

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN POST SECTIO CAESARIA INDIKASI PLASENTA PREVIA DI RSUD JAYAPURA

Di ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan



Oleh :

MULIL HELAKOMBO

NIM : PO.71.24.4.06.24

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA - III KEBIDANAN
TAHUN 2008

MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA

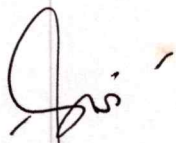
LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Plasenta Previa Totalis" Di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura Tahun 2008

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

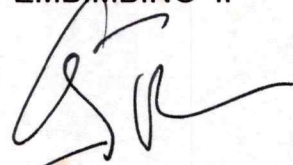
Jayapura, 07 September 2008

PEMBIMBING I



Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes.
NIP. 140 092 598

PEMBIMBING II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877

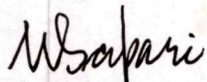
LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada :

Hari : Senin
Tanggal : 08 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

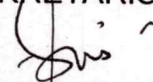
KETUA



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

NIP. 640 010 681

SEKRETARIS



Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes.

NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

1Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

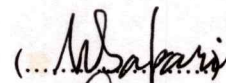
NIP 640 010 681

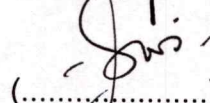
2. Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes

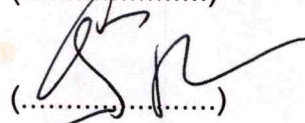
NIP. 140 092 598

3. Saaty Kadiwaru, S.ST

NIP. 640 009 877

(...)

(...)

(...)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya sehingga Penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PLASENTA PREVIA** dapat terselesaikan . Penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang ada, sehingga dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan.

Selama penyusunan hingga selesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak , baik Moril maupun Materil, Olehnya dengan kerendahan hati perkenankanlah Penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpk. Yan Piet Rumakewi, SKM,MM. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura atas kesempatan mengikuti pendidikan pada Poltekkes Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis.
3. Pembimbing I dan II atas segenap ketekunan dan kerelaan hati, serta sumbangan pikirannya kepada penulis dalam bimbingan penulisan KTI
4. Seluruh Dosen-dosen Kebidanan yang membimbing Penulis sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan pada jurusan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

5. Direktur RSUD Dok II Jayapura yang telah memberikan izin Penulis dalam melakukan tinjauan kasus langsung pada bayi.
6. Kepala Ruang Bersalin, RSUD Dok II Jayapura beserta Staf yang banyak membantu dalam pelaksanaan Asuhan Kebidanan.
7. Suami dan Anak – anak Tercinta yang menopang dalam Doa dan terus memberikan semangat dan motivasi kepada Penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Klien dan keluarga yang telah bersedia memberikan data-data, bahkan bekerjasama dalam penerapan asuhan kebidanan.
9. Rekan-rekan mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekkes Jayapura, atas kebersamaan selama mengikuti pendidikan
10. Keluarga Besar Yoman, Wenda, Helakombo, Wandik dan Daby yang terkasih yang menopang dalam Doa dan terus memberikan semangat dan motivasi kepada Penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Keluarga besar Persekutuan Gereja-Gereja Baptis Papua atas Dukungan Moril maupun Materil

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan mengisi Warna Almamater Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura dan dapat berguna dalam pelayanan kami.

Jayapura, 2008

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Tetapi apa yang bodoh bagi dunia, dipilih Allah untuk memalukan orang-orang yang berhikmat, dan apa yang lemah bagi dunia, dipilih Allah untuk memalukan apa yang kuat, dan apa yang tidak terpandang dan yang hina bagi dunia, dipilih Allah, bahkan apa yang tidak berarti, dipilih Allah untuk meniadakan apa yang berarti supaya jangan ada seorang manusiapun yang memegahkan diri dihadapan Allah

(1 Korintus 1:27, 28, 29)

Karya Tulis ini kupersembahkan kepada :

1. Suamiku yang tercinta Sofyan. S. Yoman dan kedua buah hatiku Charles dan Arnold yang terkasih
2. Keluarga Besar Yoman, Wenda, Helakombo, Wandik dan Daby
3. Saudara - saudaraku yang tersayang
4. Persekutuan Gereja - Gereja Baptis Di - Tanah Papua
5. Almamater ku yang selalu kubanggakan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang	1-3
A. Perumusan Masalah	4
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Manfaat penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar	6
1. Perawatan Pasca Bedah	7-10
2. Puerperium (Nifas)	7-16
3. Perdarahan Antepartum	17
4. Etimologi	17-18
5. Gambaran Klinik.....	19
6. Diagnosa	19-20
7. Komplikasi.....	21-23

B. MANAJEMEN KEBIDANAN.....	23
1. Pengertian	23
2. Tujuan	24
3. Prinsip-prinsip proses manajemen	24
4. Proses Manajemen	24-27

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus	28-30
B. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea	30-52

BAB IV PEMBAHASAN

Pembahasan	53-54
------------------	-------

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	55
B. Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini angka kematian ibu dan angka kematian perinatal di Indonesia masih sangat tinggi. Hal ini dapat antara lain dari tingginya angka kematian ibu (AKI), yaitu 390/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian perinatal 40/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut sekitar 3 – 6 kali dari AKI di Negara-negara ASEAN dan lebih dari 50 kali AKI Negara maju.

Penyebab yang melatar belakangi kematian ibu sangat kompleks yaitu meliputi:

1. Penyebab langsung kematian ibu, yaitu komplikasi obsetrik meliputi perdarahan, infeksi dan eklamsia.
2. Penyebab tidak langsung kematian ibu, misalnya derajat kesehatan dan gizi yang kurang atau buruk.
3. Penyebab mendasar, misalnya pendidikan ibu dan perinatal terjadi di Rumah Sakit rujukan, walaupun pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dipengaruhi oleh banyak factor, namun kemampuan tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor utama.

Salah satu penyebab langsung kematian ibu bersalin setelah perdarahan adalah infeksi, yang mana dapat disebabkan karena keterlambatan dalam merujuk, tindakan yang tidak memperhatikan teknik septic dan aseptik maupun ketrampilan petugas yang kurang dalam menangani kasus kedaruratan obstetrik. Salah satu komplikasi persalinan yang menyebabkan infeksi adalah perdarahan antepartum dengan plasenta previa, yang dapat terjadi kira-kira 7% -12% dari semua kehamilan.

Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan khususnya asuhan kebidanan pada ibu dengan kasus perdarahan antepartum dengan plasenta previa, bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki kemampuan dan pengetahuan yang baik tentang manajemen kebidanan serta asuhan ibu bersalin pada ibu dengan perdarahan antepartum akibat plasenta previa. Sebagian besar kehamilan, persalinan dan post partum berjalan baik dengan proses puerperium namun demikian kegagalan pertolongan persalinan spontan dapat di akhiri dengan tindakan operasi. dengan mempertimbangkan petunjuk atau indikasi (Manuaba, 1998).

Pertolongan operasi persalinan merupakan tindakan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu maupun bayi, bahaya infeksi setelah operasi persalinan masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perhatian untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian (Manuaba, 1998). Kejadian kasus ibu nifas dengan Post Sectio Caesarea

yang dampaknya merupakan suatu masalah kesehatan terkait dengan bahaya infeksi setelah Operasi Sectio Caesarea memerlukan perhatian serius.

Nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali pulih seperti semula, atau keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 (enam) minggu.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, 50 % kematian masa nifas terjadi setelah 24 jam pertama. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi dalam masa nifas dapat mencegah beberapa kematian. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi (Prawirohardjo, 2006).

Dari upaya tersebut diharapkan angka kematian maternal dapat menurun secara bertahap. Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh setiap bidan dalam pengambilan keputusan klinik, pada saat melayani klien yaitu; ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan balita.

Yang di buat dalam suatu Asuhan Manajemen Kebidanan ,Yang terdiri dari pengkajian, interpretasi data dasar , diagnosa, implementasi, rencana asuhan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Rumusan Masalah

Penanganan kasus nifas dengan post Operasi Sectio Caesarea masih memerlukan penatalaksanaan yang baik sehingga dapat terhindar dari bahaya infeksi . Berdasarkan latar belakang yang telah penulis jabarkan diatas maka, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

- a. Bagaimana mengkaji masalah – masalah yang terjadi pada kasus Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.
- b. Bagaimana mengidentifikasi data dasar pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.
- c. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.
- d. Bagaimana melakukan identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.
- e. Bagaimana merencanakan Asuhan kebidanan komprehensif pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea
- f. Bagaimana melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea
- g. Bagaimana mengevaluasi kembali asuhan yang telah diberikan dan pendokumentasian asuhan kebidanan.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diharapkan dengan penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan, Ibu/klien dapat memperoleh perawatan yang komprehensif sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

2. Tujuan Khusus

Dari tujuan umum dapat dirincikan dalam tujuan khusus sebagai berikut, diharapkan setelah pemberian pelayanan askeb pada ibu dengan Nifas Post Sectio Caesarea maka penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea
- b. Melakukan interpretasi data dasar pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea
- c. Melakukan identifikasi diagnosa dan masalah potensial pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.
- d. Melakukan tindakan segera dengan melakukan kolaborasi dengan tim medis, klien dan keluarga
- e. Membuat perencanaan asuhan kebidanan pada ibu Nifas Post Operasi Sectio Caesarea
- f. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas Nifas Post Operasi Sectio Caesarea.

g. Melakukan evaluasi kembali tentang asuhan yang telah diberikan

D. Manfaat Penulisan

1. Ibu/Klien dan Keluarga

Agar dapat memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas yaitu asuhan diberikan dapat mengatasi masalah klien dan menjawab kebutuhan klien.

2. Pihak Rumah Sakit

Agar asuhan kebidanan yang diberikan dapat merupakan sumbangan pikiran dalam melaksanakan tugas pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura khususnya ruang bersalin dan nifas.

3. Pihak Institusi

Agar asuhan kebidanan ini dapat menambah referensi bagi mahasiswa khususnya Jurusan Kebidanan serta Jurusan lain yang membutuhkan di Politeknik Kesehatan Jayapura.

4. Pihak Penulis

Agar dengan melakukan Asuhan Kebidanan ini, dapat menambah dan meningkatkan pengetahuan bagi penulis.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar

Ibu Nifas Post Sectio Ceasarea

1. Perawatan Pasca Bedah

a. Setelah tindakan dikamar operasi selesai, penderita dipindahkan ke kamar rawat khusus yang di lengkapi alat pendingin kamar udara selama beberapa jam / hari. Dalam perawatan setelah operasi hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

- 1). Observasi keadaan umum pasien , kesadaran ibu post sectio caesarea
- 2). Pertahankan jalan nafas atau observasi muntah akibat pengaruh anastesi umum setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua
- 3). Observasi tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu badan
- 4). Observasi perdarahan pada luka operasi
- 5). Observasi input dan output berupa cairan infus dan urine

b. Pemberian cairan

Setelah 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi (PPO), maka pemberian cairan per infus harus cukup banyak dan mengandung elektronik yang diperlukan, agar jangan terjadi

hipotermia, dehidrasi, dan komplikasi pada organ – organ tubuh lainnya. Jumlah cairan yang keluar di tampung dan diukur.

c. Diet

Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu diberi minum peroral. Sebenarnya pemberian sedikit minuman sudah boleh diberikan pada 6 – 10 jam pasca bedah berupa air putih atau air teh. Setelah itu dinaikkan pada hari pertama dan kedua pasca bedah, kemudian setelah infus dihentikan berikan makanan bubur saring(MI) /minuman air buah dan susu selanjutnya secara bertahap makan bubur (MII) dan akhirnya makanan biasa (MB).

d. Nyeri

Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dapat diberikan obat – obatan anti sakit dan penenang seperti suntikan intramuskuler pethidin dan morfin secara perinfus atau obat – obatan lainnya. Setelah hari pertama atau kedua rasa nyeri akan hilang sendiri.

e. Mobilisasi

Mobilisasi segera tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan penderita. Kemajuan mobilisasi bergantung pula pada jenis – jenis operasi yang dilakukan dan komplikasi yang mungkin di jumpai. Miring ke kanan dan ke kiri sudah dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah penderita sadar. Pada hari kedua bernapas dalam – dalam lalu

menghembuskannya disertai batuk – batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernapasan. Pada hari ketiga sampai hari kelima pasca bedah, penderita di anjurkan belajar duduk selama sehari, dan belajar berjalan sendiri.

i. Kateterisasi

Kandung kemih penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan, karena itu dianjurkan pemasangan kateter tetap : douer kateter atau balon kateter yang terpasang selama 24 jam sampai 48 jam atau lebih lama lagi, tergantung jenis operasi dan keadaan penderita. Urin ditampung dan diukur dalam botol plastic secara periodik.

2. Obat– obatan

1). Obat antibiotika

Cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda di setiap institut, bahkan dalam satu institutpun masing – masing dokter mempunyai cara dan pemilihan yang berlainan.

2). Obat pencegah perut kembung

Untuk mencegah perut kembung dan untuk memperlancar kerja saluran pencernaan dapat diberi obat – obatan secara suntikan dan peroral.

3). Obat – obat lainnya.

a). Nasehat pasca operasi

- (1). Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun, dengan memakai kontrasepsi
- (2). Kehamilan berikutnya hendaknya diawali dengan antenatal yang baik.
- (3). Apakah persalinan yang berikut harus dengan sectio ceasarea bergantung dari indikasi sectio caesarea dan keadaan pada kehamilan berikutnya.
- (4). Hampir diseluruh institut di Indonesia tidak dianut dictum “ *once a ceasarea always a ceasarean* ”.
- (5). Yang dianut adalah : “ *once a ceasarea not always a ceasarean* ”. kecuali pada panggul sempit atau *disproporsi sefalo pelvic* (Mochtar, 1998).

2. Puerperium (Nifas)

a. Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali dimulai dari persalinan sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra hamil, lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu.

Nifas di bagi dalam 3 periode

- 1). Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan dalam agama

islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

- 2). Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
- 3). Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu bulanan atau tahunan (Mochtar, 1998).

