

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 25 TAHUN
SEKUNDIGRAVIDA USIA KEHAMILAN 31 MINGGU
3 HARI DENGAN LUKA PARUT UTERUS
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018

STUDI KASUS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan



Disusun Oleh :

FITRIANA SIHOMBING
022015020

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny .Y USIA 25 TAHUN
SEKUNDIGRAVIDA USIA KEHAMILAN 31 MINGGU
3 HARI DENGAN LUCA PARUT UTERUS
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018**

Studi Kasus

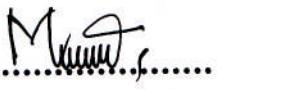
Diajukan Oleh:

**Fitriana Sihombing
NIM : 022015020**

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada
Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

**Pembimbing : Merlina Sinabariba, S. ST., M. Kes
Tanggal : 19 Mei 2018**

Tanda Tangan :

Mengetahui





**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Fitriana Sihombing
NIM : 022015020
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari Dengan Luka Parut Uterus Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada Senin, 21 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

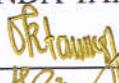
TIM PENGUJI

Penguji I : Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes

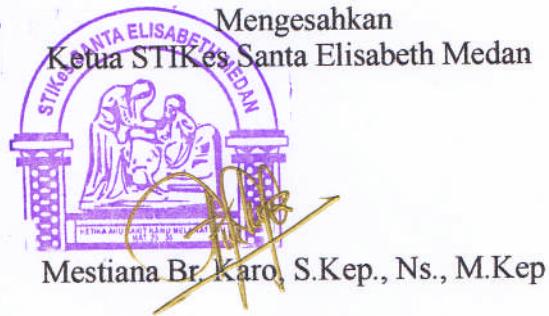
Penguji II : Risma Mariana Manik, S.ST., M.K.M

Penguji III : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

TANDA TANGAN







CURRICULUM VITAE



Nama

: Fitriana Sihombing

Tempat/ Tanggal Lahir

: Samosir, 26 November 1997

Agama

: Katolik

Jenis Kelamin

: Perempuan

Alamat

: Sibolga, Jln. Kakap no 8

Pekerjaan

: Mahasiswa

Status

: Belum menikah

Suku/Bangsa

: Batak/Indonesia

PENDIDIKAN

:

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. D 3

: Negeri Santeong 0812225 : Thn 2003-2009

: Negeri 1 Sibolga : Thn 2009-2012

: Negeri 3 Sibolga : Thn 2012-2015

: Prodi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Angkatan 2015

Medan STIKes Santa Elisabeth

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari Dengan Kehamilan Luka Parut Uteri di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/ sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila dikemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan

(Fitriana Sihombing)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 25 TAHUN
SEKUNDIGRAVIDA USIA KEHAMILAN 31 MINGGU
3 HARI DENGAN LUCA PARUT UTERUS
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018¹**

Fitriana Sihombing², Merlina Sinabariba³

INTISARI

Latar Belakang: Menurut Health Organization (2015), angka kejadian seksio sesarea semakin meningkat di negara-negara berkembang. Angka kejadian seksio sesarea secara nasional di Cina pada tahun 1988 sampai 2007 meningkat tajam yaitu dari 3,4% menjadi 39,3% (World Health Organization, 2012). Seksio sesarea dapat dilakukan atas indikasi medis maupun nonmedis (Maryunani, 2014). Indikasi medis yang paling sering adalah indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya, distosia, gawat janin, dan presentasi bokong (Cunningham, et al., 2013). (Jurnal, USU)

Tujuan: Mampu melakukan Asuhan Kebidanan pada Ny.Y dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018 dengan menggunakan pendekatan manajemen7 langkah Varney dan SOAP

Metode :Berdasarkan study kasus pada Ny.Y metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu data objektif dan subjektif yaitu dengan cara melakukan Anamnesa, dan pemeriksaan untuk melihat perbedaan atau kesamaan praktek dengan teori di Puskesmas Pancur Batu.

Hasil:Berdasarkan kasus Ny.Y dengan Luka Parut Uterus dilakukan asuhan Kebidanan dengan kunjungan 1 kali yaitu dengan melakukan pemeriksaan fisik dan memberikan therapy serta penkes sesuai dengan kebutuhannya. Setelah diberikan penkes masalah sebagian teratasi.

Kesimpulan:Berdasarkan kasus Ny.Y setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu tidak khawatir lagi dengan kehamilannya sehingga masalah masih sebagian teratasi.

