada Primipara dengan post SC atas indikasi Pre-eklamsia berat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang?

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Dapat menerapkan asuhan kebidanan pada Primipara dengan post SC atas indikasi Pre-eklamsia berat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Mahasiswa mampu untuk:

- a. Melakukan pengkajian data dasar pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- b. Menginterpretasikan data, meliputi diagnosa, masalah dan kebutuhan Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- c. Merumuskan diagnosa dan masalah potensial pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- e. Menyusun rencana tindakan Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- f. Melaksanakan rencana asuhan terhadap tindakan yang telah dibuat pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi

Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

- g. Melakukan evaluasi terhadap tindakan kebidanan pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- h. Menganalisis teori dan kasus pada Primipara dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat diruang Flamboyan Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

#### **1.4. Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1. Secara Teori**

Hasil penulisan dapat di gunakan untuk mengidentifikasi kasus pada Primipara dengan post SC atas indikasi Pre-eklamsia berat

##### **1.4.2. Secara Praktis**

###### a. Penulis

Meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Primipara dengan post SC atas indikasi Pre-eklamsia berat.

###### b. Institusi

Dapat di jadikan sebagai referensi perpustakaan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

###### c. Profesi bidan

Hasil penulisan dapat di gunakan sebagai pedoman oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

#### **1.5 Sistematika Penulisan.**

Sistematika penulisan pada Laporan Tugas Akhir ini urutannya meliputi:

### **BAB I            PENDAHULUAN**

Dalam hal ini menguraikan tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan studi kasus, manfaat penulisan studi kasus dan sistematika penulisan studi kasus.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka berisi tentang (1) Konsep dasar masa nifas (2) konsep Dasar Pre-eklamsia berat (3) Konsep seksio sesarea (4) Konsep Manajemen Kebidanan (5) Konsep Asuhan.

## **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

Metodologi penelitian menguraikan tentang desain penelitian kerangka kerja penelitian, lokasi penelitian, populasi dan sampel, teknik dan instrumen pengumpulan data serta etika penelitian

## **BAB IV HASIL PENELITIAN**

Berisi tentang (1) gambaran Lokasi Penelitian (2) Hasil Penelitian (3) Pembahasan.

## **BAB V PENUTUP**

Berisi tentang (1) Kesimpulan (2) saran.

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Teori

##### 2.1.1. Konsep Teori Masa Nifas

###### a. Pengertian

Masa nifas ( puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat- alat kandungan kembali seperti pra- hamil. Lama masa nifas ini 6- 8 minggu. (Diah Wulandari, 2009)

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat- alat kandungan kembali seperti pra- hamil (Imelda Fitri,2017)

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Siti Saleha, 2009)

###### b. Tujuan Masa Nifas

Asuhan masa nifas di perlukan dalam periode ini karena memerlukan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Di perkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Tujuan asuhan masa nifas di bagi menjadi 2 yaitu:

###### 1. Tujuan umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

## 2. Tujuan khusus

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan KB

### **c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas**

Menurut Ambarwati 2009, peran dan tanggung jawab bidan adalah sebagai berikut:

1. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan
2. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, mengajarkan gizi yang baik, serta mempraktekan kebersihan yang aman
3. Memfasilitasi hubungan dan ikatan batin antara ibu dan bayi
4. Memulai dan mendorong pemberian ASI

Menurut Siti Saleha, 2009 peran dan tanggung jawab bidan adalah sebagai berikut:

1. Memberikan dukungan yang terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama persalinan dan nifas
2. Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis

3. Mengondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara meningkatkan rasa nyaman

#### **d. Tahapan Masa Nifas**

1. Puerperium dini (*immediate post partum periode*)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ini ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, dan tinggi fundus uteri pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

2. Puerperium intermedial (*Early post partum periode*)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal, dan lochea tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

3. Remote puerperium (*Late post partum periode*)

Masa 1 minggu sampai 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.

### e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan Program Nasional Tentang Masa Nifas adalah :

1. Rooming ini merupakan suatu sistem perawatan di mana ibu dan bayi di rawat dalam 1 unit/ kamar. Bayi selalu ada di samping ibu sejak lahir (hal ini di lakukan hanya pada bayi yang sehat)
2. Gerakan nasional ASI eksklusif yang di rancang oleh pemerintah
3. Pemberian vitamin A ibu nifas
4. Program inisiasi menyusui dini.

Berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas adalah paling sedikit empat kali kunjungan masa nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi, yaitu :

Kunjungan	waktu	Tujuan
1	6-8 jam pasca persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan berlanjut.</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>4. Pemberian ASI awal</li> <li>5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir.</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypotermi</li> <li>7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam</li> </ol>

		pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dengan bayinya dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan.</li> <li>3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</li> <li>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</li> <li>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ol>
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sama seperti di atas (6 hari persalinan)</li> </ol>
4	6 minggu setelah Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayi alami.</li> <li>2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.</li> </ol>

## f. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

### a. Uterus

#### 1) Pengerutan rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri)

#### 2) Lochea

Lochea adalah sekresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Lochea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

##### a) Lochea rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari ke empat masa post partum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanuga (rambut bayi), dan mekonium.

##### b) Lochea sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke empat sampai hari ke tujuh post partum.

c) Lochea serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14

d) Lochea alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lochea yang menetap pada awal-awal post partum menunjukkan adanya perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lochea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "lochea purulenta" pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan "lochea stasis".

3) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) yang merupakan makanan pokok bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi si bayi akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenang, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang penting bagi perkembangan janin selanjutnya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak

terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

b. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak terbuka seperti corong, segera setelah bayi lahir, di sebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks yang tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna hitam kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Pada minggu ke-6 serviks menutup kembali.

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas biasanya terdapat luka-luka pada jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh dengan sendirinya.

Kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan selulitis, yang dapat menjalar sampai terjadi sepsis.

d. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil.

**g. Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas**

Setelah melahirkan ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi, dan asimulasi terhadap bayinya, berada di bawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang di perlukan tentang apa yang harus di ketahui dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar biasa sekarang untuk menjadi seorang "ibu".

Tidak mengherankan bila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali nerasa kerepotan. Masa ini adalah masa rentan yang terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Revarubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

a. Periode "*Taking In*"

1. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran terhadap tubuhnya.
2. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.

3. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
4. Peningkatan nutrisi di butuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka serta persiapan proses laktasi aktif.
5. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan bayinya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang di hadapi pada bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang di lakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

b. Periode "*Taking Hold*"

1. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
2. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
3. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
4. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan keperawatan bayi.
5. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

6. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
  7. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu di perhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif.
- c. Periode "Letting Go"
1. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang di berikan oleh keluarga.
  2. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
  3. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

### **2.1.2. Konsep Dasar Pre Eklampsia Berat**

#### **a. Pengertian**

Pre-Eklampsia adalah penyakit yang di tandai dengan adanya hipertensi, proteinuria, dan oedema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Preeklampsia di kenal juga dengan sebutan Pregnancy Induced Hipertension (PIH) gestosis atau toksemia kehamilan ( Bobak dkk, 1995)

Toksemia gravidarum adalah kumpulan dalam gejala-gejala kehamilan yang merupakan perpaduan dari HPE (Hipertensi, Proteinuria dan Edema); toksemia gravidarum, dimana terkadang penyakit ini bila parah akan diikuti oleh kejang dan koma (Harsono, 2003)

Pre-eklampsia dapat bermula pada saat antenatal, intrapartum, atau post natal. Sekitar 10% ibu mengalami hipertensi akibat kehamilan selama kehamilan mereka. Dalam kelompok ini, sekitar 3-4% mengalami pre-eklampsia, 5% mengalami hipertensi akibat kehamilan, dan 1-2% mengalami hipertensi kronis (Robson, 2011)

Menurut Mochtar (1998) pre-eklampsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

1. Pre-eklampsia ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:
  - a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring; atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih; atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara mengukur sekurang-kurangnya dua kali pemeriksaan dengan jarak pemeriksaan 1 jam, sebaiknya 6 jam.
  - b. Edema umum, kaki jari tangan, dan muka; atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
  - c. Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kuantitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter.
2. Pre-eklampsia berat, bila disertai dengan keadaan sebagai berikut:
  - a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
  - b. Proteinuria 5 gr atau lebih per liter
  - c. Oliguria, yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam
  - d. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.
  - e. Terdapat edema paru dan sianosis.

**b. Pasien yang cenderung menderita pre-eklampsia meliputi:**

1. Usia < 20 atau > 35 tahun
2. Obesitas
3. Diabetes atau hipertensi
4. Penyakit ginjal
5. Riwayat pre-eklampsia di masa lalu
6. Riwayat pre-eklampsia dalam keluarga
7. Hidrops foetalis
8. Kehamilan kembar
9. Kehamilan mola.

**c. Tanda dan Gejala**

a. Pre-eklampsia di nyatakan berat bila ada satu di antara gejala-gejala berikut:

- 1) Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, di ukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.
- 2) Proteinuria 5 gram/24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif.
- 3) Oliguria, urine 400 ml/24 jam atau kurang.
- 4) Edema paru-paru, sianosis
- 5) Tanda gejala lain yaitu sakit kepala yang berat, masalah penglihatan, pandangan kabur, dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual atau muntah serta emosi mudah marah.
- 6) Pertumbuhan janin intrauterine terlambat.

b. Menentukan edema:

1) Kriteria menentukan adanya edema adalah : nilai positif jika pitting edema di daerah tibia, lumbosakral, wajah ( kelopak mata) dan tangan, terutama setelah malam tirah baring.

2) Bila sulit menentukan tingkat edema, maka metode yang di gunakan adalah sebagai berikut:

+ = Sedikit edema pada daerah kaki pretibia

++ = Edema di tentukan pada ekstremitas bawah

+++ = Edema pada muka, tangan, abdomen bagian wajah.

++++ = Anasarka di sertai asites.

c. Protein positif artinya jumlah protein lebih dari 0,3 gram per liter urine 24 jam atau lebih dari 2 gram per liter sewaktu. Urine di ambil dengan penyadapan/ kateter.

+ = 0,3 gram protein per liter

++ = 1 gram protein per liter

+++ = 3 gram protein per liter

++++ = > 10 gram per liter.

d. Kenaikan berat badan berlebihan jika berat badan naik dari 500 gram perminggu atau 2000 gram per bulan.

**d. Etiologi**

Menurut Bobak (2005) penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Tetapi ada teori yang dapat menjelaskan tentang penyebabnya preeklampsia, yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa. Bertambahnya frekuensi yang makin tuanya kehamilan. dapat terjadi

perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

Preeklampsia ialah suatu kondisi yang hanya terjadi pada kehamilan manusia. Tanda dan gejala timbul hanya selama masa hamil dan menghilang dengan cepat setelah janin lahir dan plasenta lahir. Tidak ada profil tertentu yang mengidentifikasi wanita yang akan menderita preeklampsia. Akan tetapi, ada beberapa faktor resiko tertentu yang berkaitan dengan perkembangan penyakit: Primigravida, grandemultigravida, janin besar, kehamilan dengan janin lebih dari satu, morbiditas obesitas. kira-kira 85% preeklampsia terjadi pada kehamilan pertama. Preeklampsia terjadi pada 14%-20% kehamilan dengan janin lebih dari satu dan 30% pasien mengalami anomali rahim yang berat. pada ibu yang mengalami hipertensi kronis atau penyakit ginjal, insiden dapat mencapai 25% (Zuspan, 1991), preeklampsia ialah suatu penyakit yang tidak terpisahkan dari preeklampsia ringan sampai berat, sindrom HELLP atau eklampsia (Bobak dkk, 2005)

Beberapa teori yang mengatakan bahwa perkiraan etiologi dari kelainan tersebut sehingga kelainan ini sering di kenal sebagai *the diseases of theory*.

Adapun teori-teori tersebut di antara lain :

1. Peran faktor imunologis. Beberapa studi juga mendapatkan adanya aktivasi system komplemen pada preeklampsia atau eklampsia.
2. Peran faktor genetik atau familial. Terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia atau eklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsi atau eklampsia. Kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia dan anak dan cucu ibu hamil

dengan riwayat preeklampsia dan bukan pada ipar mereka. Peran rennin angiotensin-aldosteron system (RAAS) (Bobak dkk,2005).

Adapun faktor maternal yang menjadi predisposisi terjadinya Banyak pendapat para Sarjana tentang etiologi terjadinya preeklampsia. Salah satunya adalah hepotisa bahwa terjadinya preeklampsia adalah diawali oleh faktor plasenta, oleh karena perfusi yang tidak sempurna, atau diawali oleh faktor maternal, karena adanya predisposisi ibu terhadap adanya penyakit arteri, yang kemudian diwujudkan dalam bentuk problem jangka panjang seperti atherosklerosis atau hipertensi kronis. Dari kedua faktor tersebut mengalami konfergensi pada proses aktivasi endothel dan sel granulosit/monosit dengan hasil akhir berupa peningkatan respon inflamasi sistemik dalam wujud Preeklampsia (Bobak dkk, 2005).

Menurut Winkjosastro, 2007 faktor yang menjadi predisposisi terjadinya preeklampsia:

a. Usia (kurang dari 16 tahun dan lebih dari 35 tahun)

Resiko terjadinya preeklampsia meningkat seiring dengan peningkatan usia (peningkatan resiko 1,3 per 5 tahun peningkatan usia) dan dengan interval antar kehamilan (1,5 per 5 tahun interval antara kehamilan pertama dan kedua). Resiko terjadinya Preeklampsia pada wanita usia belasan terutama adalah karena lebih singkatnya lama paparan sperma. Sedang pada wanita usia lanjut terutama karena makin tua usia endothel makin berkurang kemampuannya dalam mengatasi terjadinya respon inflamasi sistemik dan stress regangan hemodinamik.

b. Riwayat Preeklampsia pada kehamilan sebelumnya

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya memberikan resiko sebesar 13,1% untuk terjadinya preeklampsia pada kehamilan kedua dengan partner yang sama.

c. Riwayat keluarga yang mengalami preeklampsia

Eklampsia dan Preeklampsia memiliki kecenderungan untuk diturunkan secara familial (keturunan). Hasil studi di Norwegia menunjukkan bahwa mereka yang saudara kandungnya pernah alami preeklampsia, estimasi OR (odds ratio) adalah sebesar 2,2. Sedangkan bagi mereka yang satu ibu lain ayah Odds Ratio sebesar 1,6. Bagi mereka yang satu ayah lain ibu Odds Rationya adalah 1,8. Sementara itu hasil studi lain menunjukkan bahwa riwayat keluarga dengan Preeklampsia menunjukkan resiko tiga kali lipat untuk mengalami Preeklampsia.

d. Paparan sperma, primipaternitas

Paparan semen sperma merangsang timbulnya suatu kaskade kejadian seluler dan molekuler yang menyerupai respon inflamasi klasik. Ini yang kemudian merangsang produksi GM-CSF sebesar 20 kali lipat. Sitokin ini selanjutnya memobilisasi leukosit endometrial. Faktor seminal yang berperan adalah TGF- 1 dalam bentuk inaktif. Selanjutnya plasmin dari semen sperma dan faktor uterus mengubahnya menjadi bentuk aktif. Sitokin TGF- 1 akan merangsang peningkatan produksi GM-CSF (granulocyte macrophage-colony stimulating factor) . Bersamaan dengan itu sperma yang diejakulasikan juga mengandung antigen-antigen yang turut berperan dalam pertumbuhan dan kelangsungan hidup zigot.

e. Penyakit yang mendasari

- 1) Hipertensi kronis dan penyakit ginjal
- 2) Obesitas, resistensi insulin dan diabetes
- 3) Gangguan thrombofilik
- 4) Faktor eksogen
- 5) Merokok, menurunkan resiko preeklampsia
- 6) Stress, tekanan psikososial yang berhubungan dengan pekerjaan, latihan fisik
- 7) Infeksi saluran kemih

**e. Patofisiologi preeklampsia**

Preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, merangsang pelepasan trofoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan rennin uterus. Bahan trofoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang di lepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktifitas aktivasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya

Vasospasme sedangkan aktivasi atau agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskuler yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulasi. Konsumtif koagulasi mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis. Renin uterus yang di keluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensin 2. Angiotensin 2 bersama tromboksan akan menyebabkan

terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit menyebabkan lumen hanya dapat di lewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Selain menyebabkan terjadinya vasospasme, angiotensin 2 akan merangsang glandula suprarenal untuk mengeluarkan aldosteron. Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskuler akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ (Wiknjosastro, 2007).