Masa nifas (pueperium) dimulai setelah kelahiran placenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu pada masa ini terjadi perubahan – perubahan fisiologi yaitu :

- 1). Perubahan fisik
- 2). Involusi uterus dan pengeluaran lochea
- 3). Lactasi atau pengeluaran air susu ibu
- 4). Perubahan sistim tubuh lainnya
- 5). Perubahan psikis

(Prawirohardjo, 2006)

b. Gambaran Klinis

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu badan, tetapi tidak boleh lebih dari 38°C berturut – turut selama

2 hari kemungkinan terjadi infeksi uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warna sebagai berikut :

- 1). Lochea rubra (kruenta)
 - a). Satu sampai tiga hari, berwarna merah segar
 - b). Terdiri dari sel – sel decidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
- 2). Lochea sanguinolenta
 - a). Tiga sampai tujuh hari
 - b). Berwarna putih bercampur merah
- 3). Lochea serosa
 - a). Tujuh sampai empat belas hari
 - b). Berwarna kekuningan
- 4). Lochea alba
 - a). Setelah hari keempat belas
 - b). Berwarna putih

c. Diagnosis

Untuk menentukan hal – hal sebagai berikut :

- 1). Apakah masa nifas berlangsung normal atau tidak (seperti involusi) uterus, pengeluaran lochea dan pengeluaran ASI serta perubahan sistim tubuh termasuk keadaan psikologis.

- 2). Adakah keadaan gawat darurat pada ibu seperti perdarahan, kejang dan panas.
- 3). Adakah penyulit / masalah dengan ibu yang memerlukan perawatan / rujukan seperti abses pada payudara
- 4). Adakah bayi bermasalah perlu dirujuk untuk penanganan lebih lanjut seperti, kelainan / cacat, BBLR
- 5). Adakah bayi dalam keadaan gawat darurat seperti demam, kejang, asfiksia, hipotermi, perdarahan pada pusat (Prawirohardjo, 2006).

d. Penanganan

1). Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu nifas harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring – miring ke kanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari kedua diperbolehkan duduk, hari ketiga jalan – jalan, dan hari keempat atau kelima sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi diatas mempunyai varisasi, bergantung pada komplikasi persalinan nifas dan sembuhnya luka – luka.

2). Diet

Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori, sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur – sayuran dan buah – buahan.

3). Miksi

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, kadang – kadang wanita mengalami sulit kencing karena spingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasma, oleh iritasi musculus spingter ani selama persalinan. Juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.

4). Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3 – 4 hari pasca persalinan bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma.

5). Perawatan Payudara

Perawatan payudara (mamae) telah dimulai sejak wanita hamil supaya putting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi meninggal laktasi harus dihentikan dengan cara ;

a). pembalutan mamae sampai tertekan

b). pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet lynoral dan parlodel.

Dianjurkan sekali supaya ibu menyusukan bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

6). Lactasi

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusukan) sejak dari kehamilan telah terjadi perubahan – perubahan pada kelenjar mammae yaitu :

- a). Proliferasi jaringan pada kelenjar – kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.
- b). Keluar cairan susu jolong dari duktus laktiverus disebut colostrum berwarna kuning
- c). Setelah persalinan hormon estrogen dan progesteron hilang dan timbul hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI.

Pengaruh hormon oksitosin menyebabkan mio epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga ASI keluar 2 – 3 hari produksi akan banyak ASI untuk anak ibu. Jadi sebaiknya dirawat satu kamar (*rooming – in*), keuntungan *rooming – in* :

- a). Mudah menyusukan bayi
- b). Setiap saat selalu ada kontak bayi dan ibu
- c). Ibu sudah dapat mengurus bayinya.

7). Pemeriksaan Pasca Persalinan (Habis Nifas Sampai 40 hari)

Pemeriksaan post natal antara lain :

a). Pemeriksaan Umum :

Tekanandarah, nadi keluhan lain dan sebagainya

b). Keadaan Umum :

suhu badan, nafsu makan dan lain – lain.

c). Payudara : ASI, putting susu

d). Dinding Perut : perineum, kandung kemih dan rectum

e). Sekret yang keluar: lochea, flour albus

f). Keadaan alat – alat kandungan

g). Nasehat untuk post natal

1. Fisioterapi postnatal sangat baik bila diberikan

2. Sebaiknya bayi di susui

h). Kerjakan senam sehabis bersalin

i). Sebaiknya ikut KB untuk menjarankan anak

j). Bawalah bayi untuk memperoleh imunisasi

3. Perdarahan Antepartum

1. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan diatas 28 minggu atau lebih. Karena perdarahan antepartum terjadi pada umur kehamilan diatas 28 minggu maka sering disebut atau digolongkan perdarahan pada trimester ke tiga (Manuaba; 1998).

Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi disekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Kejadian plasenta previa sekitar 0,3% - 0,6% dari persalinan, sedangkan di Rumah Sakit lebih tinggi, karena menerima rujukan dari luar. (Manuaba; 1998).

Plasenta previa adalah plasenta yang ada didepan jalan lahir (Prae = depan, Vias = jalan). Jadi yang dimaksud plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal (yang normal pada dinding depan atau dinding belakang rahim dan di daerah fundus uteri) yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. (Moehtar; 1998).

2. Etimologi

Implantasi plasenta di segmen bawah rahim menurut Manuaba (1998) dapat disebabkan:

- a. Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi.

- b. Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi janin.
 - c. Vili korealis pada korion leave yang persisten.
3. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa.
- a. Umur Penderita
 - Umur muda karena endometrium belum sempurna
 - Umur diatas 35 tahun karena tumbuh endometrium yang kurang subur
 - b. Paritas

Pada paritas yang tinggi kejadian plasenta previa makin besar karena endometrium belum sempat tumbuh.
 - c. Endometrium yang catat
 - Bekas persalinan berulan dengan jarak pendek
 - Bekas operasi, bekas curatage atau plasenta manual
 - Perubahan endometrium pada mioma uteri atau polip
 - Pada keadaan malnutrisi

4. Frekuensi

Plasenta previa terjadi pada kira-kira a diantara 200 persalinan. Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, antara tahun 1971 – 1975, terjadi 37 kasus plasenta previa dianatara 4781 persalinan yang terdaftar atau kira-kira 1 diantara 125 persalinan terdaftar.

5. Gambaran Klinik

Perdarahan pada plasenta previa terjadi tanpa rasa sakit pada saat tidur atau sedang melakukan aktivitas. Mekanisme perdarahan karena pembentukan segmen bawah rahim menjelang kehamilan aterm sehingga plasenta lepas dari implantasi dan menimbulkan perdarahan. Bentuk perdarahan dapat sedikit atau banyak menimbulkan penyulit pada janin maupun ibu. (Moehtar,1998)

Penyulit pada ibu dapat menimbulkan anemia sampai syok. Sedangkan untuk janin dapat menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim. Implementasi plasenta disegmen bawah rahim menyebabkan bagian terendah tidak mungkin masuk pintu atas panggul atau menimbulkan kelainan letak janin dalam rahim

6. Diagnosis

Diagnosis plasenta previa ditegakkan berdasarkan pada gejala klinis, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

1. Anamnese plasenta previa

- a. Terjadi perdarahan pada kehamilan sekitar 28 minggu
- b. Sifat perdarahan
 - Tanpa rasa sakit terjadi tiba-tiba
 - Tanpa sebab yang jelas
 - Dapat berulang