Kata Kunci: Ibu Hamil dengan Luka Parut Uterus

Refrensi :9(2009-2017)

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON MRS. Y AGE 25 YEARS OLD SEKUNDIGRAVIDA
AGE PREGNANCY 31 WEEKS 3 DAYS WITH UTERUS SCRAPED INJURY
AT PANCUR BATU PUSKESMAS
MARCH 23, 2018¹**

Fitriana Sihombing², Merlina Sinabariba³

ABSTRACT

Background: According to Health Organization (2015), the cesarean section is increasing in developing countries. National cesarean section rates in China from 1988 to 2007 rose sharply from 3.4% to 39.3% (World Health Organization, 2012). Caesarean section may be done on both medical and nonmedical indications (Maryunani, 2014). The most frequent medical indications are indications of prior cesarean section history, dystocia, fetal distress, and breech presentation (Cunningham, et al., 2013). (Junal, USU)

Objective: Able to perform Midwifery Care on Mrs. Y with Uterus Scrapped Injury at Pancur Batu Puskesmas in 2018 by using a management approach of 7 Varney and SOAP

Method: Based on case study on Mrs. Y method used for data collection were objective and subjective data that was by doing anamnesa, and examining to see difference or similarity of practice with theory at Pancur Batu Puskesmas.

Result: Based on case of Mrs. Y with Uterus Scrapped Injury was done midwifery care with visiting once that was by doing a physical examination and provide therapy and penkes according to their needs. After being given penkes the problems are partially solved.

Conclusion: Based on case of Mrs. Y, after being done midwifery care, the mother has no worries about her pregnancy so the problem is still partially solved.

Keywords: Pregnant Women with Uterus Scrapped Injury

References: 9 (2009-2017)

¹The Title of Case Study

² Student of Prodi D 3 Midwifery STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihnya sehingga penulis mendapatkan kesempatan yang baik untuk mengikuti pelaksanaan dalam praktik klinik, serta dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidaan Pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari Dengan Luka Parut Uterus Bulan Maret Tahun 2018”**. Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang nantinya berguna untuk perbaikan dimasa mendatang.

Dalam pembuatan laporan ini penulis juga menyadari bahwa banyak campur tangan dan bimbingan dari beberapa pihak sehingga pembuatan laporan ini dapat terlaksana dengan baik. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan iklas kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S. SiT., M. KM selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.

3. Merlina Sinabariba, S. ST., M. Kes selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir
4. Flora Naibaho, S. ST., M. Kes, dan Risma Mariana Manik, S. ST., M. K.M selaku koordinator Laporan Tugas Akhir dan sekaligus sebagai dosen penguji Laporan Tugas Akhir yang membimbing penulis dalam penyempurnaan judul Laporan Tugas Akhir ini.
5. Oktafiana Manurung, S. ST., M. Kes selaku dosen penguji Laoran Tugas Akhir yang membimbing penulis dalam penyempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Para Staf Dosen yang senang senantiasa memberikan dukungan dan kesempatan bagi penulis untuk memudahkan penulis dalam menyelesaikan laporan.
7. Kepada Ibu Helen Tarigan, S.ST yang telah memberikan saya kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan praktek di Puskesmas
8. Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada Keluarga Ny. Y Yang telah bersedia menjadi pasien penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini
9. Kepada Coordinator Asrama Sr. Avelina FSE, Sr Flaviana FSE dan Ibu Ida Tamba yang turut memberikan bimbingan dan serta doa sehingga dapat menyelesaikan pendidikan di Akademik Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
10. Terimakasih kepada terkasih Ayahanda Alm. T. Sihombing dan Ibunda tersayang M. Siahaan yang telah membesarakan, membimbing penulis yang

selalu menjadi motivator dan selalu bersedia mendoakan dan mendukung penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan baik.

11. Terimakasih buat Saudara-saudara saya, Abang Jefry Sihombing, Abang Samsul Simbolon, Viktor Sihombing, Joel Sihombing, Judika Sihombing, Melisa Turnip, Lolita Kaban, dan juga semua keluarga yang selalu mendukung dan mendoakan penulis dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.
12. Terimakasih buat Sr. Yeremia KSFL, Kakak Friska Marpaung dan Teman-teman seperjuangan Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Angkatan XV yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

Sebagai penutup akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Medan, Mei 2018

Penulis

(Fitriana Sihombing)

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN RIWAYAT HIDUP.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.....	Lata
BelaKang	1
B.....	Tuju
an Penulis	4
1.....	Tuju
n Umum.....	4
2.....	Tuju
n Khusus.....	4
C.....	Manf
aat Penulisan.....	5
1.....	
Teoritis	5
2.....	
Praktis.....	5
3.....	
Klien/Pasien	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A.....	Kons
ep Dasar Medis	7
1.....	Kons
ep Kehamilan.....	7
a.....	Defe
nsi Kehamilan	7

b.....	Diagnosa Kehamilan	7
c.....	Perubahan Fisiologis dalam Kehamilan	11
d.....	Perubahan Psikologi dalam Kehamilan.....	17
e.....	Kebutuhan Dasar Ibu Hamil	19
f.....	Factor Resiko Kehamilan.....	26
g.....	Beberapa Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan	27
h.....	Standar Pelayanan pada Masa Kehamilan	30
i.....	Ante Natal Care.....	34
j.....	Tujuan ANC	34
k.....	Standar 14 T	35
2.....	Konsep Kehamilan Luka Parut Uterus	38
a.....	Defensi Kehamilan Luka Parut Uterus	38
b.....	Komplikasi Kehamilan pada Luka Parut Uterus	38
c.....	Asuhan dalam Kehamilan dengan Luka Parut Uterus	39
d.....	Syarat-syarat Persalinan VBAC	39
e.....	Syarat-syarat Persalinan Secsio Sesarea.....	40
f.....	Indikasi Secsio Sesarea.....	41
3.....	Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	43
A.....	Manajemen Kebidanan.....	43

