

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN POST SECTIO CAESAREA DI RUANG BERSALIN RSUD ABEPURA

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura*



OLEH :

NARI IBAGE

NIM. PO.71.24.4.09.090

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
JAYAPURA 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul :

Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Post Sectio Caesarea
Di ruang Nifas RSUD Abepura.

Telah disetujui untuk dihadapkan kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura, 15 juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP.19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Ruth Yogi, S.ST
NIP. 197706172006042002

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP. 196404191989032003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Karya Tulis Ilmiah Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna

Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 06 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP.19640419 198903 2 003

SEKRETARIS



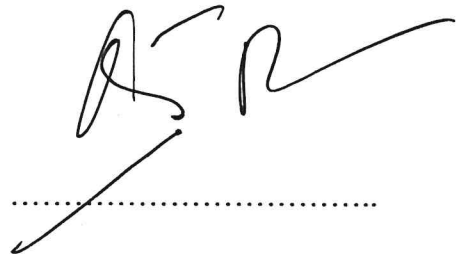
Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Heni Voni Rerey, SKM, MPH.
NIP. 19460419 198903 2 003


.....

2. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001


.....

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

Orang yang berjalan maju dengan menangis sambil menabur benih, pasti pulang dengan sorak sorai sambil membawa berkas - berkasnya. (Masmur, 126 : 6)

Kalau Tuhan mengambil ukuran manusia, Ia meningkatkan pita pengukur sekeliling hatinya, bukan sekeliling kepalanya, orang mengenal anda dari apa yang mereka lihat, bukan dari apa yang mereka dengar.

(Nari Ibage, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Kedua orang tuaku tersayang, yang selalu mendukungku dalam doa.
2. Suamiku tercinta, yang selalu mendukungku baik moril maupun materil.
3. Keempat buah hatiku yang tersayang (Otto, Yoy, Herlin dan Fian Sobolim), yang selalu membuat saya semangat untuk menyelesaikan study.
4. Saudara – saudaraku yang tersayang (Yonce, Noni, Jhon, Kris Demianus Ibage).
5. Sahabat – sahabatku yang terbaik (Stelle Rani Resubun dan Sugiyanti) yang membuatku mengerti akan arti dan indahnya persahabatan.

6. Rekan – rekan tugas belajar jurusan kebidanan “ kebersamaan kita adalah hal yang terindah dan tak mudah dilupakan”
7. Almamater Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmatNya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dengan Post sectio Caesarea di Ruang Bersalin di RSUD Abepura” tepat pada waktunya.

Untuk menyelesaikan penulisan ini Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini..
2. Ibu Heni Voni Rerey, SKM, MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
3. Bapak Direktur RSUD Abepura yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan asuhan kebidanan di wilayah kerjanya.
4. Ibu Kepala Ruang Bersalin RSUD Abepura yang telah mengijinkan Penulis untuk melakukan asuhan kebidanan di Ruang Bersalin RSUD Abepura.
5. Ibu Dra, Welmintje Sapari, M. Kes, selaku Dosen pembimbing I dan Ibu Ruth Yogi, S.ST, selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

7. Rekan – rekan mahasiswa tugas belajar angkatan 2011 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
8. Semua pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi materi maupun penyusunan, untuk itu kritik dan saran sangatlah penulis harapkan demi perbaikan kedepan.

Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa Jurusan Kebidanan. Doa serta harapan dari penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup kita ke depan.

Jayapura, Juli 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II. LANDASAN TEORI	
2.1. SECTIO CAESAREA	7
2.1.1. Definisi.....	7
2.1.2. Indikasi Sectio Caesarea	7
2.1.3. Frekuensi	8
2.1.4. Jenis Sectio Caesarea	8
2.1.5. Prinsip Perawatan Pascaoperatif.....	9

2.2. NIFAS.....	15
2.2.1. Definisi.....	15
2.2.2. Perubahan fisiologi dan struktural.....	15
2.2.3. Perubahan psikologi pada masa nifas.....	18
2.2.4. Tahapan masa nifas.....	18
2.2.5. Deteksi Dini Masa Nifas.....	20
2.2.6. Kebutuhan Dasar Masa Nifas.....	20
2.3. MANAJEMEN KEBIDANAN.....	23
2.3.1. Pengertian.....	23
2.3.2. Prinsip manajemen kebidanan menurut ACNM (1999).....	23
2.3.3. Proses manajemen kebidanan menurut Helen Varney.....	24
2.3.4. Standar Asuhan Kebidanan.....	30
2.3.5. Pendokumentasian Manajemen Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP.....	34
BAB III.TINJAUAN KASUS	
3.1. GAMBARAN UMUM TEMPAT PENGAMBILAN KASUS.....	38
3.1.1. Analisa tipe dan karakteristik	38
3.1.2. Wewenang dan tanggung jawab.....	39
3.1.3. Gambaran Umum Ruang Bersalin.....	42
3.2. TINJAUAN KASUS.....	43
BAB IV.PEMBAHASAN.....	60

BAB V.PENUTUP

A. KESIMPULAN..... 62

B. SARAN..... 63

DAFTAR PUSTAKA.....

Lampiran.....

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Masalah kesehatan terus berkembang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Derajat kesehatan keluarga ditentukan oleh kesehatan ibu dan anak. Salah satu keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan berdasarkan Angka Kematian Ibu (Maternal Mortality Rate) dan Angka Kematian bayi (Neonatal Mortality Rate). Operasi sectio caesarea jauh lebih aman dari pada dulu berkat kemajuan antibiotika, transfusi darah, anastesi, dan tehnik operasi yang lebih sempurna. Karena itu saat ini ada kecenderungan untuk melakukan operasi ini tanpa dasar indikasi yang cukup kuat, namun perlu diingat, bahwa seorang wanita yang telah mengalami operasi pasti akan menimbulkan cacat dan parut rahim yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya walaupun bahaya tersebut relatif kecil.(Iqbal dctr, 2010)

Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan bahwa angka persalinan dengan bedah caesar adalah sekitar 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang, dibandingkan dengan di Britania Raya 23%, di Amerika Serikat dan Kanada 21%.(Iqbal,dctr, 2010)

Menurut Andon dari beberapa penelitian terlihat bahwa sebenarnya angka kesakitan dan kematian ibu pada tindakan operasi sectio caesarea lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Angka kematian langsung pada operasi caesar adalah 5,8 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kesakitan sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal hanya sekitar 9 per 1000 kejadian. WHO menganjurkan operasi sectio caesarea hanya sekitar 10-15% dari jumlah total kelahiran. Anjuran WHO tersebut tentunya didasarkan pada analisis resiko-resiko yang muncul akibat sesar. Baik resiko bagi ibu maupun bagi bayi. (Iqbal dctr, 2010)