- c. Perdarahan menimbulkan penyulit pada ibu maupun janin dalam rahim
2. Pada inspeksi dijumpai
 - a. Perdarahan pervaginam encer sampai bergumpal
 - b. Pada perdarahan yang banyak ibu tampak anemis
3. Pemeriksaan fisik ibu
 - a. Dijumpai keadaan bervariasi dari keadaan normal sampai syok.
 - b. Kesadaran penderita bervariasi dari kesadaran baik sampai koma
 - c. Pada pemeriksaan dapat dijumpai
 - Tekanan darah, nadi dan pernafasan dalam batas normal
 - Tekanan darah turun, nadi dan pernafasan meningkat.
 - Tampak anemis.
4. Pemeriksaan khusus kebidanan
 - a. Pemeriksaan palpasi abdomen
 - Janin belum cukup bulan, tinggi fundus uteri sesuai dengan umur hamil
 - Karena plasenta segmen bawah rahim, maka dapat dijumpai kelainan letak janin dalam rahim dan bagian terendah masih tinggi.

b. Pemeriksaan denyut jantung janin

Bervariasi dari normal sampai asfiksia dan kematian dalam rahim.

c. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan diatas meja operasi dan siap untuk segera mengambil tindakan. Tujuan pemeriksaan dalam untuk:

- Menegakkan diagnosa pasti
- Mempersiapkan tindakan untuk melakukan operasi persalinan atau hanya memecahkan ketuban

Hasil pemeriksaan dalam teraba plasenta sekitar ostium uteri internum.

d. Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan ultrasonografi
- Mengurangi pemeriksaan dalam
- Menegakkan diagnosis

7. Komplikasi

a. Prolaps tali pusat

b. Prolaps plasenta

c. Plasenta melekat, sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan kerokan.

d. Robekan-robekan jalan lahir karena tindakan

e. Perdarahan post partum

- f. Infeksi karena perdarahan yang banyak
- g. Robekan implantasi plasenta di bagian belakan SBR:
dangerous plasenta previa.
- h. Bayi premature atau lahir mati
- i. Asfiksia intrauterine sampai dengan kematian.

Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang mempunyai fasilitas yang cukup. Dalam melakukan rujukan penderita plasenta previa sebaiknya dilengkapi dengan:

1. *Cunam Willez Gausz*

- a. Menyepit kulit kepala bayi pada plasenta previa yang ketubannya telah dipecahkan.
- b. Memberikan pemberat sehingga pembukaan dipercepat
- c. Diharapkan persalinan seponatan
- d. Sebagian besar dilakukan pada janin yang telah meninggal.

2. *Vesi Braxton Hicks*

- a. Dilakukan versi letak sungsang
- b. Satu kaki dikeluarkan sebagai tampon dan diberikan pemberian pemberat untuk mempercepat pembukaan dan menghentikan perdarahan.
- c. Diharapkan persalinan spontan
- d. Janin sebagian besar akan meninggal

3. *Pemasangan Kantong Karet Metrourynter*

- a. Kantong karet dipasang untuk menghentikan perdarahan dan mempercepat pembukaan sehingga persalinan dapat segera berlangsung
- b. Dengan kemajuan dalam operasi kebidanan, narkosa, pemberian transfuse, dan cairan, maka tatalaksana pertolongan perdarahan plasenta previa hanya dalam bentuk:
 - Memecahkan ketuban
 - Melakukan seksio sesarea
 - Untuk bidan segera melakukan rujukan sehingga mendapat pertolongan yang cepat dan tepat.

B. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan berasal dari bahasa inggris yaitu manajemen yang berarti ketatalaksanaan atau pengelolaan. Manajemen kebidanan berarti penatalaksana atau pengelolaan pelayanan kebidanan. Bidan adalah praktisi mandiri atau memberi asuhan pada ibu dan bayi.

Menurut varney (1997) manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan.

2. Tujuan

Tujuan manajemen kebidanan adalah agar pelayanan yang berkomprensif dan aman dapat tercapai.

3. Prinsip proses manajemen kebidanan

Menurut ACNM (American Collage of Nurse Midwife), atau Ikatan Bidan America (1999), prinsip proses manajemen kebidanan adalah :

- a Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
- c Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual

- g Melakukan konsultasi perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
- h Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian kesehatan dan merevisi rencana asuhan dengan kebutuhan .

4. Proses Manajemen

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan, dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut

a Langkah I (pertama) Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu :

- 1). Riwayat Kesehatan
- 2). Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya

- 3). Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil study.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b Langkah II (kedua) Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah dan diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien, masalah itu sering di sertai diagnosa.

c Langkah III (ketiga) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah di identifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan tindakan pencegahan. Disini perlu sekali dilakukan tindakan pencegahan.

d Langkah IV (keempat) Identifikasi Kebutuhan segera

Pada langkah ini dilakukan identifikasi perlunya tindakan segera oleh tenaga kesehatan, dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien untuk menyelamatkan.

e Langkah V (kelima) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar – benar valid asumsi tentang apa yang akan atau tidak dilakukan oleh klien.

f Langkah VI (keenam) Implementasi atau Pelaksanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh seperti yang telah di uraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman.

g Langkah VII (ketujuh) Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dengan mengulang kembali proses manajemen yang benar terhadap aspek asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Evaluasi merupakan langkah terakhir sistem pengecekan.

BAB III
GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS
DAN TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN TENTANG RSUD JAYAPURA

Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura mulai dibangun pada tahun 1956 oleh pemerintah Hindia Belanda dan diresmikan pemakaiannya oleh Gubernur Jendral Hindia Belanda pada tanggal 5 Juli 1959. Selanjutnya Rumah Sakit ini diserahkan dan dikelola oleh Pemerintah Daerah Provinsi Papua sejak tahun 1962, kemudian pada tahun 2001 dalam proses tipe B pendidikan dan sampai saat ini pengelolaannya ditangani oleh Pemerintah Daerah Tingkat I Provinsi Papua.

Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura secara administratif terletak di daerah Jayapura. Saat ini bersatatus Rumah Sakit tipe B dengan 16 ruangan perawatan dan jumlah tenaga medis, paramedic dan non medis sebanyak 645 orang. Jumlah kapasitas tempat tidur di ruang perawatan secara keseluruhan 273 buah.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura mempunyai beberapa unit pelayanan, yaitu:

1. Unit rawat jalan

Unit rawat jalan terdiri dari terdiri dari: Polik bedah, Polik anak, Polik kebidanan, Polik paru-paru, Polik jantung, Polik mata, Polik gigi dan mulut,

Polik kulit dan kelamin, Polik gizi, Polik jiwa, Polik THT, Polik syaraf, Polik suntik, Polik laktasi dan VCT (ODHA).

2. Unit rawat inap

Unit rawat inap terdiri dari : ruang ICU, ruang kebidanan, ruang syaraf, ruang anak, ruang penyakit dalam pria, ruang penyakit dalam wanita, ruang paru-paru, perinatologi, ruang bedah pria I, ruang bedah wanita dan ruang beda pria II.

3. Pelayanan penunjang lainnya

Pelayanan penunjang lainnya adalah: UGD (unit gawat darurat), ruang radiology, ruang laboratorium, ruang operasi, ruang fisio therapy dan ruang haemodiliasis.