Gangguan multi organ akan terjadi pada organ –organ tubuh diantaranya otak, ginjal, darah, paru-paru, hati, jantung, kelenjar adrenal, retina dan plasenta. Di otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intracranial. Tekanan intrakranial yang menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang sehingga menimbulkan diagnosa keperawatan resiko cedera. Di darah akan terjadi enditheliosis menyebabkan sel darah merah dan pembuluh darah pecah. Pecahnya pembuluh darah akan menyebabkan sel darah akan menyebabkan terjadinya perdarahan, sedangkan sel darah merah yang pecah akan menyebabkan anemia hemolitik (Wiknjosastro, 2007).

Di Paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronkopneomonia sebagai akibat aspirasi. kadang-kadang ditemukan abses paru-paru. Jantung sebagian besar penderita yang mati karena eklampsia jantung biasanya mengalami perubahan degeneratif pada miokardium. Sering ditemukan degenerasi lemak dan *cloudy swelling* serta nekrosis dan perdarahan. Sheehan(1980) menggambarkan perdarahan

subendokardial disebelah kiri septum interventrikulare pada kira-kira dua pertiga penderita eklampsia yang meninggal dalam 2 hari pertama setelah timbulnya penyakit. Pada kelenjar adrenal dapat menunjukkan kelainan berupa perdarahan dan nekrosis dalam berbagai tingkat (Wiknjosatro, 2007).

Di Hati, alat ini besarnya normal, pada permukaan dan pembelahan tampak tempat-tempat perdarahan yang tidak teratur. Pada pemeriksaan mikroskopis dapat ditemukan perdarahan dan nekrosis pada tepi lobulus, disertai trombosis pada pembuluh darah kecil, terutama disekitar vena porta. Walaupun umumnya lokasi ialah periportal, namun perubahan tersebut dapat ditemukan di tempat-tempat lain. Otak, pada penyakit yang belum lanjut hanya ditemukan edema dan anemia pada korteks serebri; pada keadaan lanjut dapat ditemukan perdarahan. Di retina kelainan yang sering ditemukan ialah spasmus pada arteriola-arteriola, terutama yang dekat pada diskus optikus. Vena tampak lekuk pada persimpangan dengan arteriola. Dapat terlihat edema pada diskus optikus dan retina. Ablasio retina juga dapat terjadi; tetapi komplikasi ini prognosisnya baik, karena retina akan melekat lagi beberapa minggu postpartum. Perdarahan dan eksudat jarang ditemukan pada preeklampsia; biasanya kelainan tersebut menunjukkan adanya hipertensi menahun (Wiknjosatro, 2007).

Plasenta pada pre-eklampsia terdapat spasmus arteriola spinalis desidua dengan akibat menurunnya aliran darah ke plasenta. perubahan plasenta normal sebagai akibat tuanya kehamilan, seperti menipisnya sinsitium, menebalkan dinding pembuluh darah dalam villi karena fibrosis, dan konversi mesoderm menjadi jaringan fibrotik, dipercepat prosesnya pada preeklampsia dan hipertensi. Pada pre-eklampsia yang jelas ialah atrifi

sinsitium, sedangkan pada hipertensi menahun terdapat terutama perubahan pada pembuluh darah dan stroma. Arteria spiralis mengalami kontraksi dan penyempitan, akibat aterosclerosis akut disertai *necrotizing arteriopathy* (Wiknjosatro, 2007).

Alat ini (Ginjal) besarnya normal atau dapat membengkak. Pada sampai ginjal dan pada pembedahan mungkin ditemukan perdarahan-perdarahan kecil. Penyelidikan biopsi pada ginjal oleh Altchek dkk (1968) menunjukkan pada pre-eklampsia bahwa kelainan berupa; 1) kelainan glomerulus; 2) hiperplasia sel-sel jukstanglomeruler; 3) kelainan pada tubulus-tubulus Henle; 4) spasmus pembuluh darah ke glomerulus. Glomerulus tampak sedikit bengkak dengan perubahan-perubahan sebagai berikut; a) Sel-sel diantara kapiler bertambah; b) tampak dengan mikroskop biasa bahwa membrana basalis dinding kapiler glomerulus seolah-olah terbelah, tetapi ternyata keadaan tersebut dengan mikroskop elektron disebabkan oleh bertambahnya matriks mesangial; c) Sel-sel kapiler membengkak dan lumen menyempit atau tidak ada; d) Penimbunan zat protein berupa serabut ditemukan dalam kapsel Bowman. Epitel tubulus-tubulus Henle berdeskuamasi hebat; tampak jelas fragmen inti sel terpecah-pecah. Pembengkakan sitoplasma dan vakuolisasi nyata sekali. Pada tempat lain tampak regenerasi. Perubahan-perubahan tersebutlah tampaknya yang menyebabkan proteinuria dan mungkin sekali ada hubungannya dengan retensi garam dan air. Sesudah persalinan berakhir, sebagian besar perubahan yang digambarkan menghilang, hanya kadang-kadang ditemukan sisa-sisa penambahan matriks mesangial (Wiknjosatro, 2007).

Traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCL meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada ekstremitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP di produksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat. Terbentuknya asam laktat dan sedikitnya ATP yang diproduksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah, sehingga muncul diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas. Keadaan hipertensi akan mengakibatkan seseorang kurang terpajan informasi dan memunculkan diagnosa keperawatan kurang pengetahuan (Sukarmi dkk, 2013).

#### **f. Pencegahan**

Pencegahan timbulnya pre-eklampsia berat dapat di lakukan antara lain dengan:

##### **a. Diet makan**

- 1) Nutrisi penting untuk di perhatikan selama hamil, terutama protein
- 2) Diet protein yang adekuat bermanfaat untuk pertumbuhan dan perbaikan sel dan transformasi lipid
- 3) Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin, dan rendah lemak sangat berguna untuk menunjang kesehatan ibu yang sedang mengalami preeklampsia.
- 4) Kurangi garam apabila berat badan bertambah atau edema
- 5) Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna.

- 6) Untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahan satu butir telur setiap hari.

b. Cukup istirahat

- 1) Penyuluhan tentang manfaat istirahat akan banyak berguna dalam pencegahan.
- 2) Istirahat tidak selalu berarti tirah baring di tempat tidur, tapi ibu masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari, hanya di kurangi. Di antara kegiatan tersebut, ibu di anjurkan duduk atau berbaring.
- 3) Istirahat yang cukup pada ibu hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan di sesuaikan dengan kemampuan lebih banyak duduk dan berbaring ke arah punggung janin sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

c. Pemeriksaan antenatal care secara teratur

- 1) Uji kemungkinan pre-eklampsia
  - a) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya
  - b) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
  - c) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau edema
  - d) Pemeriksaan protein dalam urine
  - e) Apabila di perlukan, lakukan pemeriksaan fungsi ginjal, fungsi hati, gambaran darah umum, dan pemeriksaan retina.
- 2) Penilaian kondisi janin dalam rahim
  - a) Pemantauan tinggi fundus uteri
  - b) Pemeriksaan janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban.

- c) Usulkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi. Gejala ini dapat di tangani secara tepat.

#### **g. Penatalaksanaan**

- a. Prinsip penatalaksanaan pre-eklampsia:
- 1) Melindungi ibu dari efek peningkatan tekanan darah
  - 2) Mencegah progresifitas penyakit menjadi eklampsia
  - 3) Mengatasi atau menurunkan risiko janin (solusio plasenta, pertumbuhan janin terhambat, hipoksemia sampai kematian janin)
  - 4) Melahirkan janin dengan cara yang lebih aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur atau imatur jika di ketahui bahwa risiko janin atau ibu akan lebih berat jika persalinan di tunda lebih lama.
- b. Penatalaksanaan pre-eklampsia ringan (TD < 140/90 mmHg):
- 1) Dapat di katakan tidak berisiko bagi ibu dan janin
  - 2) Tidak perlu segera di beri obatanti hipertensi dan tidak perlu di rawat, kecuali tekanan darah meningkat terus (batas aman : 140-150/90-100 mmHg)
  - 3) Istirahat yang cukup (berbaring 4 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari).
  - 4) Diet rendah garam, tinggi protein.
  - 5) Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap 1 minggu
  - 6) Indikasi di rawat, jika ada perburukan, tekanan darah tidak turun setelah 2 minggu rawat jalan
  - 7) Jika dalam perawatan tidak ada perbaikan, tatalaksana sebagai pre-eklampsia berat.

- c. Penatalaksanaan pre-eklampsia berat ( TD > 160/90 mmHg):
- 1) Konservatif berarti kehamilan tetap di pertahankan bersamaan dengan pemberian pengobatan medisinal (untuk kehamilan < 35 minggu tanpa di sertai tanda-tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik).
  - 2) Penanganan aktif : apabila ibu memiliki 1 atau lebih kriteria berikut:
    - a) Ada tanda-tanda impending eklampsia
    - b) Ada HELLP syndrome
    - c) Ada kegagalan penanganan konservatif
    - d) Ada tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat
    - e) Usia kehamilan > 35 minggu
    - f) Maka ibu harus di rawat di rumah sakit, khususnya kamar bersalin.
    - g) Pemberian pengobatan medisinal: Anti kejang
    - h) Terminasi kehamilan: bila pasien belum inpartu di lakukan induksi persalinan
    - i) Persalinan SC di lakukan apabila syarat induksi persalinan tidak terpenuhi atau ada kontraindikasi persalinan pervaginam.

#### **h. Pengobatan**

- a. Pengobatan medikamentosa yaitu:
  1. Segera masuk rumah sakit.
  2. Tidur baring, miring ke satu sis (sebaiknya kiri), tanda vital periksa setiap 30 menit, refleks patela setiap jam.
  3. Infus dextros 5% di mana setiap 1 liter di selingi sengan infus RL (60-125 cc/jam) 500 cc

4. Antasida
  5. Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
  6. Pemberian obat anti kejang: Diazepam 20 mg IV di lanjutkan dengan 40 mg dalam Dekstrose 10% selama 4-6 jam, atau MgSO<sub>4</sub> 40% 5 gram IV pelan-pelan di lanjutkan 5 gram dalam RL 500 cc untuk 6 jam.
  7. Diuretik tidak di berikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau edema anasarka. Di berikan furosemid injeksi 40 mg/IV
  8. Antihipertensi di berikan bila: tekanan darah sistolik > 180 mmHg. Dapat di berikan catapres  $\frac{1}{2}$ . 1 ampul IM dapat di ulangi tiap 4 jam, atau alfametildopa 3 x 250 mg, dan nifedipin sublingual 5-10 mg.
  9. Kardiotonika, indikasinya bila ada tanda-tanda payah jantung, di berikan digitalisasi cepat dengan Cedilanid.
- b. Pengobatan obstetrik
1. Induksi persalinan: tetesan oksitosin dengan syarat nilai Bishop 5 atau lebih dan dengan fetal heart monitoring.
  2. Seksio Cesarea bila :
    - a) Fetal assesment jelek
    - b) Syarat tetesan oksitosin tidak di penuhi (nilai bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin
    - c) 12 jam setelah di mulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif.
    - d) Pada primigravida lebih di arahkan untuk di lakukan terminasi dengan Seksio Cesarea.

c. Untuk mengatasi kenaikan tekanan darah:

- 1) Metildopa 250 mg setiap 6 jam sekali hingga maksimal mencapai dosis 2 gr (per hari)
- 2) Labetalol (jika di perlukan) 5-20 mg setiap 20 menit sekali
- 3) Hidralazin (jika di perlukan) 5-10 mg sesudah setiap 20 menit sekali

d. Magnesium sulfat ( $MgSO_4$ ):

- 1) Preparat ini merupakan obat pilihan pada pre-eklampsia berat dan eklampsia : dosis 4-6 gr/ setiap 20 menit sekali
- 2) Rumatan (maintenance): 1-2 g/ jam

#### **Pemberian Magnesium sulfat**

##### **Pemberian $MgSO_4$ :**

Magnesium sulfat untuk Preeklampsia dan eklampsia :

Alternative 1 dosis awal :

$MgSO_4$  4 g IV sebagai larutan 40% selama 5 menit Segera dilanjutkan dengan 15 ml  $MgSO_4$  (40%) 6 g dalam larutan Ringer Asetat / Ringer Laktat selama 6 jam

Jika kejang berulang setelah 15 menit, berikan

Dosis pemeliharaan

$MgSO_4$  (40%) 2 g IV selama 5 menit  $MgSO_4$  1 g / jam melalui infuse Ringer Asetat / Ringer Laktat yang diberikan sampai 24 jam post partum

Alternative II dosis awal

$MgSO_4$  4 g IV sebagai larutan 40% selama 5 menit

Dosis pemeliharaan

Diikuti dengan MgSO<sub>4</sub> (40%) 5 g IM dengan 1 ml lignokain (dalam semprit yang sama) Pasien akan merasa agak panas pada saat pemberian MgSO<sub>4</sub>, frekuensi pernapasan minimal 16 kali/menit

Sebelum pemberian

Refleks patella (+)

MgSO<sub>4</sub> ulangan, lakukan pemeriksaan :

Urine minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir Frekuensi pernapasan < 16 kali/menit Reflek patella (-), bradipnea (<16 kali/menit)

Hentikan pemberian MgSO<sub>4</sub>, jika :

Siapkan antidotum

Reflek patella (-), bradipnea (<16 kali/menit) Jika terjadi henti napas Bantu pernapasan dengan ventilator Berikan kalsium glukonas 1 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernapasan mulai lagi. (Buku Acuan PONED, 2008).

#### **Syarat-syarat pemberian MgSO<sub>4</sub> Ratna Dewi Pudiastuti,(2012)**

1. Tersedia antidotum MgSO<sub>4</sub> yaitu calsium glukonas 10 %,1 gram (10 % dalam 10 cc) di berikan intravenosus dalam 3 menit
2. Refleks patela positif kuat
3. Frekuensi pernapasan lebih 16 kali permenit
4. Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc kg Bb /jam).