Di Indonesia angka persalinan dengan sectio caesarea meningkat dari 5% menjadi 20% dalam 20 tahun terakhir. Dan tercatat dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,7% - 55,3% ibu melahirkan dengan sectio caesarea. Peningkatan persalinan dengan sectio caesarea ini disebabkan karena berkembangnya indikasi dan makin kecilnya resiko dan mortalitas pada sectio caesarea yang didukung dengan tehnik operasi anastesi serta ampuhnya antibiotika. Dampak dan resiko kesehatan pasca sectio caesarea ini cukup berarti seperti infeksi, perdarahan, luka pada organ, komplikasi dari obat bius dan kematian. Lebih dari 85% sectio caesarea disebabkan karena adanya riwayat sectio caesarea sebelumnya, distosia persalinan, gawat janin dan presentase bokong. Angka mortalitas ibu pada sectio caesarea elektif adalah 2,8% sedangkan untuk sectio caesarea emergensi mencapai 30%. (Gocb, 2010)

Menurut Benson dan Pernolls cit Adje (2005) angka kematian secara sectio caesarea adalah 40 – 80 tiap 100.000 kelahiran hidup. Angka ini

menunjukkan resiko 25 kali lebih besar dibandingkan persalinan pervaginam.(Gocb. 2010)

Pada tahun 2007 – 2008 jumlah persalinan dengan tindakan sectio caesarea di Rumah sakit Umum Meuraxa Banda Aceh berjumlah 145 kasus dari 745 persalinan keseluruhannya atau 19,46%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa angka tersebut sudah melebihi batas yang ditetapkan oleh WHO yaitu 10-15%.(Iqbal dctr, 2010)

Menurut rekam medis Rumah Sakit Umum Abepura di Ruang Bersalin jumlah persalinan dari bulan Januari sampai Desember 2010 adalah 2.497 kasus. Persalinan normal sebanyak 1972 kasus atau 79 %, persalinan dengan sectio caesarea sebanyak 525 kasus atau 21%. Ibu nifas dengan post sectio caesarea yang dirawat semua sembuh dengan baik dan tidak terdapat kasus kematian akibat infeksi post sectio.

Berdasarkan data diatas penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Post Sectio Caesarea di Ruang Nifas RSUD Abepura.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahannya sebagai berikut :

- 1.2.1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?
- 1.2.2. Bagaimana merumuskan diagnose actual terhadap ibu nifas dengan post sectio caserea di ruang nifas RSUD Abepura?

- 1.2.3. Bagaimana merumuskan diagnose potensial terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?
- 1.2.4. Bagaimana melakukan tindakan segera terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?
- 1.2.5. Bagaimana merencanakan asuhan secara menyeluruh terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?
- 1.2.6. Bagaimana melakukan tindakan sesuai rencana asuhan terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?
- 1.2.7. Bagaimana mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea?
- 1.2.8. Bagaimana mendokumentasikan asuhan yang sudah diberikan terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura?

1.3. TUJUAN PENULISAN

1.3.1. Tujuan Umum

Diharapkan dengan asuhan kebidanan, ibu dapat memperoleh perawatan yang komprehensif sehingga dapat menolong ibu dengan baik.

1.3.2. Tujuan khusus

Dari tujuan umum dapat dirincikan dalam tujuan khusus sebagai berikut, diharapkan setelah melakukan pelayanan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea maka penulis mampu :

1. Melakukan pengkajian pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.

2. Merumuskan diagnose actual pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
3. Menentukan masalah potensial pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
4. Melakukan tindakan segera pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
5. Membuat rencana asuhan menyeluruh dengan tepat dan rasional terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
6. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana asuhan yang menyeluruh pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
7. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.
8. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di ruang nifas RSUD Abepura.

1.4. MANFAAT PENULISAN

1.4.1. Untuk Rumah Sakit

Sebagai masukan dan menambah wawasan bagi petugas rumah sakit khususnya ruang bersalin dalam memberikan asuhan kebidanan terutama dalam penanganan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea.

1.4.2. Untuk Lembaga pendidikan

Sebagai contoh bagi para mahasiswa maupun pihak-pihak lain dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea.

1.4.3. Untuk penulis

1. Dapat meningkatkan wawasan dan menambah pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya pada ibu nifas dengan sectio caesarea.
2. Sebagai referensi dalam menangani kasus nifas dengan post sectio caesarea dimanapun penulis bertugas.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. SECTIO CAESAREA

2.1.1. Definisi

Sectio caesarea merupakan tindakan paling konservatif dalam kebidanan. Sectio caesarea terasa makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan dalam menolong persalinan. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar sectio caesarea adalah persalinan lama sampai persalinan terlambat, ruptura uteri iminen, gawat janin, janin besar melebihi 4000 gram, dan perdarahan antepartum. (Manuaba, 2010).

Suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Wiknjosastro, 2007)

2.1.2. Indikasi Sectio Caesarea

a. Indikasi Klasik

- a). *Prolong/neglected*
- b). Gawat janin.
- c). Berat badan bayi 4000 gram

b. Indikasi klinis

- a). SC letak sungsang
- b). SC perdarahan antepartum

- c). Kehamilan prematuritas
- d) Kehamilan resiko tinggi
- e). Kehamilan ganda
- f). Pre-eklamsia/eklamsia
- g) Kegagalan induksi
- i). Lain – lain : permintaan SC (Manuaba, 2010).

2.1.3. Frekuensi

Angka kasus seksio sesarea di Jakarta, rumah sakit pemerintah 12 – 15 %, semi swasta 15 – 17 % dan swasta penuh 25 – 30 %. Pertimbangan yang dapat dilakukan untuk menurunkan tindakan sectio caesarea adalah pendidikan terhadap masyarakat dan terhadap diri, evaluasi periodic tentang indikasi primer seksio sesarea sehingga dapat memberikan kesempatan persalinan pervaginam, mempertajam indikasi seksio sesarea sehingga tanggung jawab terhadap ilmu kebidanan lebih tinggi, dan meningkatkan penerimaan honor dari persalinan normal. Apakah perlakuan ini menghasilkan penurunan seksio sesarea, masih perlu dipersoalkan mengingat perkembangan baru dalam ilmu perinatology dan kebidanan yang menghendaki hasil *well born baby* dan *well health mother*. (Manuaba, 2010)

2.1.4. Jenis Sectio Caesarea

1. Seksio sesarea klasik : pembedahan secara Sanger.
2. Seksio sesarea transperitoneal profunda (*Supra cervicalis = lower segmen caesarean section*)

3. Seksio sesarea diikuti histerektomi (*Casarean hysterectomy = seksio histerektomi*)
4. Seksio sesarea ekstrapéritoneal
5. Seksio sesarea Vaginal (Wiknjosastro, 2007)

2.1.5. Prinsip Perawatan pascaoperatif.

1. Perawatan awal

a. Letakkan pasien dalam posisi untuk pemulihan :

- a). Tidur miring dengan kepala agak ekstensi untuk membebaskan jalan nafas.
- b). Letakkan lengan diatas muka tubuh agar mudah melakukan pemeriksaan tekanan darah.
- c). Tungkai bawah agak ditekuk, bagian atas lebih tertekuk dari pada bagian bawah untuk menjaga keseimbangan.

b. Segera setelah pembedahan periksa kondisi pasien.

- a) Cek tanda vital dan suhu tubuh setiap 15 menit selama jam pertama, kemudian tiap 30 menit pada jam selanjutnya.
- b) Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
- c) Cek kontraksi uterus jangan sampai lembek.

Catatan : Pastikan ibu tersebut di bawah pengawasan sampai ia sadar.