B. GAMBARAN TENTANG RUANG BERSALIN/GINEKOLOGI

Ruang bersalin Jayapura memiliki 5 unit pelayanan meliputi ruang vk (verlos kamar), Ruang ginekologi, ruang kelas I, ruang vip, ruang super vip. Ruang bersalin mempunyai alat-alat untuk menolong persalinan normal dengan jumlah yang cukup memadai, termasuk alat-alat yang digunakan untuk menolong persalinan patologi, antara lain alat vacum ekstraksi dan alat vorsep.

Sarana penunjang lainnya seperti: tabung oksigen, pengisap lender, suction, sarana untuk infuse, obat-obatan, spuit disposibel, sarung tangan, larutan anti septic, semua ini tersedia dengan jumlah yang cukup memadai.

Pertolongan persalinan memenuhi standar (APN (Asuhan Persalinan Normal) partograf dan pendokumentasian sudah dilaksanakan dengan baik, ruang ginekologi mempunyai alat-alat untuk tindakan kuretasi dan alat untuk melakukan tindakan biopsy.

Sarana infuse dan obat-obatan selalu tersedia, termasuk sarung tangan, spuit disposibel dan larutan antiseptic. Alat-alat disterilkan dengan mengacu pada standar, yaitu rebus kukus.

1. Ketenagaan.

Dokter spesialis	: 5 orang
Dokter umum	: 2 orang
DIII Kebidanan	: 8 orang
D III Keperawatan	: 2 orang
Perawat bidan	: 17 orang
SPK	: 1 orang
Adminitrasi	: <u>3 orang +</u>
	49 orang

2. Kapasitas tempat tidur diruangan bersalin/ginekologi, terdiri dari:

Verlos kamar (VK)	: 6 buah
Ruang ginekologi	: 27 buah
Ruang rawat gabung	: 24 buah
Ruang super vip	: <u>8 buah +</u>
	73 buah

B. Tinjauan Kasus

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA

INDIKASI PLASENTA PREVIA

Tanggal : 9 – 06- 2008

Pukul : 20.30 WIT

Ruangan : Bersalin RSUD Dok II

Oleh : Mulil H.

Langkah I

1. Data Subjektif

A, Biodata

Nama Klien : Ny. K

Nama Suami : Tn. A .M

Umur : 32 Tahun

Umur : 36 Tahun

Agama : Kristen Protestan

Agama : Kristen Protestan

Pendidikan : Tamat SMU

Pendidikan : Tamat SMP

Pekerjaan : Ibu Rumah tangga

Pekerjaan : Buruh

Suku/Bangsa : Koya/Indonesia

Suku/Bangsa: Waris/Indonesia

Nika Ke : I

Nika Ke : I

Lama Nikah : 10 Tahun

Lama Nikah : 10 Tahun

Alamat : Koya Koso

Alamat : Koya Koso

1. Data Biologi / Fisiologi

- a. Keluhan Utama : Ibu Post Sectio Caesarea, hari pertama luka operasi masih basah dan mengeluarkan agak nyeri di daerah operasi.

b. Riwayat keluhan utama

Ibu sectio caesarea pada tanggal 9 Juni 2008 dengan

indikasi plasenta previa totalis jam 16.30 wit,

Ibu mengeluh agak nyeri di daerah operasi, ibu dalam keadaan puasa.

c. Riwayat pola reproduksi

Menarche : 14 Tahun

Siklus Haid : 28 Hari

Lama Haid : 3 Hari

Durasi Haid : Teratur

Banyaknya : Cukup Banyak

Bau/Warna : Amis / Merah

Nyeri waktu haid : Tidak ada

d. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	Persalinan		BB	Keadaan	Usia	Jenis
	Kehamilan	Jenis	Penolong	Bayi	Ibu dan Bayi	Anak	Kelamin
1	Aterem	Spontan	Bidan	3000gr	Sehat	8 thn	Laki-laki
2	Hami lini						

c. Riwayat KB

KB selama belum hamil : Suntik

d. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah dirasakan: Batuk, pilek, malaria

Riwayat opname : Tidak pernah

Riwayat Operasi : Tidak ada

Penyakit saat ini : Tidak ada

e. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit menular : Tidak ada

Penyakit keturunan : Tidak ada

Penyakit menahun : Tidak ada

f. Keadaan Psikologi - sosial

Klien/Ibu

Ibu merasa cemas sehubungan dengan rasa nyeri pada daerah

operasi. Suami merasa cemas melihat keadaan/ kondisi isterinya

Dukungan keluarga semua anggota keluarga memberi dukungan dan motivasi kepada klien

g. Latar Belakang social budaya

Ibu dan suami berbeda suku, yaitu: ibu dari Koya dan suami dari Waris dan sudah lama menetap di Koya Koso

Memegang teguh adapt istiadat dan budaya dari daerah mereka masing- masing

Kehidupan mereka sudah menyatu dengan masyarakat sekitarnya.

h. Masalah – masalah selama kehamilan sampai sekarang

No	Masalah	Trimester		
		I	II	III
1	Mual dengan muntah	Tidak ada	Tidak	Ada
2	Nyeri ulu hati	Tidak ada	Tidak	Ada
3	Pusing-pusing	Tidak ada	Tidak	Ada
4	Mudah lelah	Tidak ada	Tidak	Ada
5	Sakit Kepala	Tidak ada	Tidak	Ada
6	Obstipasi	Tidak ada	Tidak	Ada
7	Kram otot	Tidak ada	Tidak	Ada
8	Haemorhoid	Tidak ada	Tidak	Ada
9	Sakit Gigi	Tidak ada	Tidak	Ada
10	Perut Kembung	Tidak ada	Tidak	Ada

i. Pola kegiatan sehari-hari

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	NUTRISI			
	Pola makan	Nasi, sagu, tempe,	Nasi, sagu, tempe,	Nasi, sagu, tempe,
	Frekuensi makan	ikan	ikan	ikan
	Nafsu makan	2 x / hari	2 – 3 x / hari	2 - 3 x / hari
	Jumlah makan	Baik	Baik	Baik
	Makanan	1 piring	1 piring	1 piring
	pantangan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

2	ELIMINASI/BAB Frekuensi Bau / warna Konsistensi	1 – 3 / hari Khas / coklat lembek	1 – 3 / hari Khas / coklat lembek	1 – 3 / hari Khas / coklat lembek
3	ELIMINASI/BAK Frekuensi Bau / warna Konsistensi	3 – 4 / hari Amoniak / Knig muda 1000cc	4 – 5 / hari Amoniak / Knig muda 1000cc	5 – 6 / hari Amoniak / Knig muda 1000cc
4	Kebiasaan yang mempengaruhi Merokok Obat penenang Minuman keras Pukulu	Tidak Dikonsumsi ibu	Tidak Dikonsumsi ibu	Tidak Dikonsumsi ibu
5	POLA TIDUR Tidak Malam Tidur Siang	Pukul 22:00 – 06 00 Pukul 13:00 –14 : 00	Pukul 13:00 –14 : 00 Pukul 13:00 –14 : 00	Pukul 22:00 –06 : 00 Pukul 13:00 –14 : 00
6	Olah Raga dan Rekreasi Rekreasi Olah raga	Nonton TV Jalan pagi	Nonton TV Jalan pagi	Nonton Tv Jalan Pagi Jalan Sore
7	Hygiene Perorangan Mandi Sikat gigi Cucia rambut	2 x / hari 2 x / hari 3 x / minggu	2 x / hari 2 x / hari 3 x / minggu	2 x / hari 2 x / hari 3 x / minggu