MgSO<sub>4</sub> di hentikan bila :

1. Ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologi menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP.
2. Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat
  - a. Hentikan pemberian magnesium sulfat

- b. Berikan calcium gluconase 10% 1gram (10%) dalam 10cc) secara IV dalam waktu 3 menit
- c. Berikan oksigen
- d. Lakukan pernapasan buatan.

Magnesium sulfat di hentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normatif).

### **PROTAP PEMBERIAN MgSO<sub>4</sub> PADA EKLAMPSIA DAN PREEKLAMPSIA BERAT**

#### **A. Perawatan Konservatif**

1. bila umur kehamilan kurang dari 37 minggu tanpa adanya keluhan subyektif dengan keadaan janin baik
2. pengobatan di lakukan di kamar bersalin selama 24 jam
  - a) tirah baring
  - b) pasang infuse ringer laktat yang mengandung dekstrose 5%, 60-125cc/jam.
  - c) Pemberian MgSO<sub>4</sub>
    - 1) Dosis awal pemberian MgSO<sub>4</sub> 40 %, 10 gr (im) di lanjutkan dengan MgSO<sub>4</sub> 40% 5 gr (im) tiap 6 jam s/d 24 jam.
    - 2) Dosis pemeliharaan MgSO<sub>4</sub> 40% 5 gr tiap 6 jam sampai 24 jam. Ingat harus selalu tersedia glukosa 10 % sebagai antidotum.

#### **B. Perawatan Aktif**

1. Indikasi hasil penilaian kesejahteraan janin jelek
2. Adanya keluhan subyektif

3. Adanya Sindroma Hellp, kehamilan aterm (UK 37 minggu)
4. Apabila perawatan konservatif gagal lakukan pengobatan medicinal
  - a) Tirah baring miring ke satu sisi
  - b) Pasang infuse ringer laktat yang mengandung dekstrose 5 %, 60 % -125 cc/ jam
  - c) Pemberian MgSO<sub>4</sub>
    - 1) Dosis awal MgSO<sub>4</sub> 20% 4 gr (iv) dan MgSO<sub>4</sub> 40 % 10 gr (im)
    - 2) Di lanjutkan dengan dosis pemeliharaan, MgSO<sub>4</sub> 40% 5 gr (im) setiap 6 jam s/d 24 jam pasca persalinan
    - 3) Pemberian anti hipertensi berupa clonidine hanya di berikan bila sistolik 180 mmHg atau diastolic 110 mmHg dengan cara pemberian satu ampul (1 ml ) clonidine dilarutkan menjadi 10 cc. mula- mula di suntikan 5 cc (iv) perlahan- lahan selama 5 menit. 5 menit kemudian tekanan darah di ukur, bila belum ada penurunan maka diberikan 5 cc (iv) dalam 5 menit sampai tekanan darah diastolic normal, dilanjutkan dengan Nifedipin 3x1 mg. atau metildopa 3x250 mg.

### 2.1.3 Konsep dasar Sectio Cesarea

#### 1. Pengertian

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan latin *caedere* yang artinya *memotong* Pengertian ini semula dijumpai dalam Roman Law (*Lex Regia*) dan *Emperor's Law (Lex Caesarea)* yaitu undang – undang yang menghendaki janin dalam kandungan ibu – ibu yang meninggal harus

dikeluarkan dari dalam rahim.. Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut atau vagina atau seksio caesarea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Mochtar Rustam, 1988)

Sectio Caesarea juga adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Jitowiyono Sugeng. 2010)

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Sarwono, 2010)

Menurut Mochtar (1998) indikasi di lakukan sectio cesarea antara lain:

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit
3. Disproporsi sefalo-pelfik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul
4. Ruptura uteri mengancam
5. Partus lama
6. Partus tak maju
7. Distosia serviks
8. Preeklampsia dan hipertensi
9. Mal presentasi janin:
  - a. Letak lintang
  - b. Letak bokong

- c. Presentasi dahi dan muka bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil
- d. Presentasi rangkap, bila reposisi tidak berhasil
- e. Gemeli, menurut eastman sectio cesarea di anjurkan :
  - 1) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu
  - 2) Bila terjadi interlok
  - 3) Distosia oleh karena tumor
  - 4) Gawat janin.

## **2. Perioperatif**

Perioperatif merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang di mulai prabedah (preoperasi), bedah (intraoperasi), dan pascabedah (postoperasi). Pra bedah merupakan masa sebelum di lakukan tindakan pembedahan, dimulai sejak persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien di meja bedah. Intrabedah merupakan masa pembedahan yang di mulai sejak pasien di transfer ke meja bedah dan berakhir saat pasien di bawah ke ruang pemulihan. Pascabedah merupakan masa setelah di lakukan pembedahan yang di mulai sejak pasien memasuki ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya.

### **1. Perawatan preoperasi**

Perawatan preoperasi merupakan tahap awal dari keperawatan perioperasi. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat di perlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi.

- a. Persiapan diet.

Pasien yang akan di bedah memerlukan persiapan khusus dalam hal pengaturan diet. Sehari sebelum bedah, pasien boleh menerima makanan biasa. Namun 8 jam sebelum bedah tersebut di lakukan, pasien tidak di perbolehkan makan. Sedangkan, cairan tidak di perbolehkan 4 jam sebelum operasi, sebab makanan dan minuman dalam lambung dapat menyebabkan terjadinya aspirasi.

b. Persiapan kulit

Persiapan ini di lakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan di bedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit dengan sabun heksaklorofin atau sejenisnya yang sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus di cukur.

c. Latihan pernapasan dan latihan batuk

Pernapasan yang di anjurkan adalah pernapasan diafragma, dengan cara seperti berikut ini :

- 1) Atur posisi tidur semifowler
- 2) Tempatkan tangan di atas perut
- 3) Tarik napas perlahan-lahan melalui hidung, biarkan dada mengembang
- 4) Tahan napas selama 3 detik
- 5) Keluarkan napas melalui mulut yang di moncongkan.
- 6) Tarik napas dan keluarkan kembali, lakukan hal yang sama hingga 3 kali setelah napas terakhir, batukkan untuk mengeluarkan lendir.
- 7) Istrahat

d. Latihan kaki

Latihan ini dapat di lakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis.

Latihan kaki yang di anjurkan antara lain latihan memompa otot, latihan quadriseap, dan latihan mengencangkan glutea.

e. Latihan mobilitas

Latihan mobilitas di lakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubilitus, merangsang paristalik, serta mengurangi adanya nyeri.

f. Pencegahan cedera

Untuk mengurangi resiko terjadinya cedera, tindakan yang perlu di lakukan sebelum pelaksanaan bedah adalah:

- 1) Cek identitas pasien
- 2) Lepaskan perhiasan pada pasien yang dapat mengganggu, misalnya cincin, gelang, kalung, dan lain-lain.
- 3) Bersihkan cat kuku untuk memudahkan penilaian sirkulasi
- 4) Lepaskan kontak lensa
- 5) Lepaskan protetis
- 6) Alat bantu pendengaran dapat di gunakan jika pasien tidak dapat mendengar
- 7) Anjurkan pasien untuk mengendurkan kandung kemih
- 8) Gunakan kaos kaki antiemboli bila pasien beresiko terjadi tromboflebitis.

2. Perawatan intraoperasi

Rencana tindakan :

a. Penggunaan baju seragam bedah

Penggunaan baju seragam beda di gunakan secara khusus dengan harapan dapat mencegah kontaminasi dari luar

b. Mencuci tangan sebelum pembedahan

c. Menerima pasien di daerah bedah

Sebelum memasuki wilayah bedah, pasien harus melakukan pemeriksaan ulang di ruang penerima untuk mengecek kembali nama, bedah apa yang akan di lakukan, nomor status register pasien, berbagai hasil laboratorium dan x-ray, persiapan darah sebelum dilakukan pemeriksaan silang dan golongan darah, alat protesis, dan lain-lain.

d. Pengiriman dan pengaturan posisi ke kamar bedah posisi yang di anjurkan pada umumnya adalah terlentang, telungkup, trendelenburg, litotomi, lateral, atau di sesuaikan dengan jenis operasi yang akan di lakukan.

e. Pembersihan dan persiapan kulit

Pelaksanaan tindakan ini bertujuan untuk membuat daerah yang akan di bedah bebas dari kotoran dan lemak kulit, serta untuk mengurangi adanya mikroba.

f. Penutup daerah steril

Penutup daerah steril di lakukan dengan menggunakan duk sterik agar tetap sterilnya daerah seputar bedah dan mencegah berpindahnya mikroorganisme antara daerah steril atau tidak.

g. Pelaksanaan anastesia

Anastesia dapat di lakukan dengan berbagai macam, antara lain anastesia umum, inhalasi atau intravena, anastesia regional, dan anastesia lokal.

h. Pelaksanaan pembedahan

Setelah di lakukan pembedahan anastesia, tim bedah akan melaksanakan pembedahan sesuai dengan ketentuan pembedahan.

3. Perawatan postoperasi

Rencana tindakan:

- a. Meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dapat di lakukan dengan cara merawat luka, serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin c.
- b. Mempertahankan respirasi yang sempurna dengan latihan napas, tarik napas yang dalam dengan mulut terbuka, lalu tahan napas dalam 3 detik dan hembuskan, atau dapat pula di lakukan dengan menarik napas melalui hidung dan menggunakan diafragma, kemudian napas di keluarkan perlahan-lahan melalui mulut dan di kuncupkan.
- c. Mempertahankan sirkulasi, dengan stoking pada pasien yang beresiko tromboflebitis atau pasien dilatih agar tidak duduk terlalu lama dan harus meninggikan kaki pada tempat duduk guna memperlancar vena balik.
- d. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, dengan memberikan cairan sesuai dengan kebutuhan pasien. Monitor input dan output, serta mempertahankan nutrisi yang cukup.

- e. Mempertahankan eliminasi, dengan mempertahankan asupan dan output serta mencegah terjadinya retensi urine
- f. Mempertahankan aktivitas dengan latihan yang memperkuat otot sebelum ambulatori.
- g. Mengurangi kecemasan dengan melakukan komunikasi secara terapeutik (Mujahidah, 2012)

### 3. Komplikasi

Menurut Mochtar (1998), komplikasi terdiri dari :

#### 1. Syok

Syok adalah komplikasi yang paling serius. Syok dapat digambarkan sebagai tidak memadainya oksigenisasi seluler yang disertai dengan ketidakmampuan untuk mengekskresikan produk sampah metabolisme. Tanda-tanda syok antara lain: pucat; kulit dingin, basah; pernapasan cepat; sianosis pada bibir, gusi dan lidah; nadi cepat, lemah, dan bergetar; penurunan tekanan nadi; biasanya tekanan darah rendah dan urin pekat.

#### 2. Infeksi puerperal (nifas)

- a. Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- b. Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- c. Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Perdarahan karena banyak pembuluh darah yang terputus. Perdarahan pada plasenta.

3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi.
4. Kemungkinan ruptur uteri tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

#### **4. Efek Samping Bedah Caesarea**

Bedah caesarea adalah pilihan teraman ketika masalah tertentu muncul. Sebagian wanita berpikir bahwa persalinan akan berjalan lebih cepat dan lebih mudah lewat bedah cesar. sekalipun tidak ada masalah, namun bedah cesar sebenarnya tidak mudah bagi sang ibu maupun bayinya, tidak seperti yang dipikirkan (Prawirohardjo, 2009).

Beberapa resiko yang mungkin muncul dari bedah caesarea:

1. Masalah-masalah yang berhubungan dengan anastesi yang digunakan untuk pembedahan .
2. Rasa sakit selama beberapa minggu pasca persalinan.
3. Resiko infeksi dan kehilangan darah lebih besar dari pada kelahiran lewat vagina.
4. Lebih sulit bagi ibu untuk merawat bayi.
5. Lebih banyak masalah dengan kehamilan,selanjutnya (termasuk masalah untuk hamil kembali dan memiliki plasenta yang sehat).
6. Resiko bedah cesar yang lebih besar untuk persalinan berikutnya.

## **2.2. Konsep Manajemen Kebidanan dan Konsep Manajemen dengan Metode SOAP**

### **2.2.1. Manajemen Kebidanan**

#### **1. Pengertian manajemen kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan

berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

## **2. Tujuan**

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan berstandar ibu hamil dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama kehamilan. (Sudarti, 2010).

## **3. Prinsip**

Prinsip manajemen kebidanan menurut Varney sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College of Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari: Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dan menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.

Memberi informasi dan suport sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari

keadaan normal. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan

#### **4. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan**

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, yang setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan klien (Saminem, 2008). Berikut ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney :

##### **a. Langkah I pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anemnese pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang (Estiwidiani, 2008).

Tahap ini merupakan langkah awal akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan yang benar atau tidak dalam tahapan selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Estiwidani, 2008).

Jika klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, dapat terjadi langkah pertama pertama tumpang-tindih dengan langkah V dan VI (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data

yang diperlukan didapat dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang, bidan perlu memulai manajemen dari langkah IV untuk mendapat data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter (Sanimen, 2008).

#### 1. Langkah II interpretasi Data

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Purwandari, 2007).

Sebagai contoh, diagnosanya wanita hamil trimester III, masalahnya wanita tersebut merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori "nomenklatur standar diagnosis", tetapi tentu akan menimbulkan masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan perencanaan untuk mengurangi rasa takut (Purwandari, 2007).

Diagnosa kebidanan (Estiwandini, 2008) adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan meliputi :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan

- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

## 2. Langkah III Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Estiwadani, 2008).

## 3. Langkah IV menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (Estiwadani, 2008).

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat memcerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut dalam persalinan (Estiwadani, 2008).

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi suatu yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak (Estiwadani, 2008).

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan suatu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu

intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Estiwadani, 2008).

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan (Estiwadani, 2008).

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan (Estiwadani, 2008).

Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

#### 4. Langkah V menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Purwandari, 2007).

Rencana asuhan yang tidak menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi-kultur atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan oleh klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini, tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Estiwadani, 2008).

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan yang menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang Up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan teori yang benar serta memadai atau berdasarkan data dasar yang lengkap dan dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya (Saminem, 2008).

#### 5. Langkah VI pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya dengan memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien dengan komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan (Estiwidiani, 2008).

#### 6. Langkah VIII evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses asuhan tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta

berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Estiwidani, 2008).

### **2.2.2. Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP**

Menurut Thomas (1994) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berpikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Uraian dari metode SOAP adalah :

S : adalah data subyektif

O : adalah data obyektif

A : adalah analysis/ assessment

P : adalah planing

Uraian diatas merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

S : Data Subyektif. Data subyektis (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari

sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data dibelakang huruf "S" diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

O : Data Obyektif. Data obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga dan orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

A : Analysis atau Assessment. Analysis atau assessment (A), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil

keputusan atau tindakan yang tepat. Analysis atau assessment merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis / masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

P : Planning. Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien optimal mungkin mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *planning* atau perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam, ketujuh.

Pendokumentasian P dan SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan keselamatan membahayakan pasien. Sebanyak mungkin pasien dilibatkan dalam

proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation/evaluasi* yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan /asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

## **2.3. KONSEP ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIPARA**

### **DENGAN POST SC ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA BERAT**

#### **2.3.1. Pengkajian Data**

##### **1. Data Subyektif**

- a. Usia merupakan Resiko terjadinya preeklampsia meningkat seiring dengan peningkatan usia (peningkatan resiko 1,3 per 5 tahun peningkatan usia). Resiko terjadinya Preeklampsia pada wanita usia belasan terutama adalah karena lebih singkatnya lama paparan sperma. Sedang pada wanita usia lanjut terutama karena makin tua usia endothel makin berkurang kemampuannya dalam mengatasi terjadinya respon inflamasi sistemik dan stress regangan hemodinamik (Lapman, dkk, 2013).