a.....	Pengumpulan data dasar.....	44
b.	Interpretasi data dasar.....	44
c.....	Mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial.....	45
d.	Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera	45
e.....	Merencahna asuhan yang menyeluruh.....	47
f.....	Melaksanakan perencanaan.....	48
g.....	Evaluasi	48
B.....	Metode Pendokumentasian Kebidanan	49
a.....	Dokumentasi kebidanan	49
b.....	Manajemen kebidanan.....	49
c.....	Metode pendokumentasian SOAP.....	49
d.....	Prinsip dokumentasi SOAP	49
BAB III STUDI KASUS	53	
A.....	Jenis Studi Kasus	53
B.....	Tempat dan Waktu studi kasus.....	53
C.....	Subjek studi kasus	53
D.....	Metode pengumpulan data.....	53
E.....	Alat-alat dan bahan yang dibutuhkan.....	56
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	58	
A.....	Tinjauan Kasus	58

B.....	Pemb
ahasan.....	71
BAB V PENUTUP.....	77
A.....	Kesi
mpulan.....	77
B.....	Saran
.....	78

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR TABEL

2.1	Halaman Pemb erian Vaksin TT.....	26
2.2	Jadw al Kunjungan	33
2.3	Ukur an Tinggi Fundus Uteri	35

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA.
2. Jadwal Studi Kasus.
3. Surat Permohonan Izin Studi Kasus.
4. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
5. Surat Rekomendasi dari Klinik.
6. Daftar Tilik/ Lembar Observasi.
7. Daftar Hadir Observasi.
8. Leaflet.
9. Lembar Konsultasi.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Health Organization (2015), angka kejadian seksio sesarea semakin meningkat di negara-negara berkembang. Angka kejadian seksio sesarea secara nasional di Cina pada tahun 1988 sampai 2007 meningkat tajam yaitu dari 3,4% menjadi 39,3% (World Health Organization, 2012). Seksio sesarea dapat dilakukan atas indikasi medis maupun nonmedis (Maryunani, 2014). Indikasi medis yang paling sering adalah indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya, distosia, gawat janin, dan presentasi bokong (Jurnal Universitas Sumatera Utara, 2013).

Pada persalinan dengan cara seksio sesarea dapat terjadi komplikasi (Maryunani, 2014). Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi nifas, perdarahan, dan tromboemboli (Burrows, et al., 2004 dalam Cunningham, et al., 2013). Hal ini dapat menyebabkan peningkatan angka morbiditas ibu menjadi dua kali lipat pada persalinan seksio sesarea dari pada pervaginam (Villar, et al., 2007 dalam Cunningham, et al., 2013). Selain itu, persalinan dengan seksio sesarea darurat menyebabkan risiko kematian ibu hampir sembilan kali lipat dari pada persalinan pervaginam dan seksio sesarea elektif menyebabkan risiko hampir tiga kali lipat. Lama perawatan setelah seksio sesarea juga lebih lama dibandingkan dengan persalinan pervaginam. (Jurnal Universitas Sumatera Utara, 2013).

Di Indonesia *sectio caesarea* umumnya dilakukan bila ada indikasi medis tertentu, sebagai tindakan mengakhiri kehamilan dengan komplikasi. Selain itu

sectio caesarea juga menjadi alternative persalinan tanpa indikasi medis karena dianggap lebih mudah dan nyaman. *Sectio caesarea* sebanyak 25% dari jumlah kelahiran yang ada dilakukan pada ibu-ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi persalinan lain (Depkes, 2012). (Jurnal, R Muhammad 2016).

Angka kejadian seksio sesarea meningkat dalam 20 tahun terakhir ini, akibatnya terjadi peningkatan jumlah wanita dengan riwayat seksio sesarea untuk kehamilan kedua dan menjadi masalah untuk jenis persalinan berikutnya. Pilihan antara tindakan seksio sesarea kembali dan percobaan persalinan per vaginam masing-masing memiliki risiko dan keuntungan tersendiri.

Pada tahun 1916, Cragin mengutarakan pendapatnya yang terkenal dan yang sekarang tampak berlebihan *once a cesarean, always a caesarean*. Dogma ini telah dianut selama >60 tahun dengan pertimbangan skar pada uterus akibat seksio sesarea akan menyebabkan jaringan tersebut terlalu lemah untuk berkontraksi selama persalinan. Wanita di Amerika Serikat telah mulai untuk melaksanakan *vaginal birth after a cesarean* (VBAC) sejak awal tahun 1980. Beberapa tahun kemudian dokter mulai lebih banyak menggunakan insisi transversal segmen rendah (*low-transverseincision*) untuk seksio sesarea dibandingkan dengan insisi vertikal. Sekarang VBAC semakin memegang peranan penting di bidang obstetri. Hal ini disebabkan persalinan per vaginam dinilai lebih aman untuk ibu maupun bayinya, karena tingkat morbiditas yang lebih rendah dan biaya yang lebih ringan dibandingkan dengan cara operasi kembali. (Jurnal Dani Setiawan, dkk 2012).