2. Data Objektif

Tanggal , 9 – 06 – 2008 ,

Pukul 18.40 WIT

a. Pemeriksaan Umum

KU : Baik
Kesadaran : Compos mentis
Keadaan Emosional : Stabil
Penampilan : Baik, bersih
Ekspresi wajah : Tampak kesakitan

3. Pemeriksaan tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mm Hg
Nadi : 92 x / menit
Respirasi : 32 x / menit
Suhu badan : 37⁰ c
Tinggi Badan : 157 cm (ditanyakan)
BB masuk tidak ukur : (pasien bedrest total)

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Inspeksi : Baik
Palpasi : Baik, tidak ada pembengkakan
Rambut : Lurus
Kebersihan : Cukup

b. Muka

Inspeksi : Nampak kesakitan

Oedema : Tidak ada

Bentuk Wajah : Oval

c. Mata

Bentuk : Simetris

Kebersihan : Baik

Conjunctiva : Pucat/Anemis

Sklera : Tidak ikterus/kuning

Kejelasan penglihatan : Jelas

d. Hidung

Bentuk : Simetris

Polip : Tidak ada

Secret hidung : Tidak ada / bersih

e. Telinga

Liang telinga : Serumen tidak ada

Kebersihan : Bersih

f. Mulut dan gigi : Baik dan bersih

Lidah : bersih

Caries : Tidak ada

Stomatitis : Tidak ada

Kebersihan : Cukup

g. Leher

Kelenjar tyroid : Tidak ada pembesaran

Kelenjar limfe : Tidak ada pembesaran

Vena yugularis : Tidak ada pembesaran

h. Dada dan Paru

Bentuk dada : Simetris

Pergerakan dada : Normal

Frekuensi Pernafasan : 24 x/menit

Jenis pernapasan : Pernapasan dada

i. Payudara

Inspeksi

1) Kulit : Tidak tegang

2) Membesar : Normal

3) Pembesaran : Ya

4) Aerola mammae : Hyperpigmentasi

5) Simetris : Ya

6) Putting Susu : Kanan/kiri menonjol

7) Kebersihan : Bersih

Palpasi

1) Pengeluaran Asi : Ada (sedikit)

2) Konsistensi : Lembek

3) Benjolan : Tidak ada

j. Abdomen

Tinggi fundus uteri : Setinggi Pusat
Striae : Ada
Keadaan perut : Bersih
Bekas operasi : Ada, luka masih basah, panjang $\pm$ 10 cm

k. Vulva/Vagina

Vulva/Vagina
Keadaan vulva : Baik
Varises : Tidak ada
Oedema : Tidak ada
Pengeluaran : Lochia rubra

l. Tungkai atas

Bentuk : Simetris
Kelainan : Tidak ada

m. Tungkai bawah

Bentuk : Simetris
Oedema : Tidak ada
Varises : Tidak ada

5. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

- Darah

-Golongan darah : A

HB : 10,5 gr %

DDR

: Negatif

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 32 tahun PII, A0, post sectio caesarea hari pertama di ruang
RR (rehabilitasi room)

Dasar

DS : a. Para II. Abortus 0
: b. Operasi hari pertama
c. Rasa nyeri pada daerah operasi

DO : Terpasang infus

Terpasang douwer kateter

Luka operasi masih basah

Tanda vital : TD 110 / 70 mmHg,

N : 92x/m, R : 24/m, SB : 36⁰C

Langkah III : Identifikasi Masalah Potensial

1. Potensial terjadi Perdarahan
2. Portensial terjadi infeksi

Langkah IV : Tindakan Segera

Kolaborasi Dokter/Tim Medik untuk program Therapy

Pantau keadaan luka operasi

Langkah V : Rencana Asuhan Menyeluruh

1. Observasi keadaan umum dan kesadaran ibu

Rasional : Mengetahui keadaan dan tingkat kesadaran ibu

2. Observasi tanda – tanda vital tiap 30 menit

Rasional : Mendeteksi secara dini kelainan / perubahan pada ibu.

3. Kolaborasi dokter

Rasional : Mendapatkan tindakan pengobatan segera.

4. Lakukan pemeriksaan HB post operasi

Rasional : Mengetahui kadar HB ibu post operasi dan persiapan tindakan.

5. Kontrol cairan infus

Rasional : Agar infuse menetes dengan baik menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh dan untuk therapy antibiotika intra vena

6. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

Rasional : Memenuhi kebutuhan istirahat dan pemulihan.

7. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan posisi yang nyaman

Rasional : Agar klien merasa nyaman dan dapat beristirahat dengan baik.

8. Pengawasan terhadap pemasukan dan pengeluaran

Rasional : Untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk dan yang di keluarkan.

9. Ajarkan ibu untuk mobilisasi ringan

Rasional : Untuk mempercepat proses pemulihan

Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Tanggal 9 – 06 – 2008,

Pukul 18 : 10 WIT

1. Mengobservasi keadaan umum dan kesadaran ibu

Keadaan umum : Agak lemah

Kesadaran : Ibu sudah sadar

2. Mengobservasi tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 110/70 mm hg.

Nadi : 70x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu badan : 36,2° c.

3. Melaksanakan instruksi dokter;

Pemberian terapi injeksi :

Jam 00.00 WIT injeksi Cefotaxim 3 x 1gr IV (tiap 12 jam)

4. Melakukan pemeriksaan HB post SC, = 9,8 gr%

5. Kontrol cairan infus;

infus terpasang Dextrose 10%,kecepatan 40 tts/menit

6. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

- 7 Menciptakan lingkungan yang nyaman dan mengatur posisi sesuai keinginan klien.

8. Mengajari pasien mobilisasi ringan (coba untuk miring).

9. Pengawasan terhadap pemasukan dan pengeluaran, urine yang tertampung dalam urine bag 500 cc.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 9 – 06 – 2008

Jam : 00 .00 Wit

1. Keadaan umum : Lemah
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda Vital : TD 110/70 mmHg, N 92x./m, R 26 x/m, S 37⁰ C.
4. HB post SC : 11,5 gram %
5. Infus terpasang cairan D 10% 40 tetes / menit + RL (2 : 1)
6. Terapi injeksi sudah diberikan : Cefotaxim 1 gr/bulus / IV
7. Pengeluaran pervaginam : Perdarahan $\pm$ 50 cc

Asuhan Kebidanan Hari Ke II

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Tanggal 10 juni 208

Jam 09.00WIT

DS :

Klien mengatakan merasa haus dan gerah, pingin mandi

Ibu mengatakan nyeri di daerah operasi

DO :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis

3. Tfu setinggi pusat, kontraksi uterus baik
4. Luka operasi masih basah, masih tertutup dengan kasa betadin, tidak ada perdarahan
5. Tanda – tanda vital :
 - a). Tekanan darah : 110 / 70 mm hg
 - b). Nadi : 80 x / m
 - c). Respirasi : 24 x / m
 - d). Suhu badan : 37 °C
6. Pengeluaran pervaginam : lochea rubra
7. Cairan infus masih terpasang Dex 10 %, 24 tt/m
8. Douwer kateter masih terpasang

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 32 tahun, Para II, A0, Nifas post sectio cesarea
hari ke 2

DS :
Klien mengatakan merasa haus dan gerah, pingin mandi
Ibu mengatakan nyeri di daerah operasi.