- b. Pekerjaan Untuk mengetahui sejauh mana pengaruh kesehatan pasien dalam aktifitasnya dan pada pasien post operasi dapat mulai beraktivitas normal kembali didalam waktu 7 hari (Ambarwati, 2010).
- c. Suku bangsa untuk mengetahui asal daerah dan juga adat kebiasaan yang dilakukan (Ambarwati, 2010).
- d. Keluhan utama: Melahirkan dengan cara SC, pada ibu post operasi keluhan yang biasa timbul yaitu rasa nyeri pada perut, badan terasa lemah,demam,sulit mobilisasi,mual muntah. Pada Preeklampsia didapatkan sakit kepala didaerah frontal, skotoma, diplopia, penglihatan kabur, nyeri didaerah epigastrium, mual atau muntah-muntah karena perdarahan subkapsuler spasme areriol. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul. Tekanan darah pun akan meningkat lebih tinggi, edema dan proteinuria bertambah meningkat. (Ambarwati, 2010).
- e. Status Perkawinan : Kemungkinan psikologi pasien sebagai penyebab terjadinya preeklampsia berat,meskipun merupakan penyebab yang belum jelas, gangguan psikologi pada ibu dapat memicu timbulnya preeklampsia berat pada kehamilan (Ambarwati, 2010).
- f. Riwayat kehamilan dan persalinan lalu: Riwayat preeklampsia pada kehamilan dan persalinan sebelumnya memberikan resiko sebesar 13.1% untuk terjadinya preeklampsia pada kehamilan dan persalinan berikutnya (Ambarwati, 2010).
- g. Riwayat keluarga preeklampsia dan eklampsia memiliki kecenderungan untuk diturunkan secara familial (keturunan). hasil

studi Norwegia menunjukkan bahwa mereka yang saudara kandungnya pernah alami preeklampsia, estimasi OR (Odds Ratio) adalah sebesar 2,2. Sedangkan bagi mereka yang satu ibu lain ayah Odds Ratio sebesar 1,6. Bagi mereka yang satu ayah lain ibu Odds Ratio adalah 1,8. Sementara itu hasil studi lain menunjukkan bahwa riwayat keluarga dengan preeklampsia menunjukkan resiko 3 kali lipat untuk mengalami preeklampsia (Lie 2004).

h. Latar belakang sosial budaya

Mempengaruhi ibu nifas dalam aktifitas sehari-hari. Pasien dengan preeklampsia berat harus memeriksakan diri secara teratur dan rutin, dan sebagian besar klien belum mengerti penyakitnya oleh karena itu perlu penjelasan dan nasehat dari petugas kesehatan (Saifudin, 2002).

i. Status Gizi

Tidak ada hubungan bermakna antara menu/pola diet tertentu (WHO). Penelitian lain yaitu kekurangan kalsium berhubungan dengan angka kejadian yang tinggi. Angka kejadian juga lebih tinggi pada ibu hamil yang obesitas/overweight. Pasien dengan preeklampsia berat yang habis mengalami post SC puasa 1x24 jam. Nutrisi untuk mengetahui pola makan dan minum, frekwensi/ banyaknya, dan jenis makanan dan pantangan. Selama ibu dapat mengonsumsi sesuai dengan tahap-tahap yang berlaku bagi pasien post operasi.

j. Pola eliminasi

Pada ibu post SC dengan PEB mengalami oliguria yaitu produksi urin kurang dari 500cc/24 jam. Pasien dengan post SC tidak mengalami perubahan pada eliminasi, sebaliknya eliminasi urin kadang-kadang

produksi urin berkurang. Produksi urin diukur tiap 3 jam BAK melalui kateterisasi, karena ibu masih berbaring di tempat tidur beberapa hari sedangkan BAB menggunakan pispot

k. Pola istirahat

Untuk mengetahui pola istirahat dan tidur pasien. pada istirahat sangat penting bagi ibu masa post operasi karena dengan istirahat cukup dapat mempercepat proses pemulihan. ibu beristirahat dengan cukup.

l. Aktivitas

Pasien dengan perawatan post SC mengalami bedrest dan aktivitasnya tergantung karena adanya oedema pada anggota geraknya (kaki) selain itu juga karena pemberian cairan parenteral (infus).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum : Lemah

2) Kesadaran Samnolen :

3) Tanda-tanda vital

a. TD :120/160 mmHg, (normal)

Bila TD 160/110 mmHg Preeklamsia berat

b. suhu, 36,6-37,5<sup>0</sup>C (normal)

Bila suhu <36,5<sup>0</sup>C hipotermi dan >37,5<sup>0</sup>C hipertermi

c. RR 16-24/ menit (normal)

4) Bila RR lebih dari normal takipnea

b. Pemeriksaan fisik

1) Fokus pemeriksaan fisik diantaranya :

Observasi Oedema, dan pitting. jika wajah tidak jelas, tanyakan ibu apakah edemanya lebih jelas saat ia bangun tidur. edema digambarkan sebagai dependen pitting.

- a) Edema dependen: adalah edema pada bagian bawah tubuh yang dependen, dimana tekanan hidrostatiknya paling besar. Apabila sedang berjalan, edema ini paling jelas terlihat dikaki dan pergelangan kaki. Apabila berbaring, edema lebih sering timbul dibagian sakrum
- b) Edema pitting, meninggalkan lekukan kecil setelah bagian yang bengkak ditekan dengan jari. lekukan ini disebabkan pergeseran cairan ke jaringan sekitar, menjauh dari tempat yang mendapat tekanan. Perhatikan derajat relative edema.

## 2) Abdomen

Apakah ada bekas SC atau tidak, linea ada atau tidak, striae ada atau tidak, bagaimana involusio uteri dan kontraksi uterus.

## 3) Ekstremitas

Ada oedema atau tidak, oedema pada tungkai adalah patologis pada usia kehamilan di atas 20 minggu karena berhubungan dengan preeklampsia.

Melakukan pengukuran refleks patella, apakah reflek positif atau negatif.

## 4) Genitalia

Vulva/vagina ada pengeluaran lendir darah atau tidak, ada oedema atau tidak, ada varises atau tidak, anus ada haemoroid atau tidak. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah : Hb 11,5 gr

b) Protein urine (++)

### **2.3.2. Analisa Masalah dan Diagnosa**

Diagnosa preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala yaitu hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau disertai oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Pratami 2013).

### **2.3.3. Diagnosa Masalah Potensial.**

Komplikasi tergantung dari berat ringannya preeklampsia atau eklampsia. Yang paling sering ditemukan adalah oligouria. Penyebab Utama kematian pada preeklampsia atau eklampsia adalah penimbunan cairan di paru-paru akibat kegagalan jantung kiri. Sebab lainnya adalah pendarahan otak, terganggunya fungsi ginjal, dan masuknya isi lambung kedalam saluran pernapasan. Yang termasuk komplikasi khusus antara lain sindrom HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count), sianosis (kerusakan hati dan penurunan trombosit, gagal jantung, gagal ginjal (gangguan nefrotik). Sedangkan yang termasuk komplikasi umum adalah eklampsia, gagal jantung, dan oedema (Prawirohardjo, 2010).

### **2.3.4. Tindakan Segera**

Antisipasi tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Pada langkah ini mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan yang terjadi ( Hidayat, 2008).

Berdasarkan pendokumentasian kebidanan yang dilakukan penanganan preeklampsi berat yaitu dengan pemasangan infuse RL drip

MgSO<sub>4</sub> 28 tetes per menit sehingga tidak terjadi komplikasi bagi ibu, dan persiapan section caesaria dengan instruksi dari dokter

Tindakan segera yang dilakukan pada primipara dengan post SC atas indikasi preeklampsia berat yaitu tindakan mandiri adalah kolaborasi dengan dokter.

### **2.3.5. Rencana Tindakan**

Rencana asuhan pada primipara dengan post SC atas indikasi preeklampsia berat antara lain:(Robson (2011)).

- a. Jelaskan pada ibu nifas tentang hasil pemeriksaan
- b. Jelaskan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas
- c. Anjurkan ibu untuk mobilisasi
- d. Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene
- e. Pantau tekanan darah
- f. Menjelaskan dan menganjurkan ibu untuk BAK bila ingin berkemih dan BAB.
- g. Beri dukungan mental pada ibu
- h. Perawatan luka SC
- i. Nutrisi masa nifas

### **2.3.6. Pelaksanaan**

Menurut Sulistiawati, 2010, Pelaksanaan asuhan padapada primipara dengan post SC atas indikasi preeklampsia berat antara lain:

- a. Menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
- b. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya ibu nifas
- c. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi
- d. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene

- e. Memantau Tekanan darah
- f. Menjelaskan dan menganjurkan ibu untuk BAK bila ingin berkemih dan BAB.
- g. Memberi dukungan mental pada ibu
- h. Melakukan perawatan luka SC
- i. Nutrisi masa nifas

### **2.3.7. Evaluasi**

Menurut Varney,2004, Evaluasi dilaksanakan untuk menilai pelaksanaan asuhan kebidanan mengacu pada diagnosa nomenklator,masalah dan kebutuhan pasien telah dapat teratasi atau belum dan hasil yang diharapkan adalah:

- a. Ibu dan keluarga dapat menerima dan memahami penjelasan yang diberikan serta dapat bekerja sama dalam program asuhan dan pengobatan.
- b. Tetap melakukan kolaborasi therapi dengan dokter.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian**

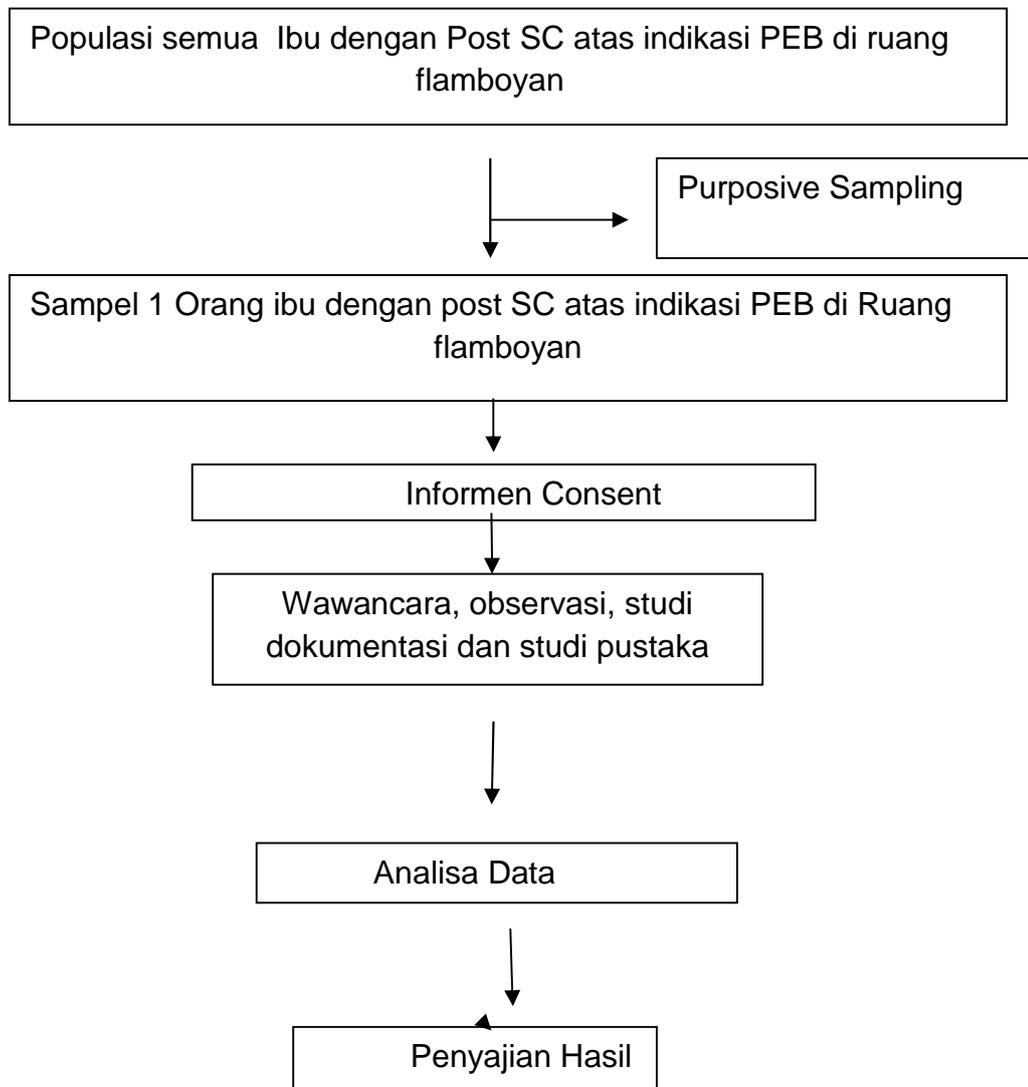
Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. studi kasus adalah uraian dan penjelasan komprehensif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau situasi sosial. Peneliti studi kasus berupaya menelaah sebanyak mungkin data mengenai subyek yang diteliti Mulyana, (2006). Penelitian kualitatif menggunakan desain penelitian studi kasus dalam arti penelitian difokuskan pada satu fenomena saja yang dipilih dan ingin dipahami secara mendalam, dengan mengabaikan fenomena-fenomena lainnya Sukmadinata, (2010).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan Laporan Tugas akhir yaitu untuk menggambarkan Asuhan Manajemen Kebidanan Pada Primipara dengan post SC atas indikasi Preeklampsia berat di ruangan Flamboyan.

#### **3.3.1 Kerangka Kerja**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisa datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.3.1 Kerangka kerja penelitian studi kasus Pada Primipara Dengan post SC atas indikasi Preeklamsia berat di ruangan Flamboyan.

## **3.2 Populasi, Sampel dan Sampling**

### **3.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian. Penentuan sumber data dalam suatu penelitian sangat penting dan menentukan keakuratan hasil penelitian Metode Penelitian Kesehatan (Notoadjomo, 2011).

### **3.2.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi Metode penelitian kesehatan ,(Notoadmojo,2011). Pada penelitian ini adalah sampel yang diambil Primipara dengan Post SC atas Indikasi Preeklamsia Berat hari pertama yang sedang dirawat di RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.

### **3.2.3 Sampling**

Teknik sampling adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada Hidayat,(2010). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobaliti sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Notoadmojo,2011).

### **3.3 Pengumpulan Data dan Analisa Data**

#### **3.3.1 Pengumpulan Data**

##### **1. Proses Pengumpulan Data**

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan Laporan Tugas Akhir di lahan yang ditujukan kepada kepala ruangan Flamboyan, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Untuk melakukan penelitian, peneliti melakukan permohonan ijin pada bidan yang bertugas di ruang Flamboyan dan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara pasien dan observasi secara langsung.