- a) Yakinkan bahwa jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
- b) Transfusi jika diperlukan.

- c) Jika tanda vital tidak stabil dan hematokrit turun walau diberi transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah karena kemungkinan terjadi pasca bedah.

c. Analgesia

- a) Pemberian analgesia sesudah pembedahan sangat penting.
- b) Pemberian sedasi yang berlebihan akan menghambat mobilitas yang diperlukan pasca bedah..

Analgesia yang diberikan : supositoria ketoprofen 2 kali/12 jam atau tramadol ; oral tramadol tiap 6 jam atau parasetamol ; injeksi petidin 50 – 70 mg diberikan tiap 6 jam bila perlu.

- c). Bila pasien sudah sadar, perdarahan minimal, tekanan darah baik stabil, urin > 30 cc/jam, pasien bisa kembali keruangan.

2. Perawatan lanjutan

Lakukan pemeriksaan tanda – tanda vital tiap 4 jam. Kontraksi uterus, dan perdarahan.

3. Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8 – 12 (bila tidak ada kontraindikasi dari anastesi). Ia dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

4. Fungsi gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetrik yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 12 jam.

- a. Jika tindakan bedah tidak berat, berikan pasien diet cair. Misalnya 6 – 8 jam pasca bedah dengan anastesi spinal, infus dan kateter dapat dilepas.
- b. Jika ada tanda infeksi, atau jika seksio sesarea karena partus macet atau ruptura uteri, tunggu sampai bising usus timbul.
- c. Jika peristaltik baik dan pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat.
- d. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik.
- e. Berikan pada 24 jam 1 sekitar 2 liter cairan, dengan monitor produksi urin tidak kurang dari 30 ml/jam. Bila kurang, kemungkinan ada kehilangan darah yang tidak kelihatan atau efek antidiuretik dari oksitosin.
- f. Jika pemberian infus melebihi 48 jam, berikan cairan elektrolit untuk balans (misalnya kalium klorida 40mEq dalam 1/cairan infus).
- g. Sebelum keluar dari rumah sakit, pasien sudah harus bisa makan makanan biasa.

5. Pembalutan dan perawatan

Penutup/pembalut luka berfungsi sebagai penghalang dan pelindung terhadap infeksi selama proses penyembuhan yang dikenal dengan reepitelisasi. Pertahankan penutup luka ini selama hari pertama setelah pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses reepitelisasi berlangsung.

- a. Jika pada pembalut luka terdapat perdarahan sedikit atau keluar cairan tidak terlalu banyak, jangan mengganti pembalut :

- a) Perkuat pembalutnya.
- b) Pantau keluarnya cairan dan darah.
- c) Jika perdarahan tetap bertambah atau sudah membasahi setengah atau lebih dari pembalutnya, buka pembalut, inspeksi luka, atasi penyebabnya, dan ganti dengan pembalut baru.
- d) Jika pembalut agak kendor, jangan ganti pembalut tetapi diplester untuk mengencangkan. Ganti pembalut dengan cara yang steril.
- e) Luka harus dijaga tetap kering dan bersih, tidak boleh terdapat bukti infeksi atau seroma sampai ibu diperbolehkan pulang dari rumah sakit.

6. Perawatan fungsi kandung kemih.

Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur pembedahan. Semakin cepat melepas kateter akan lebih baik mencegah kemungkinan infeksi dan membuat perempuan lebih cepat mobilisasi.

- a. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah bedah atau sesudah semalam.
- b. Jika urin tidak jernih, biarkan kateter dipasang sampai urin jernih.
- c. Kateter dipasang 48 jam pada kasus :
 - a) Bedah karena ruptura uteri
 - b) Partus lama atau macet
 - c) Edema perineum luas
 - d) Sepsis puerperalis/pelvio peritonitis.

Catatan : pastikan urin jernih pada saat melepas kateter.

- a) Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih pasang kateter sampai minimum 7 hari, atau urin jernih.
- b) Jika sudah tidak memakai antibiotika, berikan nitrofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas (untuk mencegah sistitis).

7. Antibiotika

Jika ada tanda infeksi atau pasien demam, berikan antibiotika sampai bebas demam selama 48 jam.

8. Melepas jahitan

- a. Jahitan fascia merupakan hal utama pada bedah abdomen
- b. Melepas jahitan kulit 5 hari setelah hari bedah pada jahitan sutra.

9. Demam

- a. Suhu yang melebihi 38°C pasca pembedahan hari ke-2 harus dicari penyebabnya.
- b. Yakinkan pasien tidak panas minimum 24 jam sebelum keluar dari rumah sakit.

10. Ambulasi/mobilisasi

- a. Ambulasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat nafas dalam dan menstimulasi kembali gastrointestinal normal.
- b. Dorong untuk menggerakkan kaki dan tungkai bawah sesegera mungkin, biasanya dalam waktu 24 jam.

11. Perawatan gabung

Pasien dapat dirawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi tidur atau duduk.

12. Memulangkan pasien

- a. 2 hari pasca seksio sesarea tanpa komplikasi
- b. Perawatan 3 – 4 hari cukup untuk pasien. Berikan instruksi mengenai perawatan luka (mengganti kasa) dan keterangan tertulis mengenai tehnik pembedahan.
- c. Pasien diminta datang untuk kontrol setelah 7 hari pasien pulang.
- d. Pasien perlu segera datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan. (Manuaba, 2010)

2.1. NIFAS

2.1.1. Definisi

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Prawirohardjo, 2008). Menurut Suhermi dkk (2008). Masa nifas disebut juga masa *post partum* atau *puerperium* adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan *plasenta* keluar lepas dari rahim sampai 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya saat melahirkan.

2.1.2. Perubahan fisiologis dan structural

Perubahan fisiologis dan structural (Suhermi, dkk, 2008), adalah sebagai berikut :

1. Involusio Rahim

Involusio disebabkan oleh proses *autolysis*. Uterus cepat berinvolusio dengan kecepatan sekitar 1 cm/hari.

Table 6. Involutio Uterus Normal

INVOLUSIO	TINGGI FUNDUS	BERAT UTERUS
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
Dua minggu	Tidak teraba	350 gram

Sumber : Suhermi, dkk 2008

Cairan yang keluar dari vagina disebut dengan *lochia*. *Lokia* adalah sesuatu yang normal pada masa nifas, *lokia* memiliki bau khas agak amis. *Lokia* dapat dibagi berdasarkan penampilan visualnya .

1. *Lochia rubra* 1-2 hari

Berwarna merah terdiri dari *sel desidua*, *vernix caseosa*, rambut *lanugo*, *sisa meconium*, sisa darah.

2. *Lochia sanguilenta* 3-7 hari berwarna kuning bercampur darah.

3. *Lochia serosa* 7-14 hari, berwarna kekuningan tidak bercampur darah lagi.

4. *Lochia alba* setelah hari ke 14 berwarna putih bercampur *leukosit*

2. *Vagina dan perineum*

Pada minggu ketiga, *vagina* mengecil dan timbul *rugae* kembali. Pada perineum hampir pada semua persalinan pertama terjadi robekan *perineum*.