Oleh sebab itu mahasiswa melakukan Asuhan Kebidanan untuk mengetahui hal-hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil sesuai dengan target pencapaian penurunan AKI dan melatih mahasiswa dalam melakukan pengkajian, interpretasi data dasar, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan kehamilan dengan luka parut uterus di Puskesmas Pancur Batu karena salah satu tempat yang dipilih institusi sebagai lahan praktik kerja lapangan sehingga didapat pasien untuk melakukan Asuhan Kebidanan Di Puskesmas tersebut sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Pada tanggal, 23 Maret 2018 penulis melaksanakan praketek di Puskesmas Pancur Batu dan ada 5 ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dan Ny.Y bersedia diberikan Asuhan Kebidanan dengan Luka Parut Uterus.

(Puskesmas Pancur Batu)

Sesuai dengan Visi Program Studi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan "Menghasilkan Tenaga Bidan Yang Unggul dalam Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal Berdasarkan Daya Kasih Yang Menyembuhkan Sebagai Tanda Kehadiran Allah di Indonesia Tahun 2022 " Maka untuk mengkaji permasalahan dengan memaparkan lewat Manajemen Asuhan Kebidanan Helen Verney, Penulis tertarik untuk melakukan Studi Kasus Laporan Tugas Akhir dengan judul" Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus Di Puskesmas Pancur Batu 23 Maret 2018.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan Asuhan Kebidanan pada Ny. Y dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil berdasarkan 7 langkah Helen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian secara lengkap dengan mengumpulkan semua data meliputi data subjektif dan objektif pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.
- b. Mampu melakukan interpretasi data dasar yang meliputi diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.
- c. Mampu melaksanakan perumusan diagnosa atau masalah kebidanan pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.
- d. Mampu melakukan antisipasi atau tindakan segera pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.
- e. Mampu merencanakan asuhan yang menyeluruh sesuai dengan tindakan segera pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia

Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.

- f. Mampu melaksanakan perencanaan efisien kebidanan pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.
- g. Mampu mengevaluasi hasil tindakan asuhan kebidanan pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigrafida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu.

C. Manfaat Penulisan

1. Teoritis

Dengan mempelajari teori penulis dapat mengerti tentang penanganan dan pencegahan kegawatdaruratan pada maternal dalam kasus Luka Parut Uterus serta dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

2. Praktis

a. Bagi Institusi program studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Sebagai bahan dokumentasi, bahan perbandingan dan evaluasi dalam pelaksanaan program studi selanjutnya.

b. Institusi kesehatan (Puskesmas)

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga deteksi dini dalam kehamilan dapat ditangani dalam kasus Luka Parut Uterus.

c. Klien/Pasien

Mendapatkan pendidikan asuhan kebidanan pada Ny. Y sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi proses persalinannya nanti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Konsep Kehamilan

A. Defenisi

Kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemuanya sel telur atau ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunas atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir last menstrual period (LMP). (Rismalinda, 2015)

B. Diagnosa kehamilan

1. Tanda tidak pasti (Presumptif)

a. Amonorhea (Terlambat datang bulan)

Kehamilan menyebabkan dinding uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenorhea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun hal ini tidak dapat dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorhea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik, tumor- hipofise perubahan faktor-faktor lingkungan, malnutrisi dan gangguan emosional. (Romauli, 2017).

b. Mual dan Muntah

Merupakan gejala umum mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan dalam kedokteran sering dikenal morning sickness karena munculnya sering kali di pagi hari.

c. Mastodinia

Merupakan rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Faskularasi bertambah asinus dan berpoliferasi karena pengaruh ekstrogen dan progesteron.

d. Quicken

Merupakan presepsi gerakan janin pertama biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.

e. Gangguan kencing

Frekuensi kencing meningkat dan sering kencing malam hari disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke cranial.

f. Konstipasi

Ini merupakan karena terjadi gangguan efek relaksasi progesteron atau juga karena perubahan pada pola makan.

g. Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah- muntah. Pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang akhir.

h. Perubahan warna kulit

Perubahan antara lain cloasma yakni warna kulit yang kehitaman pada dahi, punggung hidung dan kulit daerah tulang pipi, terutama pada wanita. Biasanya muncul setelah 16 minggu. Pada daerah aerola dan

puting payudara, warna kulit lebih hitam. Perubahan ini disebutkan stimulasi MSH (*melanoyte stimulanting hormone*).

i. Perubahan payudara

Pembesaran payudara sering dikaitkan dengan terjadinya kehamilan tetapi hal ini bukan merupakan petunjuk pasti karena kondisi serupa dapat terjadi pada pengguna kontrasepsi hormonal, penderita tumor otak atau ovarium, pengguna obat penenang.

j. Mengidam

Sering terjadi pada bulan- bulan pertama. Ibu hamil sering meminta makanan atau minum tertentu, terutama pada trimester pertama hilang dengan makin tuanya kehamilan.

k. Pingsang

Sering dijumpai ditempat ramai yang sesak dan padat, Dianjurkan untuk tidak pergi ketempat- tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Dan akan hilang sesudah kehamilan 16 Minggu.