##### **2. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian ibu nifas. lembar pengkajian ini terdiri dari data Subjektif dan data Objektif. Untuk mendapatkan data Subjektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data Objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

##### **a. Waktu dan Tempat Penelitian**

###### **1) Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 22 april sampai dengan 02 mei 2017.

## 2) Tempat penelitian.

Lokasi Studi Kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoadmodjo, 2006). Penelitian ini dilakukan diruangan Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur

## 3. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus merupakan hal atau orang yang akan dikenai kegiatan pengambilan kasus (Notoadmodjo, 2006). Subjek dalam Laporan Tugas Akhir ini dilakukan pada Primipara Dengan Post SC atas indikasi Preeklamsia berat di Ruangan Flamboyan.

### 3.3.2 Analisa Data

Data dianalisa berdasarkan hasil pengkajian untuk menentukan diagnosa dan Tindakan.

## 3.4 Etika Penelitian

### a. Informed Consent(persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara pasien sebagai responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan informed consent tersebut, diberikan sebelum penelitian untuk menjadi responden. tujuan imforme consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. (Hidayat, 2010)

### b. Anonimily (tanpa Nama)

Masalah etika Kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan dan mencantumkan nama

responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2010)

c. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan dari peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset ( Hidayat, 2010).

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**4.1. HASIL PENELITIAN**

**4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruangan Flamboyan, RSUD Prof.Dr. W. Z Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Ketenagakerjaan di ruangan Flamboyan :Bidan 33 orang,Perawat 4 orang.Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 3 sif jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00 wita), siang (pukul 14.00-21.00 wita) dan malam (pukul 21.00-07.00 wita). Jumlah tenaga bidan 4-5 orang/ sif dan dokter 1 orang/ sif setiap harinya.

a. Fasilitas di ruangan Flamboyan

Fasilitas yang tersedia di ruangan terdiri dari:

- a) Bed 48 buah.
- b) Lemari penyimpanan obat-obatan 1 buah
- c) Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan Vital sign, gunting, plester, alcohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medik dan non medik (2 buah).
- d) Jumlah ruangan ada 8 :
  - a. Ruangan petugas : 1
  - b. Ruangan kepala : 1
  - c. Ruangan Alat : 1
  - d. Ruangan Linen : 1
  - e. Ruangan Dapur : 1

#### 4.1.2. Hasil Peneliti Studi Kasus

##### 1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari sabtu, 22 April 2017 pada pukul 16.00 wita, di ruangan flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pengkajian dilakukan pada Ny.Y.B.umur 26 tahun, agama Kristen, suku Timor , pendidikan SMA, pekerjaan IRT. Suami: Tn.B.B. umur 28 tahun, agama Kristen protestan, suku Timor , pendidikan SMA, pekerjaan Tukang, alamat rumah RT/RW 02/01 Lasiana, keluhan utama ibu mengatakan merasa nyeri pada luka operasi.

Pengkajian riwayat reproduksi Ny.Y.B. menarche diusia 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya haid 4-5 hari, sifat darah encer, tidak ada nyeri haid, HPHT 15-07-2016. Status pernikahan syah, umur pada saat menikah 25 tahun, lamanya menikah 1 tahun. Pengkajian riwayat kehamilan : selama hamil ibu melakukan pemeriksaan di pustu Lasiana sebanyak 6 kali. Riwayat persalinan sekarang: ibu melahirkan anak pertama tanggal 22-04-2017 pada jam 10.30 wita secara SC atas indikasi PEB, bayi jenis kelamin perempuan, BB : 3100 gram, terpasang infus RL drip MgSO4 40% 6 gram 28 tetes/menit dan RL drip oxytosin 20 IU 20 tetes/menit, Riwayat keluarga berencana: Ny.M.B.belum pernah menggunakan alat kontrasepsi karena baru anak pertama. Latar belakang sosial budaya yang berkaitan dengan nifas : didalam keluarga ibu tidak ada makanan pantangan maupun pantangan seksual yang berhubungan dengan masa nifas

Riwayat penyakit: ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, hepatitis, diabetes, asma,HIV/AIDS. Keluarga ibu tidak memiliki

riwayat penyakit demikian. Keluarga sangat mendukung ibu dengan selalu menemani sampai dengan proses operasi selesai.

Status gizi : ibu masih dianjurkan untuk puasa. Eliminasi normal, ibu terpasang dauer kateter dengan urine bag, jumlah urine 200 cc, berwarna kuning. Pola istirahat : ibu masih belum bisa tidur karena masih merasa nyeri pada luka operasi. Mobilisasi : ibu belum bisa mobilisasi seperti miring kiri atau kanan. Pemeliharaan kebersihan diri setelah operasi suami/keluarga yang membantu ibu untuk melakukan perawatan diri dan personal hygiene

Hasil pengkajian data obyektif: Pemeriksaan keadaan umum Ny Y. B. baik, kesadaran sadar penuh dan bisa berespon terhadap rangsangan, pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah 140/90 mmhg, suhu 36,8°C, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi napas 18x/menit, hasil pemeriksaan fisik : Mata : kelopak mata tidak edema, gerakan mata serasi, conjungtiva merah muda, sclera putih, hidung tidak ada secret, tidak ada reaksi alergi, mukosa bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada caries pada gigi, ibu tidak mengalami kesulitan menelan, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Payudara simetris, areola mammae mengalami hiperpigmentasi pada payudara kiri dan kanan, puting susu menonjol, kolostrum ada kanan dan kiri Abdomen ada striae lividae, ada bekas luka operasi, tidak ada perdarahan dinding perut lembek, involusi normal, TFU 2 jari dibawah pusat kontraksi uterus baik, lochea rubra. Pada bagian anus tidak ada haemoroid. Pada ekstremitas atas simetris, pada kedua tangan terpasang infus, tidak edema. Pada ekstremitas bawah simetris, terdapat edema pada kedua kaki, tidak ada varises. Pada pemeriksaan Lab tanggal 22-5-2016

dilakukan pemeriksaan Darah Rutin diketahui HB 12,4gr% . Terapi yang didapat : Injeksi cefotaxime 2x1 gr IV, injeksi kalnex 2x1gr / IV, Katrofen 2x1 gr/ iv, ranitidine 2x1 gr/ iv, infus RL drip MgSO4 40% 6 gr 28 tetes/menit/24 jam, infus RL drip oxy 20 IU 20 tetes/menit/24 jam.

## 2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Analisa masalah dan diagnosa yang didapat dari masalah yang ada adalah primipara post sc atas indikasi Pre-eklampsia berat. Data dasar yang mendukung ialah :data subyektif ibu mengatakan telah melahirkan anak pertama secara SC pada tanggal 22april 2017, jam 10.30 wita. Ibu merasa nyeri pada luka bekas operasi.

ibu merasa pusing , setelah melahirkan anak pertamanya secara SC jenis kelamin perempuan, BB: 3100 gram dan panjang 48 cm. Data objektif pendukung diagnosa yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan bisa merespon terhadap rangsangan, pemeriksaan tanda-tanda vital : Tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 36,8°C, frekuensi nadi 85x/menit , frekuensi napas 18x/menit, hasil pemeriksaan fisik : kelopak mata tidak edema, gerakan mata serasih, konjungtiva merah muda, sklera putih. Payudara: simetris, areola mammae terdapat hyperpigmentasi pada payudara kiri dan kanan, puting susu menonjol, ada colostrum kanan+/kiri+, Abdomen terdapat luka luka operasi tertutup kasa steril,tidak ada perdarahan, involusi normal, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik,. Pada pemeriksaan vulva dan vagina terdapat lochea rubra berwarna merah segar, dan cairan yang keluar tidak bau. Tidak edema, pada ekstremitas atas , infus RL drip MgSO4 40% 6 gr 28 tetes/menit/24 jam di tangan kanan, infus RL drip oxy 20 IU 20 tetes/menit/24 jam di tangan kiri. pada ekstremitas bawah terdapat

edema pada kedua kaki, dan tidak ada varises terpasang DC jumlah urine 200 cc, pemeriksaan penunjang yaitu hemoglobin (Hb) 12,5 gr%. Protein urine positif satu.

### 3. Antisipasi Masalah Potensial

Antisipasi masalah potensial yang dapat terjadi pada primipara Post SC atas indikasi Pre-eklampsia berat adalah resiko terjadinya eklampsia , dan infeksi pada luka operasi

### 4. Tindakan Segera

Tindakan segera yang dilakukan pada primipara post SC atas indikasi pre-eklampsia berat yaitu pantau tetesan infuse dan tanda- tanda vital.

### 5. Perencanaan

Rencana asuhan kebidanan pada tanggal 22 april 2017, jam 16.30 Wita dengan diagnosa primipara post SC atas indikasi Pre-eklampsia berat adalah sebagai berikut:

Perencanaan yang dilakukan pada Ny.Y.B yaitu informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Rasional:Hasil pemeriksaan merupakan hak ibu untuk mengetahui sehingga ibu lebih Kooperatif dengan asuhan yang di berikan. Observasi tanda- tanda vital dan keadaan umum ibu. Rasional . Deteksi dini keadaan patologis yang muncul.Observasi tanda – tanda eklampsia post partum yaitu nyeri kepala hebat, pusing, pandangan kabur, dan naiknya tekanan darah, dan kejang. Rasional . Dapat mendeteksi dini tingkat kegawat daruratan.Observasi tetesan infus. Rasional :dapat mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan cairan. Observasi kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan perdarahan. Rasional . Deteksi dini tanda

bahaya masa nifas. Melakukan pemberian obat dengan intravena. Rasional: pemberian obat dengan cara intravena akan mempercepat proses reaksi obat di dalam tubuh. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti miring kiri atau kanan secara bergantian Rasional. Mengurangi rasa nyeri luka operasi. Memberitahu ibu masih puasa setelah 6 jam baru mulai minum sedikit- sedikit secara bertahap dan makan bila ibu sudah flatus . Rasional: Pengaruh anastesi yang diberikan pada saat operasi mengganggu aktivitas peristaltik pada usus ibu sehingga dapat menyebabkan mual muntah ibu sudah bisa makan bila ibu sudah flatus. Observasi tetesan infus RL 500 CC drip mgSo4 40 % 6 gram 28 tetes/ menit dan infuse RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/ menit. Rasional. Dengan pemantauan lancarnya tetesan infus dapat di pastikan efisiensinya cairan yang di berikan. Dokumentasi hasil pemeriksaan. Rasional. Sebagai hasil intervensi untuk tindakan selanjutnya dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

#### 6. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada tanggal 22april 2017, jam 17.00 Wita dengan diagnosaprimipara post SC atas indikasi Pre-eklampsia berat adalah sebagai berikut:

Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu: hasil TTV:TD: 140/80 mmHg, Suhu: 36,8 ° C Nadi:79x/menit, RR:19X/menit Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat,ada pengeluaran lochea rubra, luka operasi tertutup dengan kasa steril, tidak ada perdarahan. Ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi kesehatan ibu. Jam 17: 10 wita. Mengobservasi tanda- tanda eklamsia pada ibu yaitu: nyeri kepala hebat, pusing,

pandangan kabur, dan naiknya tekanan darah Ibu hanya merasa pusing.

Jam 17: 15 wita. Mengobservasi tetesan infuse. infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menit dan, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ berjalan dengan lancar. Jam 17: 30 wita menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap, seperti miring ke kiri dan ke kanan secara bergantian. Ibu mencoba melakukan mobilisasi, tetapi ibu belum bisa miring kiri dan miring kanan.

Jam 17: 50 wita. Menganjurkan ibu untuk teknik relaksasi. Ibu mencoba melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri luka operasi. Jam 18: 00 wita.. beri minum ibu secara bertahap. Ibu sudah minum 3-4 sendok air dan ibu tidak mual ataupun muntah, dan mengganti infuse RL drip MgS04 flash ke dua Jam 19: 00 wita. Mengajarkan ibu cara menyusui bayinya secara benar dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya dengan posisi yang nyaman dan tepat yaitu jika ibu duduk berikan sandaran bantal pada bagian belakang ibu sehingga ibu tidak cepat lelah dan memberikan ASI pada bayi dengan posisi kepala dan badan bayi sejajar dengan perut ibu, memasukkan puting susu sampai bagian areola masuk kedalam mulut bayi, memberitahukan ibu untuk menjaga agar hidung bayi tidak tertutup oleh payudara ibu dan memberikan ASI pada bayi bergantian kedua payudara sehingga tidak menyebabkan pembengkakan pada payudara. Jam 20: 00 wita. Observasi tetesan infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menit, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ menit. infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menit, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ menit berjalan lancar. dan memenuhi kebutuhan nutrisi ibu, Ibu sudah makan makanan yang di sediakan dari Rumah Sakit yaitu Nasi, sayur, tahu dan telur. Jam 20: 10 wita. melakukan pemberian obat

dengan cara injeksi. Telah di berikan injeksi kalneks 50 mg/ iv, cefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv. Jam 20: 20. membantu ibu mengganti pembalut. Ibu sudah merasa nyaman setelah diganti pembalut. Jam 21:00 wita. Mengobservasi kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan perdarahan. Kontraksi uterus baik TFU 2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong dan pengeluaran lochea basah 1 pembalut ± 100 cc. Jam: 21: 10 wita. Mengobservasi tanda tanda vital ibu. TTV: TD: 140/70 mmHg Suhu: 36,8<sup>o</sup> C Nadi: 85 x/ menit RR: 18x/menit. Jam 21: 15 wita. menghitung cairan yang masuk dan cairan yang keluar, RL drip MgSO<sub>4</sub> 400 cc, urin tertampung 350 cc di buang minum 2-3 gelas. Jam 22: 10 wita. anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan mau beristirahat. jam 24: 00 wita infuse RL drip oksitosin habis sambung flash ke dua, dan infuse RL drip MgSO<sub>4</sub> habis sambung flash ke tiga.

## 7. Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan pada tanggal 23 April 2017, jam 06.00 Wita dengan diagnosa primipara dengan Post SC atas indikasi PEB adalah sebagai berikut :

Tanggal 23 april 2017 jam 06: 00 wita S: Ibu mengatakan masih nyeri pada luka operasi, keadaan umum ibu baik kesadaran composmentis, TTV: TD: 140/90 mmHg, Suhu: 36,8 °c nadi: 85x / menit, pernapasan : 18x/ menit kontrakasi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat, ada pengeluaran lochea rubra, terpasang RL drip MgSO<sub>4</sub> 28 tetes/ menit sisah 100 cc, terpasang RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/ menit sisah 200 cc, dauer kateter masih terpasang, produksi urine 300 cc, A: PIA0AHI Posc SC atas indikasi PEB. P: Jam 06: 00 wita: Infus RL MgSO<sub>4</sub> habis sambung Infus RL MgSO<sub>4</sub> flash 4,

Jam 06: 30 wita: Memandikan pasien, Jam 07: 00 wita, Menganjurkan ibu untuk mobilisasi, Jam 08: 00 wita, infuse RL drip oksitosin habis sambung flash 3, Jam : 08: 10 wita melayani injeksi kalneks 1gr / iv, cefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv Jam 09: 30 wita Melayani makan minum berupa nasi , sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan ½ porsi makanan Jam 09: 40 wita Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin sehingga bayi tidak rewel. Jam 10: 00 wita mengikuti visited dokter terapi lanjut Jam 12: 00 wita Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 5 Jam 12: 30 wita

Observasi TTV TD : 140/70 mmHg S : 36,8<sup>0</sup> C N : 85 x/ menitRR : 18X/ menit. Jam 14: 00 wita observasi KU: baik Kesadaran : composmentis Luka operasi tertutup kasa steril, kontraksi uterus baik,infuse RL drip mgS04 dan infuse RL drip oksitosin berjalan lancar. Jam 14: 05 wita anjurkan ibu untuk istirahat siang Jam 16: 00 wita infuse RL drip oksitosin habis sambung flash 4. Jam 17: 00 wita 11. mengukur TTV TD : 140/60 mmHg S : 36,5<sup>0</sup> C N : 80 x/ menitRR : 18X/ menit. Jam 18: 00 wita Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 5. Jam 19: 05 wita melayani makan minum. Jam 20: 10 wita injeksi cefotaxime 1 gr/ iv. Jam 21: 10 wita observasi KU: baik Kesadaran : composmentis Luka operasi tertutup kasa steril, kontraksi uterus baik,infuse RL drip mgS04 dan infuse RL drip oksitosin berjalan lancar. Jam 21: 15 wita menghitung cairan yang masuk dan cairan yang keluar, RL drip MgS04 400 cc, dan RL drip oksitosin 300 cc dauer cateter 400 cc minum 3-4 gelas. Jam 21: 20 wita menganjurkan ibu untuk istirahat malam. Jam 24: 00 wita Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 6. infuse RL drip oksitosin habis sambung flash 5.