3. Hormon

Kadar *estrogen* dan *progesteron* turun dalam 72 jam setelah persalinan. Kadar *FSH* pulih ke konsentrasi prahamil dalam 3 minggu setelah persalinan, sedangkan pemulihan sekresi *LH* memerlukan waktu lebih lama, tergantung pada masa laktasi. Begitu pun kadar *oksitosin* dan *prolactin* yang bergantung pada kinerja laktasi.

4. System *hematologis*

Pengeluaran darah pada saat persalinan yang secara normal diperkirakan berjumlah 300-500 ml, dapat menyebabkan kadar hemoglobin menurun. Kadar *hemoglobin* kembali ke kadar normal prahamil dalam 4-6 minggu.

5. System pencernaan dan *defekasi*

Selama persalinan proses motilitas lambung berkurang, terutama akibat rasa nyeri, rasa takut yang menyebabkan perlambatan pengosongan lambung yang dapat berakibat *konstipasi*. Tonus otot dan system kerja lambung akan kembali normal dalam waktu 6 minggu setelah persalinan. *Defekasi* pertama biasanya terjadi dalam 2 atau 3 hari setelah persalinan sedangkan pada hari ke 10 fungsi usus sudah kembali normal.

6. Suhu tubuh

Sebagai respon terhadap persalinan, terutama dehidrasi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan suhu tubuh sedikit meningkat 38°C . Kalau menetap menandakan adanya infeksi.

7. Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih setelah 6 minggu.

8. Saluran kencing

Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih ada urine *residual*.

9. Payudara

Terjadi proses *laktasi*, karena adanya hormon *prolactin* dan *oksitosin*. Pada hari ke 2-3 setelah persalinan, payudara sudah menghasilkan kolostrum.

2.2.3. Perubahan psikologi pada masa nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas (Prawirohardjo, 2008) antara lain:

1. *Fase taking in* (hari1-2)

Fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan. Ketidaknyamanan fisik seperti mules, nyeri jahitan, kelelahan akan membuat ibu seperti mudah

tersinggung dan menangis. Pada fase ini ibu perlu cukup istirahat, kehadiran suami dan keluarga akan membantu ibu dalam melewati fase ini.

2. *Fase taking hold* (hari ke 3-10)

Fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan ibu bahwa ia sanggup merawat bayinya.

3. *letting go* (hari ke 10)

Fase ini ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, keinginan untuk merawat bayinya semakin meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

2.2.4. Tahapan masa nifas

Menurut Praworihardjo (2008), tahapan masa nifas terjadi setelah persalinan. Beberapa tahapan masa nifas tersebut antar lain :

1. *Immediate puerperium* adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan)

2.2.5. Deteksi dini masa nifas

Deteksi dini masa nifas diperlukan untuk mendeteksi dini tanda-tanda bahaya pada masa nifas (Prawirohardjo, 2008)

1. Apakah masa nifas berlangsung normal atau tidak (seperti *involusio uteri*, pengeluaran *lochea* dan pengeluaran ASI serta perubahan system tubuh, termasuk keadaan psikologis)
2. Adakah keadaan gawat darurat pada ibu (seperti perdarahan, kejang, dan panas)
3. Adakah penyakit/masalah dengan ibu yang memerlukan perawatan atau rujukan (seperti *abses* pada payudara)

2.2.6. Kebutuhan dasar ibu nifas

Kebutuhan kebutuhan dasar masa nifas (Prawirohardjo, 2008), antara lain

1. Kebersihan diri
 - a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh
 - b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
 - c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari
 - d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
2. Istirahat
 - a. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

- b. Sarankan untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga seperti biasa tetapi perlahan-lahan.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus memperbanyak pendarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan diri sendiri.

3. Gizi

Gizi yang harus dipenuhi oleh ibu menyusui harus :

- a. Mengkonsumsi tambahan 800 kalori setiap hari dalam 6 bulan pertama.
- b. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, lemak, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter sehari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit)

4. Perawatan payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering
- b. Menggunakan BH yang menyokong payudara
- c. Apabila puting susu lecet, oleskan ASI
- d. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan :
 - 1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - 2) Urut payudara dari pangkal menuju puting

- 3) Keluarkan ASI sebagian dari bagian payudara sehingga puting susu menjadi lunak.
- 4) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali
- 5) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui

5. Eliminasi

- a. Dalam 6-8 jam ibu nifas harus sudah bisa BAK spontan
- b. BAB biasanya tertunda selama 2 atau 3 hari, bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa diberikan obat *laksan*.
- c. *Ambulasi* secara dini, asupan cairan yang adekuat dan diet tinggi serat sangat membantu dalam eliminasi.

6. Pemberian ASI/laktasi

Hal – hal yang perlu diberitahukan kepada ibu nifas :

- a. Menyusui bayinya segera setelah lahir, lamanya 30 menit
- b. Ajarkan cara menyusui yang benar
- c. Memberikan ASI secara eksklusif

7. Keluarga berencana

- a. Idealnya ibu boleh hamil lagi setelah 2 tahun
- b. Jelaskan berbagai macam metode kontrasepsi

8. Hubungan seks

Ibu aman berhubungan seks setelah tidak ada cairan yang keluar dari *vagina* dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari tanpa rasa sakit.

2.3. MANAJEMEN KEBIDANAN

2.3.1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009)

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009).

2.3.2. Prinsip Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College of Nurse Midwife terdiri dari (Saminem, 2010):

1. 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.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar

3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney dalam Saminem, 2010.

Menurut Varney (1997), bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan – tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Dalam text book kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981 proses manajemen kebidanan diselesaikan dalam lima langkah. Namun setelah menggunakan Varney melihat ada beberapa hal yang penting yang perlu disempurnakan sehingga ditambahkan dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah yang dijelaskan terdahulu. Varney mengatakan seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadang kala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi bahkan mungkin harus segera merujuk kliennya. Varney kemudian menyempurnakan proses manajemen kebidanan menjadi tujuh langkah. Ia menambahkan langkah ketiga agar bidan lebih mengantisipasi masalah yang kemungkinan dapat terjadi pada kliennya.

Varney (1997) juga menambahkan satu langkah lagi langkah keempat dengan harapan bidan dapat menggunakan kemampuan untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen sehingga bila klien membutuhkan tindakan segera atau kolaborasi, konsultasi bahkan dirujuk, segera bisa dapat dilaksanakan.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara berkala, 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 detail dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1. Langkah 1. Pengumpulan data dasar

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

- a. Riwayat kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah – langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic lain. Kadang – kadang bidan perlu memulai manajemen

dari langkah keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu di sampaikan kepada dokter.

2. Langkah 2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
 - b. Berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan.
 - c. Memiliki ciri khas kebidanan.
 - d. Didukung oleh Dinical Judgement dalam praktik kebidanan.
 - e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.
- ## 3. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

4. Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

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 mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus.

5. Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi 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 social ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah 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.

6. Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah – langkah tersebut benar – benar terlaksana. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

7. Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif.

2.3.4. Standar asuhan kebidanan

Masalah kematian dan kesakitan ibu di Indonesia masih merupakan masalah besar. Menurut Data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, Angka Kematian Ibu(AKI) adalah 228/100.000 kelahiran hidup.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan yang diberikan kepada setiap ibu yang memerlukan dengan memenuhi standar tertentu agar aman dan efektif.