DO :
Tfu setinggi pusat
Luka operasi masih basah
Tanda – tanda vital :
1. Tekanan darah : 110 / 70 MMHg

2. Nadi : 80 x / m
3. Respirasi : 24 x / m
4. Suhu badan : 37 °C

Pengeluaran pervaginam : lochea rubra, tidak berbau

Langkah III : Identifikasi masalah Potensial

Potensial terjadinya infeksi luka operasi

Langkah IV : Tindakan Segera

Kolaborasi medis untuk therapy

Kontrol cairan infuse

Pemberian Obat Injeksi

1. Injeksi Cefotaxim 1 gr/ IV tiap 12 jam
2. Injeksi Kalnex 1 ampul / IV tiap 12 jam
3. Injeksi Raniditin 1 ampul / IV tiap 8 jam
4. Pemberian Caltroven suppositoria 1 buah tiap 8 jam/ lewat anus
5. Allinamin. F 1 ampul / IV tiap 8 jam
6. Tradosik 1 ampul / IV tiap 8 jam

Langkah V : Rencana Asuhan

1. Ukur tanda – tanda vital setiap 1 jam (tekanan darah, respirasi dan suhu badan nadi)
2. Mandikan ibu ditempat tidur
3. Observasi kontraksi uterus

4. Anjurkan ibu mobilisasi ringan
5. Observasi pengeluaran pervaginam
6. Anjurkan klien minum air hangat sedikit-sedikit bila sudah flatus.
7. Jaga daerah operasi agar tetap kering, dan tertutup khasa steril
8. Anjurkan klien istirahat yang cukup
9. Pantau tanda-tanda infeksi terutama pada daerah operasi
10. Lakukan puerperium.
11. Kontrol cairan infuse dan urine tampung
12. Lakukan kolaborasi dokter untuk terapi .

Langkah VI : Implementasi

Tanggal : 10 Juni 2008

Jam : 05 . 30 wit

1. Ukur tanda – tanda vital setiap 1 jam (tekanan darah, respirasi dan suhu badan nadi)
 TD : 110 / 70 MMHg
 Nadi: 80 x / m
 R : 24 x / m
 SB : 37 °C
2. Memandikan pasien ditempat tidur
3. Memeriksa fundus uterus TFU 2 jari bawah pusat kontraksi baik,
4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri/kanan dan mencoba duduk
5. Mengamati pengeluaran pervaginam, lochea rubra
6. Anjurkan klien minum sedikit-sedikit bila sudah flatus

7. Jaga daerah operasi agar tetap kering, dan tertutup khasa betadin
8. Anjurkan klien istirahat yang cukup
9. Pantau tanda-tanda infeksi terutama pada daerah operasi
10. Perawatan vulva hygiene
11. Kontrol cairan infuse dan urine tampung, dower kateter asih terpasang, urine 1000-cc

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 10 Juni 2008

Jam: 07 . 00 wit

1. Tanda – tanda vital dalam batas normal
 - a) Kesadaran compos mentis
 - b) Keadaan umum tenang.
2. Pasien sudah dimandikan dengan air hangat, ganti softeks satu kali (normal).
3. Cairan infuse menetes baik dengan kecepatan 24 x / m atau 3 kolf habis.
4. Obat antibiotik cefotaxim sudah diberikan melalui intra vena tiap 8 jam.
5. Klien sudah minum teh gula pada jam 20 . 35 wit.
6. Klien sudah melakukan mobilisasi aktif.
7. Pengeluaran urin sebanyak 1000 cc.

Asuhan Kebidanan Hari Ke III

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA DASAR

Tanggal 11 Juni 2008

Jam 06 . 00 Wit

DS :

Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang

DO :

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda – tanda Vital :
 - a) Tekanan Darah : 120 \ 70 mmHg
 - b) Nadi : 80 X \ Menit
 - c) Respirasi : 24 X \ Menit
 - d) Suhu Badan : 36,8 °C
4. Kontraksi Uterus : Baik
5. Pengeluaran pervaginam : Lochia rubra
6. Klien sudah boleh makan bubur dan minum
7. Luka masih dikompres
8. Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat
9. Cairan infus masih terpasang RL kolf III
10. Douwer cateter tetap terpasang.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ibu umur 32 tahun PII, A0, kala IV dengan post
sectio cesarea 3 jam.

DS :

Ibu mengeluh mual

Ibu mengatakan sakit pada luka operasi

Ibu mengatakan haus ingin minum

DO :

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda vital : TD 110/70 mmHg, N 76 x / menit, R 24
x/menit, S 36,8°C
4. TFU : 1 jari bawah pusat
Kontraksi uterus : tidak sama dengan persalinan normal
Luka SC : Tertutup pembalut
Perdarahan : Tidak ada.
5. Cairan infuse terpasang RL + Dex 10%, Kec : 24 tts/m
6. Pemeriksaan pervaginam
Perdarahan : 50 cc
Cateter : Terpasang
Jumlah Urine : 400 cc kuning tua

Langkah III : Diagnosa Potensial

1. Risiko terjadi anemia sedang
2. Risiko terjadi infeksi bekas operasi

Langkah IV : Tindakan Segera

Kolaborasi Dokter untuk pemberian terapi

Langkah V : Perencanaan

1. Pantau keadaan umum, kesadaran dan tanda – tanda vital.

Rasional : Mendeteksi perubahan yang terjadi
pada ibu

2. Tangani pasien dengan tindakan septic dan aseptik

Rasional : Mencegah infeksi pada luka operasi

3. Lakukan kolaborasi Dokter

Rasional : Mendapatkan pengobatan yang adekuat

4. Atur posisi pasien miring kiri dan kanan

Rasional : Agar ibu rasa tenang dan nyaman

5. Buat laporan perkembangan klien dalam status

Langkah VI : Pelaksanaan

Tanggal : 11 – 06 – 2008

Pukul : 06:00 WIT

1. Menjelaskan kepada ibu tentang keadaan ibu sekarang.

2. Memantau keadaan umum, kesadaran dan tanda – tanda vital TD 110/70 mmHg, N : 76 x / menit, R :24 x/menit, SB : 36,8⁰C
3. Melakukan observasi TFU 2 Jr Bwh Pusat, kontraksi: sedang, perdarahan : 50 cc tiap 15 menit.
4. Menganjurkan ibu untuk aktivitas ringan.
5. Memberikan minuman air hangat dan makan bubur lunak.
6. Menangani pasien dengan tindakan septic dan aseptik
7. Melakukan kolaborasi Dokter
Melakukan injeksi
8. Mencatat perkembangan klien dalam status.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 11 – 06 - 2008

Pukul : 20:00 WIT

DS : Ibu mengatakan nyeri pada daerah operasi sudah mulai berkurang.