Tanggal 24 april 2017 S : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi Sudah berkurang, O : Observasi tanda- tanda vital KU: Baik Kesadaran: composmentis TTV: TD: 140/60 mmHg Suhu: 36,8<sup>0</sup> CNadi: 85 x/ menit RR: 18x/menit Terpasang RL drip mgS04 28 tetes/ menit, terpasang RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/menit berjalan lancar, TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra Dauer kateter masih terpasang. A: PI A0 AHI POST SC ATAS PEB HARI KE IIP :Jam 06: 00 wita . Infus RL MgS04 habis sambung Infus RL MgS04 flash 6. Jam 06: 30 wita motivasi ibu untuk mobilisasi. Jam 06: 40 wita melayani makan dan minum berupa nasi, sayuran dan lauk pauk. Jam 07: 00 wita melakukan perawatan luka operasidengan membersihkan menggunakan kasa steril dan NaCl 0,9% serta mengganti perban yang baru, kondisi luka sudah mulai mengering, tidak ada cairan yang keluar. Jam 07: 30 wita motifasi ibu untuk mobilisasi. Jam 08: 00 wita infuse RL drip oksitosin habis sambug flash 6. Jam 08: 10 wita .melayani injeksi cefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv. Jam 12: 00 wita observasi TTV TD : 130/90 mmHg S : 36,5<sup>0</sup> C N : 80 x/ menitRR : 18X/ menit. Jam 13: 00 wita mengikuti visited Dr. Agus SpoG. Aff infuse dan kateter therapy suntikan diganti dengan therapy oral Asam mefenamat 500 mg 1 tablet, Amoxilin 500 mg 1 tablet, Metildopa 500 mg 1 tablet, serta pasien bisa pulang besok. Jam 14: 05 wita motivasi ibu istirahat siang. Jam 16: 00 wita menganjurkan ibu untuk personal hygiene. Jam 17: 00 wita .mengukur TTV TD : 130/90 mmHg, S : 37,5<sup>0</sup> C, N : 85 x/ menitRR : 19X/ menit. Jam 19: 00 wita Melayani makan minum berupa nasi ,sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan ½ porsi makanan. Jam 20: 00 wita Melakukan therapy oral Amoxilin 500 mg 1 tablet, Asam mefenamat

500 mg 1 tablet, Metildopa 500 mg 1 tablet. Jam 21 : 00 wita anjurkan istirahat malam.

Tanggal 25 april 2017 jam 07: 00 wita S : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi Sudah berkurang O : Observasi tanda- tanda vital KU: Baik Kesadaran: composmentisTTV: TD: 130/80 mmHg Suhu: 36,3<sup>o</sup> C Nadi: 79 x/ menit RR: 19x/menit, TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubraA: PI A0 AHI POST SC ATAS INDIKASI PEB HARI KE IV. P: Jam 08: 00 wita melakukan perawatan luka operasidengan membersihkan menggunakan kasa steril dan NaCl 0,9% serta mengganti perban yang baru, kondisi luka sudah mulai mengering, tidak ada cairan yang keluar. Jam 08: 05 Wita menganjurkan ibu untuk personal hygiene. Jam 09: 00 wita Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin sehingga bayi tidak rewel. Jam 09: 05 wita Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu : Kepala sakit yang berlebihan, Penglihatan kabur, Kejang, Perdarahan, Keluar cairan berbau dari jalan lahir. Dan anjurkan ibu ke fasillitas kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut dan Menganjurkan ibu untuk mengikuti KB. KB adalah suatu usaha untuk merencanakan, menjarangkan, dan mncegah kehamilan dengan cara menggunakan alat metode kontrasepsi seperti metode alamiah laktasi, KB hormonal dan KB non hormonal. Kontrasepsi mantap digunakan bagi pasangan yang tidak ingin mempunyai anak lagi. Tujuannya : membentuk keluarga yang bahagia dan sejahtera sesuai dengan keadaan ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak. Jam 09: 45 wita Melayani makan minum berupa nasi , sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan 1 porsi makanan. jam 10:

00 wita Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga luka operasi tetap kering, tidak boleh kena air atau cairan apapun. Jam 10: 30 wita Menjadwalkan kunjungan ulang 3 hari lagi yakni 28 april 2017. Ibu dan keluarga bersedia melakukan kunjugan ulang sesuai dengan jadwal.dan Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin karena Asi mengandung zat gisi lengkap yang diperlukan bayi selama proses pertumbuhan. Jam 11: 00 wita .anjurkan ibu minum obat secara teratur sesuai dosis. Jam 11: 30 wita ibu dan bayi pulang dengan keadaan baik.

### **Catatan perkembangan kunjungan rumah hari pertama**

Tanggal : 01-05-2017

Jam : 15.00 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan,

O : Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis

TTV ibu

TD : 130/80 mmhg

Suhu : 36,7 °C

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

TFU tidak teraba, Kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea serosa

A: P1A0AH1 Post SC Indikasi PEB hari ke 10

P :

1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan :

TD : 130/80mmhg

Suhu : 36,7 °C

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

- 2) Menganjurkan ibu untuk makan- makanan bergizi seperti nasi, ditambah sayuran,tahu tempe, ikan, buah-buahan dan tetap mengurangi garam serta banyak minum air putih  $\pm$  7-8 gelas per hari.
- 3) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, payudara khususnya daerah Bekas luka operasi agar tidak terkena kotoran dan air,serta menjaga kebersihan genetalia
- 4) Menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan Kehamilanya
- 5) Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara yaitu : menjaga payudara tetap bersih dengan cara membersihkan areola mammae dan puting susu dengan kapas yang dibasahi baby oil atau minyak kelapa dan apabila puting susu lecet oleskan ASI yang keluar pada daerah sekitar areola dan puting susu.
- 6) Mencatat hasil.

**Catatan perkembangan kunjungan rumah hari kedua.**

Tanggal : 02-05-2016

Jam : 15.30 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O : Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis

TTV ibu

TD : 130/70 mmhg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 82x/menit

RR : 20x/menit

TFU tidak teraba, Kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea serosa

A : P1AOAHPost SC Indikasi PEB hari ke 11

P :

1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan :

TD : 120/70 mmhg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 82x/menit

RR : 20x/menit

2) Menganjurkan ibu untuk makan- makanan bergizi seperti nasi, ditambah sayuran,tahu tempe, ikan, buah-buahan dan tetap mengurangi garam serta banyak minum air putih  $\pm$  7-8 gelas per hari.

3) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, payudara khususnya daerah Bekas luka operasi agar tidak terkena kotoran dan air,serta menjaga kebersihan genetalia

4) Menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan Kehamilanya dan ibu bersedia menggunakan alat kontrasepsi hormonal (implant)pada saat 40 hari pospartum

5) Mencatat hasil.

#### **4.2. PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang praktek dan teori yang dilakukan di RSUD Prof Dr.W.Z. Johannes Kupang dengan teori yang ada. Sehingga dapat diketahui keberhasilan proses manajemen kebidanan yang telah dilaksanakan. Berdasarkan data-data yang didapatkan. Penulis telah melakukan analisis data dengan menggunakan prinsip-prinsip manajemen asuhan kebidanan, pengkajian data dasar.

#### **4.2.1 Pengkajian Data Dasar**

##### **1. Data Subyektif**

Menurut (Muslihatun, 2009) pengkajian data subyektif terdiri dari biodata meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan suku bangsa, alamat serta keluhan utama. Keluhan utama pada ibu primipara post Sectio caesarea yang biasa muncul yaitu rasa nyeri pada perut, nyeri perut akibat terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh

Pada Pada kasus Ny. Y.B diperoleh dari data subyektif diantaranya ibu berusia 26 tahun, dan telah melahirkan anak pertama, ibu mengatakan mengeluh nyeri pada luka operasi section caesarea dan masih sulit untuk mengerakkan badanya.

##### **2. Data Obyektif**

Sedangkan menurut (Estiwadani, 2008) data obyektif menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lain yang dilakukan sesuai dengan masalah tersebut.

Berdasarkan kasus Ny. Y.B didapati data obyektif yaitu : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, ekspresi wajah masih tampak kesakitan. Pada pemeriksaan abdomen luka operasi masih tertutup kassa steril. TFU 2 jari di bawah pusat. Pada ekstremitas atas terpasang cairan infus RL drip MgSO<sub>4</sub> dan RL drip Oxytocin.

### **3. Analisa Masalah dan Diagnosa**

Menurut Estiwadani (2008). Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat di defenisikan tetapi tetap di butuhkan penanganan.

Berdasarkan teori analisa diagnosa dan masalah serta dilihat dari data subjektif dan objektif yang menunjang, sehingga dapat diambil diagnosa adalah Ibu PIAOAHl dengan Post SC atas indikasi PEB

### **III. Antisipasi Masalah Potensial**

Menurut Estiwidani (2008). Pada langkah ini bidan mengindetifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi sehingga bidan, agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

Menurut (Muslihatun, 2009). Masalah potensial yang akan terjadi Pada ibu primipara post section caesarea atas indikasi preeklamsia berat yaitu resiko terjadinya eklampsia, infeksi pada luka operasi dan perdarahan post partum karena kemungkinan pembuluh darah dapat terputus dan terbuka pasca operasi, selain itu juga karena kontraksi uterus yang tidak efesien.

Pada kasus ini, pada saat dilakukan observasi dan pengamatan yang cermat ternyata masalah potensial tersebut tidak terjadi, hal ini dikarenakan deteksi dini yang baik dari tenaga kesehatan serta pemberian asuhan dalam menegani kasus ini.

#### 4. Tindakan Segera

Tindakan segera yang perlu dilakukan pada primipara post SC atas indikasi PreEklampsia Berat yaitu melakukan observasi TTV, kontraksi uterus, TTU, perdarahan. Klaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi yaitu pemberian dosis awal MgSO<sub>4</sub> : ambil 4 gram MgSO<sub>4</sub> (10 ml) larutan 40 % IV secara perlahan-lahan selama 5 menit. segera lanjutkan dengan 6 gram MgSO<sub>4</sub> 40 % (15 ml) dalam larutan RL selama 6 jam Nugroho (2010) terapi dan layani injeksi cefotaxime 2x1 gr/iv yang berfungsi sebagai obat antibiotic sefalosporin yang berfungsi untuk membunuh bakteri yang memicu infeksi, katrofen 2x1 gr/iv untuk meredakan rasa sakit, kalneks 2x1 gr/ iv obat untuk menghentikan perdarahan, ranitidine 2x1 gr/ iv untuk menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebihan didalam lambung.

#### 5. Perencanaan

Perencanaan pada primipara post SC atas indikasi PreEklampsia Berat adalah Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Robson (2011), bahwa informasikan pada ibu hasil pemeriksaan keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih, dan perdarahan.

Lakukan observasi intake dan output. hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Robson (2011) bahwa tujuan dari mengobservasi cairan yang masuk dan keluar agar dapat mengetahui keseimbangan cairan pada ibu apakah seimbang atau tidak.

Fasilitasi ibu untuk mobilisasi, hindari makanan atau minuman yang berbentuk gas. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Pratiwi (2010)

bahwa menghindari makanan dan minuman yang berbentuk gas seperti kacang-kacangan, kol, dan minuman karbonat dapat membantu ibu dalam proses pemulihan.

Fasilitasi ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam 7-8 jam. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Nugroho (2011) bahwa ibu yang istirahat cukup dan teratur yaitu tidur siang 2 jam dan malam 7 jam.

Beritahu ibu bahwa akan diberikan obat sesuai dengan instruksi dokter. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Prawiurdjo (2014) bahwa akan dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi cefotaxime 2x1 gr/iv, katrofen 2x1 gr, kalneks 2x1 gr/ iv.

## **6. Pelaksanaan**

Menurut Esriwidani (2008). Pada langkah keenam ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dari klien atau anggota tim kesehatan lainnya saat berkolaborasi, tetapi keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap tanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

Pelaksanaan pada ibu primipara SC atas indikasi PreEklampsia Berat adalah

1. Menginformasikan pada ibu tentang preeklampsia adalah penyakit yang ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria pada masa kehamilan atau 48 jam post partum. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit di daerah frontal, pusing, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium,

mual atau muntah-muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul tekanan darah pun meningkat lebih tinggi. Edema menjadi lebih umum, dan proteinuria bertambah banyak.

2. Melakukan tindakan mandiri bidan yaitu mengobservasi keadaan umum yaitu TTV : TD : 140/90 mmhg, S : 37<sup>0</sup>c, N: 80x/menit, RR: 20x/menit. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi yaitu cefotaxime 2x1 gr/iv, katrofen 2x1 gr, kalneks 2x1 gr/ iv.
- . Memastikan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum yang bergizi untuk memenuhi asupan gizi pada ibu dalam mempercepat proses pemulihan.
3. Memfasilitasi ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam dan malam 7-8 jam.

## 7. Evaluasi

Menurut, Hidayat (2008) Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Pada kasus Preeklammasia Berat dilakukan perawatan diruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang selama 4 hari. Setelah melakukan asuhan kebidanan dengan kasus Preeklamsia Berat pada Ny. Y .B, mulai dari tanggal 22 Aprli s/d 25 april 2017 dan pemantauan selama 4 hari, penulis juga mengikuti perkembangan kondisi kesehatan ibu. Selama pemantauan penulis mengevaluasi masalah yang ada, hasil yang diperoleh adalah bahwa keadaan umum ibu baik, Kesadaran :

composmentis, tanda-tanda vital baik dan dalam batas normal tidak ada komplikasi dari tindakan-tindakan yang diberikan PEB teratasi. Pasien diperbolehkan pulang dan kontrol tiga hari lagi. Pada bagian akhir evaluasi ini tidak ditemukan ketidak sesuaian antara teori dan kasus. dari pelaksanaan pada kasus ibu dengan Preeklamsia Berat dan diperbolehkan untuk pulang.

Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan pada Ny. Y.B dengan Preeklamsia berat tidak ada hambatan atau masalah yang terjadi. Pada kasus Ny. Y.B. dengan Preeklamsia berat telah dilakukan asuhan kebidanan selama 4 hari, keadaan umum ibu baik, tidak terjadi infeksi,. Asuhan yang diberikan telah dilaksanakan dengan efektif, efisien dan aman. Hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

### **5.1. Simpulan**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny.Y. B Primipara Post SC atas indikasi pre-eklampsia berat di ruang flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 22-25 april tahun 2017 telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 (tujuh) langkah varney yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dan dapat disimpulkan :

- 1 Pada pengkajian data subyektif yang dilakukan pada Ny.Y.B. Primipara post SC atas indikasi PreEklampsia Berat adalah ibu dengan keluhan terasa nyeri pada luka operasi dan tidak merasa pusing, dan data obyektif yang didapat adalah pada pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 140/90 mmHg, suhu: 37<sup>0</sup>c, nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, kelopak mata tidak edema, involusi normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat. Ada pengeluaran berupa darah berwarna merah, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada ekstremitas atas pada tangan terpasang infus, tidak edema. Pada ekstremitas bawah simetris, tidak edema, tidak ada varises.
- 2 Dari hasil pengkajian baik data subyektif, obyektif dan pemeriksaan laboratorium yang didapatkan pada Ny.Y.B maka interprestasi yang dilakukan dengan menentukan diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan, yaitu: Primipara post SC atas indikasi pre-eklampsia.

- 3 Diagnosa potensial pada Ny.Y.B adalah resiko terjadinya eklampsia.
- 4 Tindakan segera pada Ny.Y.B ,Pantau tetesan infus RL drip MgSO<sub>4</sub> 40% 6 gr 28 tetes/menit/24 jam, infus RL drip oxy 20 IU 20 tetes/menit/24 jam,, observasi TTV.
- 5 Perencanaan asuhan pada Ny.Y .B. yaitu melakukan observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus, perdarahan, lakukan perawatan luka operasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi, istirahat yang cukup dan teratur, serta melakukan mobilisasi.
- 6 6. Pelaksanaan asuhan pada ibu primipara dengan Post SC atas indikasi preeklampsia berat yaitu: menginformasikan hasil pemeriksaan, mengobservasi tetesan infus, TFU, kontraksi luka operasi, makan minum, personal hygiene, pemberian terapi injeksi cefotaxime 2x1 gr/IV, katrofen 2x1 gr/iv,kalneks 2x1 gr/ iv, ranitidine 2x1 gr/ iv, terapi oral amoxilin 500 mg 3x1, asam mefenamat 3x500 mg, metildopa 3x500 mg. pola istirahat, mobilisasi bertahap untuk membantu proses pemulihan dan involusi uterus.
- 7 Evaluasi asuhan kebidanan pada kasus ibu primipara dengan post SC atas indikasi preeklampsia berat tidak terjadi komplikasi pada ibu, sehingga ibu pulang dengan keadaan baik.
- 8 Secara umum, tidak ditemukan kesenjangan antara kajian teoritis dan
- 9 Tatalaksana kasus ibu primipara dengan post SC atas indikasi
- 10 Preeklampsia berat di ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr. W. Z.
- 11 Johannes Kupang.

## 5.2. Saran

### 1 Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam menyediakan dan memberi Asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu dengan Preeklampsia berat.

### 2. Bagi institusi pendidikan

dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus pre-eklampsia berat.

### 3. bagi profesi bidan

Diharapkan bidan lebih profesional dalam pemberian asuhan yang komprehensif pada ibu dengan Preeklampsia berat dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan tujuh langkah varney

## DAFTAR PUSTAKA

- Karwati dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Latin L. 2014. *Instant Access Ilmu Kebidanan*. Tangerang: Binarupa Aksara
- Mansyur Nurliana, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang: Selaksa Media
- Mengkuji Betty, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney*. Jakarta: EGC
- Mochtar. R. 1998. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Victori Inti Cipta
- Muryani. 2016. *Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kebidanan Edisi Kedua*. Jakarta: Trans Info Media.
- Mujahidah Khansa. 2012. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho Taufan . 2010. *Kasus Emergency Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pratami Evi. 2016. *Evidence-Based Dalam Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Robson, dkk. 2011. *Patologi pada Kehamilan*. Jakarta: EGC
- Rahmawati. 2011. *Ilmu Praktis Kebidanan*. Surabaya. Victori Inti Cipta
- Saifudin. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wiknjosastro. 1989. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono.

## DOKUMENTASI



ASUHAN KEBIDANAN PADAPI A0 AHI, POST SC 6 JAM ATAS

INDIKASI PRE- EKLAMPSIA BERAT DI RUANG FLAMBOYAN

RSUD-Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 22- 25 APRIL 2017

1. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Graziela O. Da costa Tomae

Tanggal Pengkajian : 22-04-2017

Jam Pengkajian : 16.00 WITA

Tanggal masuk RS : 21-04-2017

Jam masuk : 15-00 Wita

A. DATA SUBYEKTIF

1. BIODATA

Nama Ibu : Ny.Y. B.

Nama Suami : Tn. B. B .

Umur :26 tahun

Umur : 28 tahun

Suku/bangsa : Timor/indo

Suku/bangsa : Timor/indo

Agama :Kristen

Agama : Kristen

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Tukang

Alamat :Lasiana

Alamat : Lasiana

2. KELUHAN UTAMA:ibu mengatakan sudah melahirkan anak pertama

dengan caraoperasi, jenis kelamin perempuan ada nyeri pada lukaoperasi

3. RIWAYAT HAID

Menarche :14 tahun

Siklus : 28hari

Lamanya Haid :4-5 hari  
 Sifat darah :encer  
 HPHT :15-07-2016  
 TP : 22-04-2017

4. RIWAYAT PENIKAHAN

Status perkawinan :Syah  
 Umur saat menikah :25 tahun  
 Lamanya :1 tahun  
 Berapa Kali Menikah :1 kali

5. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS YANG LALU

NO	Tanggal persalinan	Jenis persalinan	UK	Peno long	Tem Pat	Penyulit	Keadaan Bayi			Ket
							LH/LM	BB/PB	JK	
1.	22-04 2017	Seksio saesarea	40 minggu	Dokter	RSUD	PEB	Lahir hidup	3100 gram/48 cm	Perem Puan	Post sc 6 jam ibu dalam keadaan sadar penuh
	PI A0 AHI									

6. RIWAYAT PERSALINAN SEKARANG

P1 A0 AH1

a) Partus tanggal :22-04-2017

b) Kala

Kala I: -

Kala II: -

Kala III: -

Kala IV: 2 jam.

c) Obat-obatan:

RL drip MgSO<sub>4</sub> 40 % 6 gram 28 tetes/ menit

RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes / menit

Amoxilin 3x 500 mg

Asam mefenamat 3x 500 mg

Metildopa 3x 500 mg

Cefotaxime 2x1 gr/ iv

Katrofen 2x1 gr/ iv

Kalnex 2x1 gr/ iv

Ranitidine 2x1 gr/ iv

d) Jenis persalinan : SC

#### 7. RIWAYAT KB

Cara KB : belum pernah

Jenis kontrasepsi : -

Lamanya : -

Keluhan : -

Alasan berhenti KB :-

#### 8. LATAR BELAKANG SOSIAL BUDAYA YANG BERKAITAN DENGAN NIFAS

Pantangan makanan : tidak ada

Pantangan seksual : tidak ada

9. DUKUNGAN KELUARGA : Membantu ibu menggendong bayi, dan merawat Ibu

#### 10. STATUS GIZI

	Selama nifas
--	--------------

a. Pola makan	Ibu masih puasa
b. Nafsu makan	-
c. Jenis makanan	-
d. Jenis minuman	-
e. Frekuensi minum	-

## 11. ELIMINASI

	Selama nifas
BAK	
a. Warna	Kuning
b. Bau	Khas urine
c. Frekuensi	Terpasang dauer kateter urin tertampung di urine bag 300 cc
d. Keluhan	Tidak ada
BAB	
a. Warna	Belum BAB
b. Bau	-
c. Frekuensi	-
d. Keluhan	-

## 12. HUBUNGAN SEKSUAL :-

13. DUKUNGAN PSIKOLOGI: Suami dan keluarga menemani dan memenuhi kebutuhan ibu

#### 14. POLA ISTRAHAT DAN TIDUR

	Selama nifas
a. Tidur siang	-
b. Tidur malam	-
c. Kebiasaan sebelum tidur	-
d. Kesulitan tidur	Ibu belum bisa tidur karena masih merasa nyeri pada luka operasi

15. MOBILISASI :ibu belum mobilisasi

#### 16. PERAWATAN DIRI

- a. Perawatan diri :-
- b. Perawatan payudara :-
- c. Vulva Hygiene :-
- d. Mandi :-
- e. Gosok gigi :-
- f. Cuci rambut :-
- g. Ganti pakaian dalam :-
- h. Ganti pakaian luar :-

#### B. DATA OBJEKTIF

##### 1. Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Penampilan : Ibu nampak kesakitan
- d) Tanda vital

TD : 140/90 mmHg                      Nadi :85 x/menit

Suhu : 36,8° C                              RR :18x/ menit

e) Keluhan :ibu merasa nyeri pada luka operasi

2. Pemeriksaan fisik

a) Mata

Konjungtiva : merah muda

Sclera : putih

b) Hidung

Reaksi alergi : tidak ada

Cairan : tidak ada

Lainnya :tidak ada

c) Mulut

Gigi : bersih, tidak ada karies gigi

Mukosa bibir : lembab

Kesulitan menelan : tidak ada

d) Telinga

Serumen : tidak ada

Kelainan :tidak ada

Lainnya : tidak ada

e) Tenggorokan

Pembesaran tonsil : tidak ada

Warna : tidak ada

Lainnya : tidak ada

f) Leher

Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar limfe :tidak ada

Pembendungan vena jugularis : tidak ada

g) Dada

Payudara

Mamae membesar : ya

Areola mammae : hiperpigmentasi +

Colostrum : ka +/- Ki +

Laktasi : ada

Kondisi puting susu :menonjol

Tanda-tanda infeksi :tidak ada

h) Abdomen

Strie : lividae

Dinding perut :ada luka operasi tertutup dengan kasa steril,

Tidakada Perdarahan

Involusi : baik

Kontraksi : baik

Tfu :2 jari di bawah pusat

Vesika urinaria :kosong

Lainya : tidak ada

i) Vulva/vagina

Lochea :Rubra

Banyaknya:basah 1 pembalut  $\pm$  100 cc

Luka perineum :tidak ada

Luka episiotomy : tidak ada

Tanda- tanda infeksi :tidak ada

Perlukaan yang bukan episiotomy : tidak ada

Terpasang dauer kateter urin tertampung di urin bag 300 cc

j) Anus

Haemoroid : tidak ada

Lainya : tidak ada

k) Ekstremitas atas/ bawah

Tangan kanan terpasang RL drip MgSO<sub>4</sub> 40 % 6 gram 28 tetes/ menit

Tangan kiri terpasang RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes / menit

Refleks patela : Kanan positif/ kiri positif

Oedema : tidak ada

Varises : tidak ada

3. Pemeriksaan penunjang

Laboratorim : HB 12,4 gr%

USG : tidak di lakukan

Rontgen : tidak di lakukan

4. Terapi yang di dapat :

RL drip MgSO<sub>4</sub> 40 % 6 gram 28 tetes/ menit

RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes / menit

Amoxilin 3 x 500 mg

Asam mefenamat 3 x 500 mg

Metildopa 3 x 500 mg

Cefotaxime 2x1 gr/ iv

Katrogen 2x1 gr/ iv

Kalnex 2x1 gr/ iv

Ranitidine 2x1 gr/ iv

## II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
PI A0 AHI POST SC ATAS INDIKASI PEB POST SC 6 JAM KEADAAN IBU BAIK	DS : Ibu mengatakan telah melahirkan anak pertama jenis kelamin perempuan dengan cara operasi tanggal 22 April 2017 DO : Partus tanggal 22 april 2017 jam:10:30 Dengan SC jenis kelamin perempuan Pemeriksaan umum: Ku: baik Kesadaran : composmentis TTV TD: 140/90 mmHg Nadi : 85 x/ menit Suhu: 36,8 <sup>0</sup> C RR: 18X/menit Pemeriksaan fisik: Mata: kelopak mata tidak oedema, gerakan Mata serasi,conjungtiva merah muda, Sclera putih Payudara: simetris,aerola mammae hyperpigmentasi Puting susu menonjol Abdomen: ada luka operasi, tertutup dengan kasa steril, tidak ada perdarahan ada striae lividae, dinding perut lembek, Tfu 2 jari di bawah pusat kontraksi

	uterus baik,ada pengeluaran lochea rubra  Ektremitas:  atas : simetris tidak ada oedema, tangan kanan  terpasang RL drip mgSO4 40 % 6 gram 28  tetes/ menit, tangan kiri terpasang RL drip  oksi 20 iu 20 tetes/ menit  bawah: simetris, ada oedema pada kaki kanan dan  kaki kiri, tidak ada varises
--	---

### III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Resiko terjadinya Eklampsia

Resiko terjadi infeksi pada luka operasi

### IV. TINDAKAN SEGERA

- Pantau tetesan infus RL drip mgSO4 40 % 6 gram 28 tetes/ menit
- Pantau tetesan infus RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/ menit
- Tanda- tanda vital ibu

### V. PERENCANAAN

TANGGAL: 22 APRIL 2017

JAM : 16:30 WITA

DIAGNOSA: IBU PI A0 AHI Post SC dengan PEB

1. Informasikan hasil pemeriksaan yang di lakukan  
R/ Hasil pemeriksaan merupakan hak ibu untuk mengetahui sehingga ibu lebih Kooperatif dengan asuhan yang di berikan
2. Observasi tanda- tanda vital dan keadaan umum ibu  
R/ Deteksi dini keadaan patologis yang muncul

3. Observasi tanda – tanda eklampsia post partum yaitu nyeri kepala hebat, pusing, pandangan kabur, dan naiknya tekanan darah, dan kejang, nyeri epigastrium  
R/ dapat mendeteksi dini tingkat kegawat daruratan
4. Observasi tetesan infus  
R/dapat mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan cairan
5. Observasi kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan perdarahan  
R/ Deteksi dini tanda bahaya masa nifas
6. Melakukan pemberian obat oral dengan intravena  
R/ pemberian obat dengan cara intravena akan mempercepat proses reaksi obat di dalam tubuh
7. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti miring kiri atau kanan secara bergantian  
R/mengurangi rasa nyeri luka operasi.
8. Memberitahu ibu masih puasa setelah 6 jam baru mulai minum sedikit- sedikit secara bertahap dan makan bila ibu sudah flatus  
R/ Pengaruh anastesi yang diberikan pada saat operasi mengganggu aktivitas peristaltic pada usus ibu sehingga dapat menyebabkan mual muntah ketika ibu sudah makan sebelum anastesi sudah hilang total
9. Observasi tetesan infus RL 500 CC drip mgSo4 40 % 6 gram 28 tetes/ menit dan infuse RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/ menit  
R/ Dengan pemantauan lancarnya tetesan infus dapat di pastikan efisiensinya cairan yang di berikan
10. Dokumentasi hasil pemeriksaan  
R/ Sebagai hasil intervensi untuk tindakan selanjutnya dan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