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematia Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya.

Untuk mewujudkan pelayanan kebidanan yang berkualitas diperlukan adanya Standar sebagai acuan bagi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien di setiap tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat bidan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Standar asuhan kebidanan menurut KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007, adalah sebagai berikut :

1. Standar 1 : Pengkajian

Pernyataan standar : Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengkajian :

- a. Data tepat, akurat dan lengkap
- b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesis, biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- c. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : Perumusan diagnosis atau masalah kebidanan.

Pernyataan standar : Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logic untuk menegakkan diagnosis dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosis atau masalah kebidanan :

- a. Diagnosis sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

Pernyataan Standar : Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis masalah yang ditegakkan.

Kriteria perencanaan :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV : Implementasi

Pernyataan standar : Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio- psikososial- spiritual- kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (informed consent).

- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

Pernyataan standar : Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai standar.
- d. Hasil evaluasi dilakukan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan Standar : Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria :

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/Buku KIA).

Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

- a. S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesis
- b. O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- c. A : adalah hasil analisis, mencatat diagnosis dan masalah kebidanan.
- d. P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan.

2.3.5. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan biro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan 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, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah – langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data subyektif, O adalah data obyektif, A adalah Analysis/Assesment dan P adalah Planning. Merupakan

catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari , metode SOAP ini merupakan proses pemikiran dan penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk,2001) dalam Muslihatun dkk (2009)

1. S (Data subyektif)

Data subyektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (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 di belakang huruf “ S “ diberi tanda huruf “O” atau “ X”. tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data obyektif)

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

3. A (Assessment)

A (Analysis/Assessment), 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.

4. P (Planning)

Planning/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 seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan 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/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan mengenai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan daalam

rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasinya dan kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS

3.1.1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah nomor : 8 tahun 1998 oleh menteri dengan surat keputusan nomor : 78 tahun 1998 pada tanggal 05 Mei 1998 dan selanjutnya diundang-undangkan dengan lembaran daerah propinsi Dati I Irian Jaya : Nomor : 162 tanggal 13 juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu rumah sakit, maka disusul untuk pengisian jabatan structural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu rumah sakit milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang komersial dan memiliki 163 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan, bangsal perinatology, ruang ICU, ruang VIP, dan ruang kelas.

Tercapainya kriteria sebagai rumah sakit tipe C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

Struktur organisasi dan ketenagaan :

1. Struktur organisasi

a. Direktur

- b. Seksi keperawatan
- c. Sub bagian
- d. Sub seksi
- e. Instansi kebidanan
- f. Komite medis dan staf medis fungsional

2. Ketenagaan

- a. Dokter spesialis
- b. Dokter umum
- c. Dokter gigi
- d. Perawat
- e. Bidan
- f. Petugas gizi
- g. Kesehatan lingkungan
- h. Petugas administrasi
- i. Petugas kebersihan

3.1.2. Wewenang dan Tanggung Jawab

1. Tugas pokok

Rumah Sakit Umum Daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

2. Fungsi

- a. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis

- b. Menyelenggarakan pelayanan medis
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e. Menyelenggarakan pendidikan dan penyuluhan
- f. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- g. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

3.1.3. Gambaran umum ruang bersalin

Instansi kebidanan dibagi dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin. Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun ginekologi obstetric. Ruang bersalin terdiri dari 3 bagian yaitu kamar bersalin, ruang nifas, ruang pra operasi dan post operasi, dan masing – masing ada penanggung jawabnya

Ruang bersalin memiliki 6 kamar rawat inap yang terdiri dari :

- a. Kamar kelas I, dengan 4 tempat tidur
 - b. Kamar kelas II, dengan 4 tempat tidur
 - c. Kamar kelas III, dengan 13 tempat tidur
 - d. Kamar isolasi, dengan 4 tempat tidur
1. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruang bersalin.
 - a. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
 - b. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruang bersalin
 - c. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin
 - d. Kepala ruang bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

2. Jumlah tenaga

- a. Dokter spesialis kebidanan (SpOG) : 4 Orang
- b. Dokter umum : 2 orang
- c. D III kebidanan : 18 orang
- d. D III keperawatan : 1 orang
- e. Bidan A/C : 5 orang

3. Ruang bersalin

a. Tugas dan tanggung jawab

Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang fisiologis maupun patologi, menganamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda – tanda vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan kasus-kasus ginekologi serta partus ginekologi dan partus patologi ke dokter spesialis penanggung jawab VK. Petugas bertanggung jawab menolong pasien yang akan bersalin normal sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN), membantu dokter dalam melakukan tindakan persalinan abnormal/patologi dalam ruang bersalin (VK).

4. Fasilitas pelayanan

- a. 4 buah partus set
- b. 4 buah curetase set
- c. 1 buah vacum set
- d. 1 buah forceps set
- e. 4 buah troli
- f. 4 buah tempat tidur persalinan

- g. 3 tempat tidur ginekologi
- h. 1 buah lampu sorot
- i. Oksigen
- j. Lemari obat-obatan dan alkes
- k. Petunjuk 58 langkah
- l. Tromol-tromol berisi kassa, tampon dan kapas
- m. Ember dengan larutan klorin dan DTT
- n. Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan
- o. Standar infus, infus set, transfusi set, dan cairan infus
- p. Hecting set 4 buah
- q. Cateter metal dan nelaton serta urine bag
- r. Status pasien obstetric maupun ginekologi
- s. Alat komunikasi dan alat tulis kantor
- t. Alat pemantau tanda-tanda vital seperti tensi meter, thermometer, dan stetoskop
- u. Dopler 2 buah
- v. USG 1 unit
- w. CTG 1 unit
- x. Alat non medis lainnya

3.2. TINJAUAN KASUS

Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Dengan Post Sectio Caesarea

Di Ruang Nifas RSUD Abepura

Tanggal pengkajian : 27- 4 – 2011, jam 09.00 Wit

Tempat : Ruang Nifas RSUD Abepura

Oleh : Mhs. Nari Ibage

LANGKAH I. PENGKAJIAN

A. Data Subyektif

1. Biodata

Nama ibu	: NY.D.Y	Nama suami	: TN. G.W
Umur	: 18 thn	Umur	: 20 thn
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: -	Pekerjaan	: Ojek
Suku/bangsa	: Wamena/Indonesia	Suku/ Bangsa	: Wamena/Indonesia
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Nikah ke	: I	Nikah ke	: I
Lama nikah	: 1 thn	Lama nikah	: 1 thn
Alamat	: Koya barat	Alamat	: Koya barat

2. Data biologis/fisiologis

1. Keluhan utama : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi.
2. Riwayat keluhan utama : Ibu melahirkan secara sectio caesarea tanggal 27 – 4 – 2011, jam 08.00 wit, dengan indikasi panggul sempit.
3. Riwayat kehamilan , persalinan dan nifas yang lalu : tidak ada
4. Riwayat kesehatan yang lalu
 - a. Riwayat penyakit yang pernah di derita : malaria
 - b. Riwayat opname : pernah
 - c. Riwayat transfusi : tidak pernah
 - d. Riwayat alergi : tidak pernah
5. Riwayat antenatal care
 - a. ANC : di Puskesmas Koya
 - b. Frekuensi : 4 kali
 - c. Imunisasi TT : 2 kali
6. Riwayat persalinan : tanggal 27 – 4 – 2011, jam 08.00 w it