2. Tanda kemungkinan hamil

a. Perubah pada uterus

Perubahan bentuk, ukuran dan konsistensi uterus berubah menjadi lunak bentuknya globuler. Terabalah balotemen tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga mengalami obesitas dan cairan amnion cukup banyak. Balotemen adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan. (Romauli, 2017).

b. Tanda piskacek's

Uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran tertentu.

c. Suhu basal

Suhu basal yang sudah ovulasi tetap tinggi terus antara 37,2- 27,8 adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan. Gejala ini sering terjadi dalam pemeriksaan kemandulan.

d. Perubah pada servik.

1) Tanda hegar

Pelunakan pada daerah itsmus uteri tanda ini mulai muncul pada kehamilan ke 6- minggu 7-8.

2). Tanda goodell's

Diketahui pemeriksaan bimanual. Serviks terasa lebih lunak.

3). Tanda chadwick

Adanya hipervaskulasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agar kebiru-biruan (lividea). tanda ini disebut chadwick

4). Tanda Mc Donald

Fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah diflesikan satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan isthimus.

e. Pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu 16 karena pada saat itu uterus setelah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.

f. Pemeriksaan test

Pada pemeriksaan ini hasil positif dimana kemungkinan positif palsu.

g. Kontraksi Uterus

Tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang tetapi tidak disertai rasa sakit.

3. Tanda pasti kehamilan**a. Denyut jantung janin (DJJ)**

Didengar dengan stetoskop laenec pada minggu 17-18 pada orang gemuk lebih lambat. (Romauli, 2017).

b. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut

c. Tanda braxton – hiks

Bila uteus dirangsang mudah kontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan.

C. Perubahan Fisiologis Dalam Kehamilan**1. Uterus****a. Trimester 1**

Minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk buah avokad. Seiringan dengan perkembangan kehamilan daerah fundus dan

korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. (Romauli, 2017).

b. Trimester II

Pada kehamilan ini cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 400 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin pada saat itu rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabutnya kolagennya menjadi higroskopik dan endometrium menjadi desidua.

c. Trimester I

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan sering perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, uterus tumbuh hingga menyentuh hati.

2. Serviks

a. Trimester I

Pada trimester ini bekas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi penurunan konstensi kolagen secara keseluruhan. Pada saat kehamilan medekati akhir terjadi penurunan lebih lanjut dari konstensi kolagen konstensinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi) dan terromedal dekorin terhadap kolagen. (Romauli, 2017).

b. Trimester II

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjer-kelenjer di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

c. Trimester III

Pada saat kehamilan mendekati akhir, terjadi penurunan lebih lanjut dari konstansinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispesi). Proses perbaikan serviks persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

3. Ovarium**a. Trimester I.**

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum, korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian korpus luteum mengecil setelah plasenta terbentuk. Proses ovulasi selama kehamilan akan berhenti dan kematangan volikel baru ditunda hanya satu korpus luterum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal. (Romauli, 2017).

b. Trimester II

Pada usia kehamilan 16 minggu plasenta mulai terbentuk dan mengantikan fungsi korpus luteum graviditatum.

c. Trimester III

Pada trimester ini korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang terbentuk.

4. Perubahan pada payudara (Mammae)

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah akan lebih terlihat, puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegang yang disebabkan oleh hormon somatomammotropi, estrogen dan progesteron. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun sudah dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. (Sarwono, 2016).

Setelah persalinan kadar estrogen dan progesteron menurun sehingga pengaruh inhibitif progesteron terhadap laktalbulmin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman kelenjer montgomery, yaitu kelenjar sebasea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan. (Sarwono, 2016)

5. Sistem Endokrin

a. Trimester I

Perubahan besar pada sistem endokrin yang penting untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin, dan nifas.

b. Trimester II

Adanya peningkatan hormon ekstrogen dan progesteron serta terhambatnya pembentukan FSH dan LS

c. Trimester III

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran sehingga 15.0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjer dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan dengan magnesium, fosfat hormon pada tiroid, vitamin dan kalsium. (Romauli, 2017).

6. Sistem Perkemihan

a. Trimester I

Pada kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini hilang dengan tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul dan ginjal wanita harus mengakomodasi tuntunan metabolisme dan sirkulasi tubuh ibu yang meningkat dan juga mengekresi produk sampah janin.

b. Trimester II

Kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar mulai berkurang karena uterus sudah mulai keluar dari uterus. Pada trimester kedua kandungan kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas.

c. Trimester III

Pada kehamilan ini kepala janin mulai turun kepintu atas panggul maka dengan itu sering kencing karena kandung kemih mulai tertekan. (Romauli, 2017).