## VI. PELAKSANAAN

TANGGAL: 22 APRIL 2017

JAM : 17: 00 WITA

DIAGNOSA : IBU PI A0 AHI POST SC DENGAN PEB

Tanggal/jam	Pelaksanaan	Paraf
22 april 2017 JAM: 17:00 wita	1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu: hasil TTV:  TD: 140/80 mmHg  Suhu: 36,8 ° C  Nadi: 79x/menit  RR: 19X/menit  Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat,ada pengeluaran lochea rubra, luka operasi tertutup dengan kasa steril, tidak ada perdarahan  M/ Ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi kesehatan ibu	
JAM 17: 10 WITA	2. Mengobservasi tanda- tanda eklampsia pada ibu yaitu: nyeri kepala hebat, pusing, pandangan kabur, dan naiknya tekanan darah  M/ Ibu hanya merasa pusing	
JAM 17: 15 wita	3. Mengobservasi tetesan infuse  M/ infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menitdan, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ berjalan dengan lancar	

<p>TANGGAL</p> <p>22 APRIL</p> <p>2017</p>		
<p>Jam17: 30</p> <p>wita</p> <p>JAM 17: 50</p> <p>WITA</p>	<p>4. menganjurkan ibu untuk mobilisasisecara bertahap, seperti miring kekiri dan kekanan secara bergantian</p> <p>M/ Ibu mencoba melakukan mobilisasi,tetapi ibu belum bisa miring kiri dan miring kanan</p> <p>5. menganjurkan ibu untuk teknik relaksasi</p> <p>M/ Ibu mencoba melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri luka operasi.</p>	
<p>JAM 18: 00</p> <p>wita</p>	<p>6. beri minum ibu secara bertahap</p> <p>M/ Ibu sudah minum 3-4 sendok air dan ibu tidak mual ataupun muntah</p> <p>7. Infus RL MgSO4 habis sambung infus Infus RL MgSO4 falsh ke dua</p>	
<p>Jam 19: 00</p> <p>wita</p>	<p>8. mengajarkanibu cara menyusui bayinya secara benar dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI kepada bayinyadengan posisi yang nyaman dan tepat yaitu jika ibu duduk berikan sandaran bantal padabagian belakang ibu sehingga ibu tidak cepat lelah dan memberikan ASI pada bayi dengan posisi kepala dan badan bayi sejajar dengan perut ibu, memasukkan puting susu sampai bagian areola masuk kedalam mulut bayi, memberitahukan ibu untuk menjaga agar hidung bayi tidak tertutup oleh payudara ibu dan memberikan ASI pada bayi bergantian kedu</p>	

TANGGAL 22 APRIL 2017	a payudara sehingga tidak menyebabkan pembengkakan payudara. M/ ibu dapat menyusui bayinya dengan benar	
jam 20: 00 wita	9. Observasi tetesan infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menit, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ menit M/ infus RL drip mgS04 40 % 6gram 28 tetes/menit, infus RL drip oksitosin 20 IU 20 tetes/ menit berjalan lancar 10. memenuhi kebutuhan nutrisi ibu M/ Ibu sudah makan makanan yang di sediakan dari Rumah Sakit yaitu Nasi, sayur, tahu dan telur	
Jam 20: 10 wita	11. melakukan pemberian obat dengan cara injeksi M/ Telah di berikan injeksi kalneks 50 mg/ iv, cefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv	
Jam 20: 20	12. membantu ibu mengganti pembalut M/ Ibu sudah merasa nyaman setelah diganti pembalut	
Jam 21:00 wita	13. Mengobservasi kontraksi uterus,TFU, kandung kemih dan perdarahan M/ Kontraksi uterus baik TFU2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong dan perdarahan Kurang lebih 200 cc	
Tanggal 22 april 2017 JAM 21: 10 wita	14. Mengobservasi tanda tanda vital ibu M/ TTV: TD: 140/70 mmHg Suhu: 36,8 ° C Nadi: 85 x/ menit RR: 18x/menit	

Jam 21: 15 wita	15. menghitung cairan yang masuk dan cairan yang keluar, RL drip MgSO4 400 cc, dauer cateter 350 cc minum 2-3-gelas	
Jam 22: 10 wita	16. anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup M/ Ibu mengerti dan mau beristirahat	
Jam 24: 00 wita	17. infuse RL drip oksitosin habis sambug flash 2 18. Infus RL MgSO4 habis sambung infus Infus RL MgSO4 flash 3	

### EVALUASI/ CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal /jam	Catatan soap	Paraf
<p>23 april 2017 /jam</p> <p>06: 00 wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka operasi</p> <p>O : Observasi tanda- tanda vital</p> <p>KU: Baik Kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 140/70 mmHg Suhu: 36,8<sup>o</sup> C</p> <p>Nadi: 85 x/ menit RR: 18x/menit</p> <p>Terpasang RL drip mgS04sisa 200cc terpasang RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/menit sisa 200 cc, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi utrus baik, pengeluaran lochea Rubra</p> <p>Dauer kateter masih terpasang, produksi urin 200 cc</p> <p>A: PI A0 AHI POST SC DENGAN PEB HARI KE II</p>	
<p>Jam 06: 00 wita</p> <p>Jam 06: 30 wita</p>	<p>P.</p> <p>1. . Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 4</p> <p>2. Memandikan pasien</p>	
<p>Jam 07: 00 wita</p> <p>Jam 08: 00 wita</p> <p>Jam : 08: 10 wita</p>	<p>3. . Menganjurkan ibu untuk mobilisasi</p> <p>3. infuse RL drip oksitosin habis sambug flash 3</p> <p>4. melayani injeksi kalneks 1gr / iv, cefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv</p>	
<p>Jam 09: 30 wita</p>	<p>4. Melayani makan minum berupa nasi , sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan ½ porsi makanan</p>	

23 april 2017		
Jam 09: 40 wita	5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin sehingga bayi tidak rewel.	
Jam 10: 00 wita	6. mengikuti visited dokter terapi lanjut	
Jam 12: 00 wita	7. . Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 5	
Jam 12: 30 wita	8. Observasi TTV TD : 140/70 mmHg S : 36,8 <sup>0</sup> C N : 85 x/ menit RR : 18X/ menit	
Jam 14: 00 wita	9. observasi KU: baik Kesadaran : composmentis Luka operasi tertutup kasa steril, kontraksi uterus baik, infuse RL drip mgS04 dan infuse RL drip oksitosin berjalan lancar.	
Jam 14: 05 wita	9. anjurkan ibu untuk istirahat siang	
Jam 16: 00 wita	10. infuse RL drip oksitosin habis sambug flash 4	
Jam 17: 00 wita	11. mengukur TTV TD : 140/60 mmHg S : 36,5 <sup>0</sup> C N : 80 x/ menit	

23 april 2017	RR : 18X/ menit	
Jam 18: 00 wita	13. Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 5	
Jam 19: 05 wita	13. melayani makan minum	
Jam 20: 10 wita	14. injeksi cefotaxime 1 gr/ iv	
Jam 21: 10 wita	15. observasi  KU: baik  Kesadaran : composmentis  Luka operasi tertutup kasa steril, kontraksi uterus baik, infuse RL drip mgS04 dan infuse RL drip oksitosin berjalan lancar	
Jam 21: 15 wita	16. menghitung cairan yang masuk dan cairan yang keluar, RL drip MgS04 400 cc, dan RL drip oksitosin 300 cc dauer cateter 400 cc minum 3-4 gelas	
Jam 21: 20 wita	17. menganjurkan ibu untuk istirahat malam	
Jam 24: 00 wita	18. Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 6.  19. infuse RL drip oksitosin habis sambug flash 5	

**CATATAN PERKEMBANGAN 24 APRIL 2017**

Tanggal /jam	Soap	Paraf
<p>24 april 2017/  06: 00 wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi  Sudah berkurang  O : Observasi tanda- tanda vital  KU: Baik Kesadaran: composmentis  TTV: TD: 140/60 mmHg Suhu: 36,8<sup>0</sup> C  Nadi: 85 x/ menit RR: 18x/menit  Terpasang RL drip mgS04 28 tetes/ menit, terpasang RL drip oksitosin 20 iu 20 tetes/menit berjalan lancar, TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra  Dauer kateter masih terpasang.  A: PI A0 AHI POST SC DENGAN PEB HARI KE II</p>	
<p>Jam 06: 00 wita  Jam 06: 30 wita  Jam 06: 40 wita</p>	<p>P.  1. Infus RL MgS04 habis sambung infus Infus RL MgS04 flash 6  2. motivasi ibu untuk mobilisasi  3. melayani makan dan minum berupa nasi, sayuran dan lauk pauk</p>	
<p>Jam 07: 00 wita</p>	<p>4. melakukan perawatan luka operasidengan membersihkan menggunakan kasa steril dan NaCl 0,9% serta mengganti perban yang baru, kondisi luka sudah mulai mengering, tidak ada</p>	

24 april 2017	cairan yang keluar	
Jam 07: 30 wita	5. motifasi ibu untuk mobilisasi	
Jam 08: 00 wita	6. infuse RL drip oksitosin habis sambug flash	
Jam 08: 10 wita	6. 7. melayani injeksicefotaxime 1 gr/ iv dan katrofen 1gr/ iv	
Jam 12: 00 wita	8. observasi TTV TD : 130/90 mmHg S : 36,5 <sup>0</sup> C N : 80 x/ menit RR : 18X/ menit	
Jam 13: 00 wita	9. mengikuti visited Dr. Agus SpoG. Aff infuse dan kateter therapy suntikan diganti dengan therapy oral <ul style="list-style-type: none"><li>• Asam mefenamat 500 mg 1 tablet</li><li>• Amoxilin 500 mg 1 tablet</li><li>• Metildopa 500 mg 1 tablet</li></ul> serta pasien bisa pulang besok.	
Jam 14: 05 wita	11. motivasi ibu istirahat siang	
Jam 16: 00 wita	12. . menganjurkan ibu untuk personal hygiene	
Jam 17: 00 wita	13. mengukur TTV TD : 130/90 mmHg	

24 april 2017	<p>S : 37,5<sup>0</sup> C</p> <p>N : 85 x/ menit</p> <p>RR : 19X/ menit</p>	
Jam 19: 00 wita	14. Melayani makan minum berupa nasi , sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan ½ porsi makanan	
Jam 20: 00 wita	<p>15. . Melakukan therapy oral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxilin 500 mg 1 tablet</li> <li>• Asam mefenamat 500 mg 1 tablet</li> <li>• Metildopa 500 mg 1 tablet</li> </ul>	
Jam 21 : 00 wita	16. anjurkan istirahat malam.	

### CATATAN PERKEMBANGAN 25 APRIL

Tangaal/ jam	Soap	Paraf
<p>25 april 2017 jam 07: 00 wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi Sudah berkurang</p> <p>O : Observasi tanda- tanda vital</p> <p>KU: Baik Kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 130/80 mmHg Suhu: 36,3<sup>o</sup> C</p> <p>Nadi: 79 x/ menit RR: 19x/menit,</p> <p>TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra</p> <p>A: PI A0 AHI POST SC DENGAN PEB HARI KE IV</p>	
<p>Jam 08: 00 wita</p>	<p>P.</p> <p>1. melakukan perawatan luka operasidengan membersihkan menggunakan kasa steril dan NaCl 0,9% serta mengganti perban yang baru, kondisi luka sudah mulai mengering, tidak ada cairan yang keluar</p>	
<p>Jam 08: 05 Wita</p>	<p>2. menganjurkan ibu untuk personal hygiene</p>	
<p>Jam 09: 00 wita</p>	<p>3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin sehingga bayi tidak rewel.</p>	
<p>Jam 09: 05 wita</p>	<p>4. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala sakit yang berlebihan</li> <li>• Penglihatan kabur</li> <li>• Kejang</li> </ul>	

<p>25 april 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan</li> <li>• Keluar cairan berbau dari jalan lahir</li> </ul> <p>Dan anjurkan ibu ke fasillitas kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk mengikuti KB. KB adalah suatu usaha untuk merencanakan, menjarangkan, dan mncegah kehamilan dengan cara menggunakan alat metode kontrasepsi seperti metode alamiah laktasi, KB hormonal dan KB non hormonal. Kontrasepsi mantap digunakan bagi pasangan yang tidak ingin mempunyai anak lagi. Tujuannya : membentuk keluarga yang bahagia dan sejahtera sesuai dengan keadaan ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak.</p>	
<p>Jam 09: 45 wita</p>	<p>6. Melayani makan minum berupa nasi , sayuran lauk, dan air hangat. Ibu menghabiskan 1 porsi makanan</p>	
<p>jam 10: 00 wita</p>	<p>7. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga luka operasi tetap kering, tidak boleh kena air atau cairan apapun.</p>	
<p>Jam 10: 30 wita</p>	<p>8. Menjadwalkan kunjungan ulang 3 hari lagi yakni 28 april 2017. Ibu dan keluarga bersedia melakukan kunjugan ulang sesuai dengan jadwal.</p> <p>9. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin karena Asi mengandung zat gisi lengkap yang diperlukan bayi selama proses pertumbuhan</p>	

25 april 2017 Jam 11: 00 wita	10. anjurkan ibu minum obat secara teratur sesuai dosis	
Jam 11: 30 wita	10. ibu dan bayi pulang dengan keadaan baik	

## KUNJUNGAN RUMAH HARI I

Tanggal : 01-05-2017

Jam : 15.00 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan,

O : Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis

TTV ibu

TD : 130/80 mmhg

Suhu : 36,7 °C

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

TFU tidak teraba, Kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea serosa

A: P1A0AH1 Post SC Indikasi PEB hari ke 10

P :

1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan :

TD : 130/80mmhg

Suhu : 36,7 °C

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

2) menganjurkan ibu untuk makan- makanan bergizi seperti nasi, ditambah sayuran,tahu tempe, ikan, buah-buahan dan tetap mengurangi garam serta banyak minum air putih  $\pm$  7-8 gelas per hari.

3) menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, payudara khususnya daerah Bekas luka operasi agar tidak terkena kotoran dan air,serta menjaga kebersihan

genetalia

- 4) menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan Kehamilanya
- 5) Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara yaitu : menjaga payudara tetap bersih dengan cara membersihkan areola mammae dan puting susu dengan kapas yang dibasahi baby oil atau minyak kelapa dan apabila puting susu lecet oleskan ASI yang keluar pada daerah sekitar areola dan puting susu.
- 6) mencatat hasil

## KUNJUNGAN RUMAH HARI II

Tanggal : 02-05-2016

Jam : 15.30 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O : Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis

TTV ibu

TD : 130/70 mmhg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 82x/menit

RR : 20x/menit

TFU tidak teraba, Kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea serosa

A : P1AOAH1 Post SC Indikasi PEB hari ke 11

P :

1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan :

TD : 120/70 mmhg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 82x/menit

RR : 20x/menit

2) menganjurkan ibu untuk makan- makanan bergizi seperti nasi, ditambah sayuran, tahu tempe, ikan, buah-buahan dan tetap mengurangi garam serta banyak minum air putih ± 7-8 gelas per hari.

3) menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, payudara khususnya daerah

Bekas luka operasi agar tidak terkena kotoran dan air,serta menjaga kebersihan genetalia

- 4) menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan Kehamilanya dan ibu bersedia menggunakan alat kontrasepsi hormonal (implant)pada saat 40 hari pospartum
- 5) mencatat hasil