Jenis persalinan : sectio caesarea

Presentase : kepala

Jenis kelamin : laki – laki

BB/PB : 2800 gram/48 cm

A/S : 7/8

Caput/cacat : tidak ada
7. Riwayat keluarga berencana : belum pernah KB

8. Riwayat Pola Reproduksi

- a. Menarche umur : 13 tahun
- b. Siklus haid : 28 hari
- c. Durasi : 4-5 hari
- d. Banyaknya : 3 kali ganti pembalut/hari
- e. Sifat darah haid : encer
- f. Bau/warna : amis/merah
- g. Gangguan waktu haid : tidak ada

9. Riwayat penyakit keluarga

- a. Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
- b. Penyakit keturunan dalam keluarga : tidak ada
- c. Penyakit menahun dalam keluarga : tidak ada
- d. Riwayat keluarga yang meninggal : tidak ada
- e. Riwayat persalinan kembar
 - 1) Pihak suami : tidak ada
 - 2) Pihak istri : tidak ada

10. Keadaan Psiko-Sosial

- a. Ibu : Ibu merasa cemas dengan keadaan dirinya
- b. Suami : Merasa cemas dengan keadaan istrinya dan mengharapkan istrinya bisa segera sembuh.

11. Latar belakang social budaya

Ibu dan suami : ibu dan suami berasal dari suku yang sama, dan mereka dapat beradaptasi dengan lingkungan tempat tinggal.

12. Latar belakang social ekonomi : penghasilan suami sebagai tukang

ojek dengan penghasilan $\pm$ Rp 1.500.000/bulan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari – hari.

13. Kegiatan keagamaan : Ibu dan suami penganut agama Kristen protestan yang taat menjalankan ibadah.

14. Dukungan dari keluarga : Perhatian dari pihak keluarga ibu dan suami akan keselamatan ibu dan bayi sangat besar hal ini terlihat dari anggota keluarga yang datang berkunjung silih berganti dan memberikan dukungan.

15. Masalah – masalah selama kehamilan sekarang.

Trimester I :

Mual dan muntah : ada

Nyeri ulu hati : ada

Pusing : ada

Mudah lelah : ada

Trimester II : Tidak ada keluhan

Trimester III :

Mudah lelah : ada

Nyeri pinggang : ada

Obstipasi/konstipasi : ada

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : sedang
- b) Kesadaran : compos mentis
- c) Ekspresi wajah : tampak sakit
- d) Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : 90/60mmHg
 - Nadi : 88 kali/menit
 - Pernafasan : 28 kali/menit
 - Suhu badan : 38,8 °C
- e) Berat badan sebelum hamil : 55 kg
- f) Berat badan : 63 kg
- g) Kenaikan berat badan : 8 kg
- h) Tinggi badan : 155 cm
- i) LILA : 25 cm

2. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Rambut : bersih

Muka

1) Bentuk muka : simetris

2) Oedema : tidak ada

3) Cloasma gravidarum : tidak ada

Mata

1) Conjungtiva : tidak pucat

2) Sclera : tidak icterus

3) Kebersihan : bersih

4) Penglihatan : jelas

5) Simetris : ya

Hidung

1) Simetris : ya

2) Pengeluaran cairan : tidak ada

3) Polip : tidak ada

4) Kebersihan : bersih

Mulut dan gigi

1) Stomatitis : tidak ada

2) Lidah : tidak pucat

3) Mukosa mulut : lembab

4) Caries : tidak ada

5) Kebersihan : bersih

2. Leher

1) Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

2) Pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

3) Pelebaran vena jugularis : tidak ada

3. Dada

1) Bentuk dada : simetris

2) Pergerakan dada : sesuai dengan gerakan nafas

Payudara

1) Bentuk : simetris

2) Kulit tegang : ya

3) Pembesaran : Ya

4) Puting susu : menonjol

5) Areola : hyperpigmentasi

6) Pengeluaran : colostrum

7) Kebersihan : bersih

8) Nyeri tekan : tidak ada

9) Benjolan / massa : tidak ada

10) Pembesaran kelenjar aksila : tidak ada

4. Abdomen

1) Striae : linea nigra

2) Lien/hepar : tidak ada pembesaran

3) Luka bekas operasi : ada

- 4) Keadaan luka : basah, tidak ada perdarahan
 - 5) Nyeri tekan : ada
 - 6) Tinggi fundus uteri : sepusat
 - 7) Kontraksi uterus : baik
5. Tungkai bawah
- 1) Simetris : ya
 - 2) Oedema : ya +/+
 - 3) Varices : tidak ada
 - 4) Reflex patella : kiri + / kanan +
6. Genetalia Eksterna
- 1) Keadaan vulva/vagina : tidak ada kelainan
 - 2) Varices : tidak ada
 - 3) Oedema : tidak ada
 - 4) Pengeluaran : lochea rubra
 - 5) Banyaknya : 1 dock basah, 3 kali ganti dock
 - 6) Bau : amis
 - 7) Haemoroid : tidak ada
- 3 Pemeriksaan penunjang
- Haemoglobin : 11gr%
- DDR : negative
- Golongan darah : A

LANGKAH II. INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 18 tahun, P I, post sectio caesarea hari ke 1

Dasar :

DS : 1. Ibu umur 18 tahun

2 P1 A0

3 Ibu mengatakan luka bekas operasi terasa nyeri

DO : 1. Keadaan umum : sedang

2. Kesadaran : compos mentis

3. Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/60 mmHg

Nadi : 88 kali/menit

Pernafasan : 28 kali/menit

Suhu badan : 37 °C

4. Payudara : pengeluaran kolostrum (+)

5. Tinggi fundus uteri : setinggi pusat.

6. Luka operasi masih basah

7. Kontraksi uterus baik

8. Pengeluaran pervaginam : lochea rubra

9. Masih terpasang dower kateter

10. Masih terpasang infus

MASALAH :

Rasa sakit pada daerah operasi

KEBUTUHAN :

1. Beri penjelasan pada ibu tentang rasa sakit yang ibu alami
2. Anjurkan mobilisasi ringan
3. Kolaborasi dokter untuk pemberian terapi, advis dokter : kaltrofen sub
I njeksi kalnex 1 ampul/IV

LANGKAH III. MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi infeksi nifas
Dasar : luka operasi masih basah
2. Potensial terjadi perdarahan luka operasi
Dasar : luka operasi masih basah, post SC hari pertama
3. Potensial terjadi bendungan ASI
Dasar : bayi belum menyusui karena keadaan umum ibu masih lemah.

LANGKAH IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V. RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Cuci tangan sebelu dan sesudah melakukan tindakan.
2. Observasi keadaan umum ibu, kesadaran dan tanda – tanda vital tiap 1 jam.
3. Observasi kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan pengeluaran pervagina tiap
4 jam.
4. Control tetesan cairan infus dan urin bag.