DO :

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda vital : TD 120/70 mmHG, N: 72 x /menit, R :26 x/menit, SB: 36,8⁰ C
4. Intake : 3000 cc, out put 1500 cc
5. Kontraksi uterus: Baik
6. TFU : 2 jari bawah pusat
7. Terapi injeksi sudah diberikan sesuai waktu pemberian

A : Ibu umur 32 tahun, PII, A0, post sectio cesarea

P :

1. Observasi keadaan umum, kesadaran dan tanda – tanda vital
2. Observasi perdarahan kontraksi uterus (+)
3. Beri terapi sesuai waktu pemberian
4. Rawat luka operasi tetap kering
5. Mobilisasi
6. Penuhi kebutuhan nutrisi
7. Dower kateter sudah dilepas
8. Ibu tetap dalam pengawasan lanjut.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini akan dibicarakan kesenjangan antara teori yang ada pada Bab II dengan kenyataan yang diperoleh dari hasil studi kasus pada Bab III,

Manajemen Asuhan kebidanan pada Ny.K dengan Nifas Post Sectio Caesarea dengan indikasi Plasenta Previa, yang dirawat selama 3 hari dimulai dari tanggal 9 Juni 2008 sampai dengan 11 juni 2008 di Rumah Sakit Umum Jayapura. sebagai berikut : Dalam teori, mobilisasi dapat dilakukansetelah 8 jam post operasi, yaitu :

- a. Setelah 8 jam : Klien diperbolehkan miring ke kanan dan kekiri
- b. Hari ke 2 : Diperbolehkan duduk
- c. Hari ke 3 : Jalan – jalan
- d. Hari ke 4 – 5 : Diperbolehkan pulang

Namun pada kenyataannya :

- a. Setelah 8 jam : Klien hanya bisa melakukan mobilisasi pasif
- b. Hari ke 2 : Miring ke kanan dan kiri, posisi tidur semi fowler
- c. Hari ke 3 : Duduk di kursi dan mulai jalan – jalan dalam ruangan
- d. Hari ke 4 : Diperbolehkan pulang

Berdasarkan teori pada pasien post operasi dengan anasthesi pada spinal diberikan makan dan minum setelah pasien sadar betul, yaitu 6 -12 jam post operasi, namun pada kenyataan yang ditemukan :

a. 15 jam post operasi : Minum air putih hangat

b. Hari ke 2 : Makan bubur

Produksi ASI pada payudara kiri\kanan sedikit tidak terjadi pembendungan ASI, sementara bayi belum minum ASI.

Kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri pada :

a. Hari I : 1 jari bawah pusat

b. Hari II : 3 jari bawah pusat

c. Hari III : $\frac{1}{2}$ Pusat symphysis.

Pengeluaran pervaginam (lochia) berjalan normal yaitu, hari 1-3 Lochia Rubra, Tindakan Penanganan lainnya berjalan sesuai antara teori dan praktek yang berlangsung dalam 3 hari perawatan, dan tidak ditemukan komplikasi yang membahayakan terhadap kelangsungan hidup klien, terutama yang tercantum pada diagnosa potensial, yaitu perdarahan dan infeksi tidak terjadi. Keberhasilan dalam pemberian asuhan kebidanan tidak terlepas dari koordinasi kerja yang baik antara tim medis, bidan, klien dan keluarganya, sehingga klien sembuh tanpa adanya komplikasi dan pulang dengan baik. Manajemen kebidanan merupakan solusi yang tepat dalam menangani setiap masalah kesehatan pada umumnya dan kebidanan pada khususnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis melakukan Manajemen Kebidanan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea dengan indikasi Plasenta Previa, di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura, mulai dari tanggal 9 juni 2008 sampai dengan 11 Juni 2008.

Berdasarkan pembahasan dari bab – bab sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Post sectio saecarea merupakan suatu tindakan yang besar dalam penanganan medis bila tidak ditangani dengan baik oleh semua tim kesehatan maka akan mengancam jiwa ibu karena potensial terjadi infeksi lebih besar, dimana akan bisa mengakibatkan kematian ibu pada pasca post sectio caesarea.
2. Pada kasus yang penulis tangani post sectio caesarea di tangani selama 3 hari dengan mendapat suatu pemantauan yang adekuat yaitu dengan penerapan manajemen kebidanan dan kerjasama antara bidan dan Tim Kesehatan lainnya, sehingga tidak terjadi komplikasi.
3. Pasien pada hari ke 2 dapat melakukan aktifitas ringan yaitu menyusui bayi dan pada hari ke 3 (tiga) penanggulangan dalam kegiatan eliminasi, makan – minum. Keluhan rasa nyeri sudah berkurang dan atas instruksi dokter pasien di perbolehkan pulang dilanjuttkan denga berobat jalan..

B. Saran

1. Untuk Ruang Bersalin

- a. Diharapkan agar selalu melakukan Manajemen Asuhan Kebidanan mengaju pada standar pelayanan dalam bentuk fasilitas alat – alat medik yang digunakan.
- b. Bagi Bidan, alat – alat yang di gunakan harus steril. Misalnya :
sarung
tangan, gunting untuk satu orang digunakan pada klien dengan luka operasi.
- c. Dapat dilakukan asuhan kebidanan dengan pendokumentasian yang baik
dan benar sehingga dapat memantau perkembangan dari klien.

2. Untuk Politeknik Kesehatan Papua

- a. Dapat menyiapkan dan melengkapi buku – buku bagi jurusan – jurusan
di perpustakaan agar dapat memudahkan mahasiswa dalam proses belajar.
- b. Khususnya untuk jurusan Kebidanan kiranya dapat membantu kami dengan tersedianya perpustakaan mini yang di lengkapi buku – buku kebidanan sebagai referensi dalam pembuatan Makalah atau Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, 1998. ***Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan***, Cetakan Pertama, EGC, Jakarta.
- Mochtar, R. 1998. ***Sinopsis Obstetric Fisiologi Patologi*** Jilid I Edisi 2, EGC Jakarta.
- _____ 1998. ***Sinopsis Obstetric Operatif Sosial*** Jilid 2 Edisi 2, EGC Jakarta.
- Prawihardjo, 1994. ***Ilmu Kebidanan***, YBP – SP, EGC Jakarta.
- Saifuddin A.B. 2002. ***Buku Acuan Nasional, Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***, EGC Jakarta.
- Varney, H. 1997. ***Proses Manajemen Kebidanan***, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2001. ***Ilmu Kebidanan***, YBP – SP, Jakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, 1998. ***Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan***, Cetakan Pertama, EGC, Jakarta.
- Mochtar, R. 1998. ***Sinopsis Obstetric Fisiologi Patologi*** Jilid I Edisi 2, EGC Jakarta.
- _____ 1998. ***Sinopsis Obstetric Operatif Sosial*** Jilid 2 Edisi 2, EGC Jakarta.
- Prawihardjo, 1994. ***Ilmu Kebidanan***, YBP – SP, EGC Jakarta.
- Saifuddin A.B. 2002. ***Buku Acuan Nasional, Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***, EGC Jakarta.
- Varney, H. 1997. ***Proses Manajemen Kebidanan***, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2001. ***Ilmu Kebidanan***, YBP – SP, Jakarta.