5. Beritahu keluarga agar pasien istirahat (bedrest) tetapi boleh miring ke kiri atau ke kanan.
6. Beritahu pasien belum boleh makan dan minum (puasa)
7. Kolaborasi dokter untuk pemberian terapi
8. Lakukan advis dokter
9. Anjurkan ibu untuk mobilisasi ringan.
10. Mandikan pasien diatas tempat tidur
11. Lakukan perawatan payudara
12. Lakukan vulva hygiene
13. Ganti underpad tiap kali basah.

LANGKAH VI. PELAKSANAAN TINDAKAN

Tanggal 27 – 4 – 2011, jam 09.30 wit, oleh : Mhs Nari Ibage

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan di bawah air mengalir dengan metode tujuh langkah.
2. Mengobservasi keadaan umum ibu : baik, kesadaran compos mentis, tanda – tanda vital : TD 110/70 mmhg, Nadi 80 x/m, R 20 x/m, SB 37°C.
3. Mengobservasi kontraksi uterus : baik, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat dan pengeluaran pervagina 50 cc (1 softex full) .
4. Mengontrol tetesan cairan infus RL + oksitosin 20 UI drip 16 tetes/menit, menetes lancar dan urin dalam bag 400cc..
5. Memberitahu keluarga agar pasien istirahat (bedrest) tetapi boleh miring ke kiri atau ke kanan.

6. Memberitahu pasien belum boleh makan dan minum (puasa)
7. Melakukan kolaborasi dokter untuk pemberian terapi, advis dokter :
 - a. IVFD RL/Nacl 20 tetes/menit
 - b. Ceftriaxone 1 gr/8 jam
 - c. Asam tranexamat 100 mg/8 jam
 - d. Tramadol 50 mg/8 jam
 - e. Tramadol 50 mg/8 jam
 - f. Alinamin F 1 ampul/8 jam
 - g. Onetic 4 mg/8 jam.
8. Melaksanakan advis dokter
 - a. Jam 11.00 wit injeksi ceftriaxone 1 gr/IV, ranitidine 1 ampul/IV, asam tranexamat 1 ampu/IV.
 - b. Jam 12.00 wit injeksi tramadol 1 ampul drip dalam cairan RL, alinamin F 1 ampul/IV, onetic 1 ampul/IV
9. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi ringan yaitu miring kiri atau kanan.
10. Memandikan pasien diatas tempat tidur dengan cara dilap dengan menggunakan air hangat di atas tempat tidur.
11. Melakukan perawatan payudara dengan mengompres dengan air hangat dan dingin serta melakukan masase dengan menggunakan minyak, serta membersihkan putting susu.
12. Melakukan vulva hygiene dengan cara mengganti pembalut sehari 3 kali
13. Mengganti underpad tiap kali basah.

LANGKAH VII. EVALUASI

Tanggal 27 – 4 – 2011, jam 15.00 wit

1. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
2. Keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital dalam batas normal
3. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari bawah pusat, pengeluaran pervagina 1 softex full.
4. Cairan infus RL menetes baik, dengan kecepatan 16 tetes/menit.
5. Keluarga sudah menerima dan mengerti anjuran yang diberikan.
6. Pasien masih puasa
7. Sudah melakukan kolaborasi dengan dokter.
8. Pasien sudah diberi terapi sesuai advis dokter
9. Ibu sudah miring kiri dan kanan
10. Ibu sudah dilap dan ganti baju.
11. Sudah dilakukan perawatan payudara
12. Sudah dilakukan vulva hygiene
13. Underpad sudah diganti.

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS POST SECTIO
CAESAREA HARI KEDUA**

Tanggal 28 – 4 – 2011, jam 08.00 wit

S : Ibu mengatakan masih sakit di daerah operasi

Ibu mengatakan sudah bisa buang angin (flatus)

Ibu merasa haus dan lapar

O : 1. Keadaan umum ibu baik

2. Kesadaran compos mentis

3. Tanda – tanda vital : TD 110/70 mmhg, Nadi 80 x/m, R 20 x/m, SB 37°C.

4. Payudara : konsistensi keras, puting susu menonjol, pengeluaran kolostrum (+)

5. TFU 2 jari bawah pusat.

6. Kontraksi uterus baik

7. Pengeluaran pervaginam lochea rubra, jumlah 1 dock basah

8. Dower kateter masih terpasang

9. Infus RL masih terpasang.

A : Nifas post SC hari kedua

P : tanggal 28 – 4 – 2011, jam 09.00 wit

1. Mengobservasi keadaan umum baik, tanda – tanda vital : TD 110/80 mmhg, N 78 x/m, R 20 x/m, SB 37°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra.

2. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi ringan dengan cara duduk dan ibu sudah dapat duduk selama 10 menit.
3. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang lunak, ibu sudah makan bubur dalam porsi kecil.
4. Membersihkan badan ibu dengan mengelap dengan air hangat dan mengganti pembalut serta pakaian ibu.
5. Berkolaborasi dengan dokter untuk terapi, advis dokter lanjutkan terapi injeksi, advis dokter sudah dilaksanakan sesuai jadwal pemberian terapi.
6. Mengobservasi cairan infus, menetes baik dengan kecepatan 20 tetes/menit.

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA INU NIFAS DENGAN POST SECTIO CASAREA HARI KETIGA

Tanggal 29 – 4 – 2011, jam 08.00 wit

S : Ibu mengatakan sakit diluka bekas operasi sudah berkurang

Ibu mengatakan sudah bisa duduk lama dan turun dari tempat tidur

Ibu mengatakan sudah lebih baik dari kemarin

Ibu sudah makan dan minum.

O : 1. Keadaan umum ibu baik

2. Kesadaran compos mentis

3. Tanda – tanda vital : TD : 120/70 mmhg, N 80 x/m, R 20 x/m, SB 36,8°C.

4. Payudara : konsistensi keras, putting susu menonjol, pengeluaran kolostrum (+)

5. TFU 3 jari bawah pusat

6. Kontraksi uterus baik

7. Pengeluaran pervaginam lochea rubra, jumlah 1 dock basah

8. Infus RL mmasih terpasang

9. Dower kateter masih terpasang

A : Nifas post SC hari ketiga

P : tanggal 29 – 4 – 2011, jam 08.30 wit

1. Mengobservasi keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital TD 120/80 mmhg, N 78x/m, R 18 x/m, SB 36,8°C, kontraksi uterus baik, TFu 3 jari bawah pusat, pengeluaran pervaginam lochea rubra 1 dock basah.

2. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi ringan yaitu berdiri dan berjalan – jalan disekitar kamar, dan ibu sudah bisa melakukannya.
3. Mengajarkan ibu untuk makan dengan menu seimbang dan ibu sudah makan nasi, ikan dan sayur.
4. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam atau semau bayi.
5. Kolaborasi dokter untuk terapi, advis dokter infus dilepas, kateter dilepas, lanjut terapi oral Bio sanbe 2 x 1 tablet, cefadroxil 3 x 1 tablet dan mefinter 3 x 1 tablet, ibu boleh pulang.
6. Memberikan KIE tentang perawatan bayi, ASI eksklusif, nutrisi untuk ibu menyusui, personal hygiene, perawatan payudara, dan mengajarkan ibu untuk mengikuti program KB dan berjanji akan melaksanakan semua anjuran yang diberikan.
7. Mengajarkan ibu selama dirumah agar ibu tidak melakukan aktifitas berat, menjaga luka operasi tetap kering.
8. Mengajarkan ibu untuk kembali control ke polik kebidanan tanggal 4 – 5 – 2011 dan ibu berjanji akan datang untuk control.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan masalah kebidanan pada Ny. D.Y, dengan nifas post sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura, selama 3 hari dalam pelaksanaannya dapat membahas kesenjangan antara teori yang ada dalam bab 2 dengan kenyataan yang diperoleh dari hasil pelaksanaan asuhan kebidanan. Untuk lebih jelas maka langkah – langkah tersebut dirumuskan oleh Varney menjadi 7 langkah, yaitu pengkajian sampai evaluasi.

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses manajemen kebidanan secara keseluruhan. Pengkajian dilakukan tanggal 27 – 4 – 2011 diruang Nifas RSUD Abepura.

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua data dan informasi yang adekuat dari seluruh sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi agar dapat menentukan proses interpretasi yang benar dalam tahap selanjutnya. Dari hasil pengkajian diperoleh data : Ny. D.Y, umur 18 tahun, melahirkan anak secara sectio caesarea dengan indikasi panggul sempit, ibu mengatakan nyeri pada luka operasi. Dari hasil pemeriksaan fisik di dapatkan tanda – tanda vital dalam batas normal, hasil pemeriksaan laboratorium Hb 11 gr%, DDR (-)

Menurut teori sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, 2007)

Berdasarkan hasil pengkajian dapat ditegakkan diagnose actual : ibu umur 18 tahun, P1 A0, nifas dengan post sectio casarea hari pertama. Dari diagnose actual tersebut didapatkan diagnosa potensial, yaitu : poteensial terjadi infeksi nifas, potensial terjadi perdarahan luka operasi, potensial pembendungan ASI.

Dalam menyusun rencana tindakan asuhan yang akan dilakukan secara menyeluruh untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnose yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. Rencana tindakan asuhan yang disusun : asuhan kebidanan, pengobatan, penyuluhan, keterlibatan keluarga, keterlibatan tim kesehatan lainnya, peningkatan stamina ibu. Hal tersebut berfokus pada : asuhan luka operasi, pencegahan penyebaran infeksi, meningkatkan stamina ibu, peningkatan pemahaman tentang proses penyembuhan pada klien dan keluarga.

Pelaksanaan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dilaksanakan selama 3 hari yaitu dari tanggal 27 – 29 April 2011. Dalam pelaksanaan asuhan tidak ditemukan kendala, hal ini dikarenakan tersedianya sarana, obat – obatan yang mendukung dan peran serta secara aktif dari tim kesehatan yang lain, serta sikap klien yang kooperatif selama asuhan diberikan.

Hasil evaluasi terhadap klien setelah 3 hari dirawat, diagnose potensial tidak menjadi actual, sehingga pada hari yang ketiga pasien sudah diperbolehkan pulang dan dianjurkan kembali control tanggal 4 – 5 – 2011.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan manajemen kebidanan pada ibu nifas dengan post sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penanganan kasus ibu nifas dengan post sectio caesarea dilakukan secara optimal, komprehensif dan berkesinambungan, sehingga masalah dapat teratasi dengan baik sehingga dapat mencegah infeksi yang terjadi pada ibu nifas dengan post sectio caesarea.
2. Manajemen kebidanan sangat tepat digunakan dalam menyelesaikan masalah klien dan membantu memberikan asuhan yang bermutu melalui tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
3. Pengkajian yang lengkap difokuskan pada riwayat penyakit, perawatan luka operasi yang baik dapat mendukung proses penyembuhan dan mencegah diagnose potensial menjadi actual.
4. Perencanaan dalam manajemen dibuat berdasarkan apa yang telah ditentukan dan menjadi prioritas pertama, memerlukan tindakan yang segera dan tepat.
5. Terwujudnya kerja sama yang baik antara penulis, serta keluarga dan tim kesehatan yang ada di ruang nifas dalam pencapaian keberhasilan pelaksanaan asuhan kebidanan pada kasus ibu nifas dengan post sectio caesarea

B. SARAN

1. Untuk RSUD Abepura

Untuk lebih meningkatkan pelayanan optimal di ruang bersalin RSUD Abepura perlu adanya penambahan petugas, hal ini diperlukan karena adanya ketidakseimbangan antara jumlah petugas yang ada dengan jumlah pasien yang dirawat setiap hari.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Agar perpustakaan menyediakan buku – buku edisi terbaru sebagai bahan referensi bagi penulisan Karya Tulis Ilmiah yang akan datang dan mahasiswa bisa diberikan keleluasaan dalam peminjaman buku dan waktu peminjaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Iqbal, 2010. *Data persalinan Secara Sectio Caesarea Menurut WHO*, di akses tanggal 17 Juni 2011.
- Gocb, 2010. *Angka Persalinan Secara Sectio Caesarea di Indonesia*, di akses tanggal 17 Juni 2011.
- Manuaba, dkk, 2010. *Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta.
- Prawirohardjo, 2008. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
- _____ 2009. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
- Muslihatun, dkk, 2009. *Dokumentasi Kebidanan*, Fitramaya, Jakarta.
- Suhermi, dkk, 2008. *Perawatan Masa Nifas*, Fitramaya, Jakarta.
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan, Konsep dan Praktek*, EGC, Jakarta.
- Varney, dkk, 2007. *Buku Saku kebidanan*, EGC, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2007. *Ilmu Bedah Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Nari Ibage
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 090
Judul KTI : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Post Sectio Caesarea di Ruang Bersalin RSUD
Pembimbing I : Dra. Welmintje Sapari. M. Kes.
Pembimbing II : Ruth Yogi, S.ST.

Hari/tanggal	Materi Konsultasi	Hasil konsul	Tanda tangan dosen pembimbing
Rabu 27-7-2011	Daftar Isi - Kata pengantar - Bab I, II, III - Daftar pustaka	Dikawat sesuai saran	M Sapari
Kamis 28-7-2011	Daftar Isi - Kata pengantar - Bab I, II, III - Daftar pustaka - Bab IV, V	Ace Diperbaiki sesuai saran	M Sapari
Jumat 29-7-2011	Bab I, II, III IV, V - Daftar pustaka	Ace. gandakan	M Sapari

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : jl. Padang Bulan II Abepura. Telp (0967) 584280, 584281

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Nari Ibage
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 090
Judul KTI : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea
Di Ruang Nifas RSU Abepura
Pembimbing I : Dra. Welmintje Sapari. M. Kes.
Pembimbing II : Ruth Yogi, S.ST.

No	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Keterangan
23/6/2011	Bab I	Revisi Penulisan, Ciri Referensi terbaru,	
24/6/2011	Bab I	Ace dgn kerti penulisan, lengkap bab II, III	
30/6/2011	Bab II, III	Revisi penulisan = - tanda baca, - Referensi - konsul bab I ke pembimbing I.	
09/07/2011	Bab II, III	Revisi penulisan	
12/07/11	Bab II, III, bab IV, V	Ace. Revisi	