7. Sistem Musculoskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang kearah dua tungkai. Sendi sakroilliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan. (Sarwono, 2016).

8. Kardiovaskular

Perubahan yang terjadi pada jantung yang khas denyut nadi meningkat sekitar 10-15 denyut permenit dalam kehamilan karena diafragma semakin naik terus selama kehamilan, jantung digeser kekiri dan ke atas sementara pada waktu yang sama organ ini agak berputar pada sumbu panjangnya.

Akibatnya aspeks jantung digerakkan agak ke lateral dari posisinya pada keadaan tidak hamil. (Rismalinda, 2015)

9. Sistem pernapasan

a. Trimester I

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respom terhadap percepatan laju metabolism dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara, Janin membutuhkan oksigen suatu cara untuk membuang karbin dioksida.

b. Trimester II

Karena adanya penurunan tekanan CO₂ seorang wanita hamil sering mengeluhkan sesak nafas sehingga meningkatkan usaha bernafas.

c. Trimester III

Pada 32 minggu keatas karena usus- usus tertekan uterus yg membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulitan bernafas. (Romauli, 2017).

D. Perubahan Psikologi Dalam Kehamilan

1. Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester I (Periode Penyesuaian)

- a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya

- b. Kadang muncul penolakan, kecemasan, kekecewaan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- c. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk menyakinkan dirinya.
- d. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapatkan perhatian dengan seksama.
- e. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya.
- f. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
(Romauli, 2017)

2. Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester II (Periode Kesehatan yang Baik)

- a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi
- b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c. Merasakan ada gerakan anak.
- d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- e. Libido meningkat.
- f. Menuntut perhatian dan cinta.

- g. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dirinya.
- h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- g. Ketertarikan orang aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru. (Romauli, 2017).

3. Perubahan psikologi pada trimester III (Periode Penelitian dengan Penuh Kewaspadaan)

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek,aneh dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada melahirkan, khawatir akan selamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa kehilangan perhatian.
- f. Perasaan sudah terluka (sensitif).
- h. Libido menurun. (Romauli, 2017)

E. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil TRIMESTER I, II, III

1. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil, Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat

hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang akan mendukung.

Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

- a. Latihan nafas melalui senam hamil
- b. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- c. Makan tidak terlalu banyak
- d. Kurangi atau hentikan merokok
- e. Konsul kedokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal,Gizi ibu pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein,zat besi dan minum cukup cairan. (Romauli, 2017).

1. Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak.Bahan makanan yang idrat arang mengandung hidrat arang adalah padi-padian, ubi-ubian dan sagu Selain sebagai sumber tenaga , bahan makanan yang tergolong padi – padian merupakan sumber protein ,zat besi,fosfor dan vitamin.

a. Kebutuhan nutrisi ibu hamil Trimester I

Pada trimester ini, mengalami penurunan nafsu makan dan sering timbul mual muntah. Meskipun demikian ibu harus tetap memenuhi kebutuhan ibu.

b. Kebutuhan nutrisi ibu hamil Trimester II

Biasanya nafsu makan sudah mulai meningkat, kebutuhan zat pembangunan zat pengatur seperti lauk – pauk , sayur-sayuran dan buah berwarna.

c. Kebutuhan nutrisi ibu hamil Trimester III

Trimester ini janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar.

2. Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiringan dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan payudaraibu, keperluan ibu hamil sangatlah meningkat. Sumber protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi bagi ibu yang mengandung protein, kalsium, vit-A, B1 dan B2.

3. Mineral

Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengaturkan proses metabolisme zat-zat besi, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa

kehamilan. Jika cukup mengkonsumsi cairan, buang air besar akan lancar sehingga terhindar dari sembelit serta resiko terkena infeksi saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih bila perlu jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan.

4. Vitamin

Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi, Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak diperlukan dari pada ibu yang tidak hamil.

Kegunaan makanan tersebut adalah :

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada didalm kandungan
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri
- c. Supaya luka – luka persalinan lekas sembuh dalam nifas.
- d. Guna mengadakan cadangan untuk masa laktasi.

2. Personal Hygine

Personal hygine adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman-kuman. Ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama pada lipatan kulit dijaga agar tidak lembab.

Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang dan dapat menimbulkan karies gigi karena rasa mual selama kehamilan dapat mengakibatkan perburukan

hygiene mulut. Bila kerusakan gigi tidak diperhatikan dengan baik dapat mengakibatkan komplikasi seperti nefritis, septikemia, sepsis puerperalis. Maka dari itu bila keadaan mengijinkan tiap ibu hamil harus memeriksakan giginya secara teratur sewaktu hamil.

Kebersihan payudara juga harus dijaga karena puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum, kalau dibiarkan dapat terjadi edema pada puting susu dan sekitarnya.

3. Pakaian

Pakaian hendaknya digunakan yang longgar dan mudah dipakai dan bahan yang mudah menyerap keringat. Hal yang harus diperhatikan yaitu sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik. Sepatu dengan hak tinggi akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah. Payudara perlu ditopang BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran dan kecenderungan menjadi pendulan.

4. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan bahkan cukup lancar. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal sehingga daerah kelamin menjadi mudah basah/lembab yang menyebabkan jamur tumbuh sehingga ibu hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan.

Untuk mengurangi terjadinya infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan alat kelamin yaitu dengan membersihkan

dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan menggunakan handuk bersih untuk mengeringkannya.

5. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang saat selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini.

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur
- b. Pendarahan pervaginam
- c. Coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama minggu terakhir kehamilan
- d. Bila kebutuhan sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.

Pada saat organisme dapat dibuktikan adanya fetal bradycardia karena kontraksi uterus dan para penelitian berbendapati wanita yang melakukan hubungan seksual dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distres yang lebih tinggi.

6. Mobilisasi dan Body Mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan / aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan ibu hamil yaitu:

- a. Duduk

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting.

- b. Berdiri

Sikap berdiri yang benar sangat membantu sewaktu hamil disaat berat janin semakin bertambah dan jangan berdiri dengan jangka waktu yang lama.

STIKes Santa Elisabeth
Medan

c. Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi karena akan menghilangkan keseimbangan dan mempermudah kelelahan.

d. Tidur

Ibu dapat tidur dengan posisi miring dan sebaiknya setelah usia kehamilan 6 bulan hindari tidur terlentang karena akan menekanan pembuluh darah.

e. Bangun dan Berbaring

Untuk bangun dari tempat tidur geser dulu tubuh ibu ke sudut tempat tidur kemudian tekuk lutut bawah miring terlebih dahulu. Dengan disangga oleh tangan secara perlahan – lahan duduk.

7. Exercise

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan– jalan dipagi hari, olah raga ringan dan senam hamil.

8. Istirahat

- a. Sebelum hamil : Ibu tidur malam 7-8 jam / hari, tidur siang 1 jam
- b. Sesudah hamil : Ibu tidur malam 5-6 jam / hari, tidur siang 1 jam ibu mengatakan sering terbangun pada malam hari.

9. Imunisasi

Immunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen. Vaksinasi dengan toksoid tetanus (TT), dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi

karena infeksi tetanus. Vaksinasi toxoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil. Immunisasi TT sebaiknya diberikan pada ibu hamil dengan umur kehamilan antara tiga bulan sampai satu bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal empat minggu.

Catatan: ibu yang belum pernah immunisasi DPT/TT/Td atau tidak tahu status immunisasinya, ibu hamil harus untuk melengkapi immunisasinya sampai TT 5, tidak harus menunggu kehamilan berikutnya.

Tabel 2.1. Pemberian Vaksin TT

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥25 Tahun

Sumber: Romauli, 2017

F. Faktor resiko dalam kehamilan.

1. Terlambat membuat keputusan untuk merujuk oleh keluarga,
2. terlambat menuju fasilitas kesehatan.
3. Terlambat dalam mendapatkan pertolongan medis.
4. Terlalu muda untuk hamil (usia yang masih kurang dari 20 tahun)

Perempuan dengan usia <20 tahun masih memiliki sisi psikologis yang belum matang, perkembangan otot- otot rahim belum cukup baik

kekuatan dan kontraksinya, dan sistem hormonal belum terkoordinasi lancar dan belum stabil.

5. Terlalu tua untuk hamil (usia yang lebih dari 35 tahun) .

Pada usia di atas 35 tahun, bibit kesuburan wanita akan menurun. Akibatnya, ketika mereka hamil akan timbul kelainan pada janin dan menyebabkan abortus spontan.

6. Terlalu banyak melahirkan anak (lebih dari 3 anak)

7. Terlalu banyak anak meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan yang dapat berupa anemia dan kurang gizi, tekanan darah tinggi (preeklamsi), perdarahan, dan ketuban pecah dini.

8. Jarak kehamilan yang terlalu dekat.

Jarak antara kehamilan yang ideal adalah antara 2-4 tahun lebih sehat saat mereka dilahirkan dan memiliki kemungkinan hidup lebih baik pada setiap pertumbuhan dan perkembangannya, sehingga ibu dapat mempertimbangkan keputusan untuk hamil anak berikutnya dalam rentang waktu minimal 2 tahun agar risiko abortus dapat berkurang. Wanita yang hamil dengan jarak terlalu dekat berisiko tinggi mengalami komplikasi di antaranya bayi dengan berat badan rendah, bahkan bayi lahir mati. (Qurniawaty, 2016)

G. Beberapa Gejala Dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Perdarahan pada kehamilan mudah dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak

sesuai dari usia kehamilan dan adanya massa di adnetsa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan mudah dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal pada umumnya disebabkan oleh molahidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umunya disebabkan oleh plasenta previa.

2. Preeklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia.

Gejala dan tanda lain dari pre-eklampsia adalah sbb:

- a. Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)
- b. Sakit kepala atau sepalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum
- c. Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur dan berkunang- kunang
- d. Nyeri evigastrik
- e. Protein urin (diatas positiif 3)
- f. Edema menyeluruh
- g. Nyeri hebat di daerah abdomino velpikum

3. Kehamilan Mola

Disebut dengan kehamilan anggur, yaitu adanya jonjot korion (chorionic villi) yang tumbuh berganda berupa gelembung- gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan.

4. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik jika kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada didalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan dengan hasil ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Sebagian besar KET terjadi pada kehamilan yang terletak dituba.

5. Nyeri Perut Bagian Bawah

Nyeri perut pada bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda – tanda ancaman aborsi / theratened abortion.

6. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala yang hebat dan pusing yang sering terjadi selama kehamilan. Sakit kepala yang bersifat hebat, menetap dan tidak hilang untuk istirahat dalam abnormal.

7. Gerakan Janin Tidak Ada

Secara normal ibu merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, Namun pada beberapa ibu mungkin mersakan gerakan janin lebih awal. Jika bayi tidur gerakan janin melemah, Gerakan bayi terasa sekali pada saat ibu istirahat, makan, minum dan berbaring. Biasanya bayi bergerak paling sedikit 3x dalam periode 3 jam.

8. Bengkak di Wajah dan Jari-Jari Tangan.

Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat dan disertai dengan keluhan fisik lainnya.

9. Pengelihatan Kabur

Masalah ini yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah

perubahan visual yang mendadak. Pengelihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsia.

H. Standar Pelayanan pada Masa kehamilan

Standar asuhan kehamilan adalah acuan dalam proses tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan dalam melakukan asuhan kehamilan. Standar pelayanan kehamilan berguna dalam penerapan norma dan tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Penerapan standar pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat, karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan dengan dasar yang jelas. Dengan adanya standar pelayanan, yang dapat dibandingkan dengan dasar yang jelas dan pelayanan yang diperoleh, maka masyarakat akan mempunyai kepercayaan yang lebih mantap.

Suatu standar akan efektif bila dapat diobservasi dan diukur, realistik, mudah dilakukan dan dibutuhkan. Bila setiap ibu diharapkan mempunyai akses terhadap pelayanan kebidanan, maka diperlukan standar pelayanan kebidanan untuk menjaga kualitas terutama saat kehamilan. Dengan demikian, standar penting untuk pelaksanaan, pemeliharaan, dan penilaian kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa standar pelayanan perlu dimiliki oleh setiap pelaksanaan pelayanan.

Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal seperti sebagai berikut:

1. Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.

Hasil yang diharapkan dari identifikasi ibu hamil ini adalah

- a. Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan
- b. Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan kehamilan.
- c. Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu.

2. Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan kunjungan akan semakin baik untuk pemantauan kehamilan dan mencegah hal-hal yang tidak Kebijakan ini adalah jumlah minimal yang ditetapkan. Semakin sering ibu hamil melakukan diinginkan.

3. Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan, serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 6 : Pengelolaan Anemia pada kehamilan

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari (Tablet mengandung FeSO₄ 320

mg = zat besi 60 mg dan asam folat 500 µg), kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan satu tablet sehari sesegera mungkin stelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet semasa kehamilan.

Tablet zat sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Jika ditemukan/diduga anemia berikan 2-3 tablet zat besi per hari. Selain itu untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan darah hemoglobin untuk mengetahui kadar Hb yang dilakukan2 kali selama masa kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal dan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia.Selain anemia, seorang bidan juga dapat memberi obat-obatan bagi ibu hamil seperti medikasi berbagai jenis obat secara rutin (zat besi, calcium, multivitamin dan mineral) dan obat khusus (anti parasit cacing dan malaria).

5. Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan, mengenali tanda dan gejala preeklampsia lainnya, mengambil tindakan yang tepat, dan merujuknya.

6. Standar 8 : Persiapan persalinan

Memberi saran pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi, biaya. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini. Dalam memberikan asuhan/pelayanan standar minimal 7 T (timbang BB), ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, TT, tablet besimin 90 tablet selama hamil, tes PMS, temu

wicara dalam rangka persiapan rujukan. Namun standar ini sudah berkembang menjadi 10 T hingga 14 T.

I. Ante Natal Care

Antenatal care atau asuhan antenatal adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran bayi. Asuhan antenatal secara ideal dimulai segera setelah ibu pertama kali terlambat menstruasi, untuk memastikan keadaan kesehatan ibu dan janinnya.

J. Tujuan ANC

- a. Memantau kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta janin.
- c. Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dalam kehamilan serta kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berlangsung normal dan pemberian ASI ekslusif dapat berjalan lancar.
- f. Mempersiapkan ibu dan keluarga sehingga dapat berperan dengan baik dalam merawat bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara norma

K. Jadwal Kunjungan ANC

Tabel, 2.2 Jadwal kunjungan dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan :

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa. - Mencegah masalah, misal : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya) - Membangun hubungan saling percaya - Memulai persiapan kelahiran & kesiapan menghadapi komplikasi. - Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dsb).
Trimester II	14 – 28 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Sama dengan trimester I ditambah: kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia, pantau TD, evaluasi edema, proteinuria)
Trimester III	28 – 36 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Sama, ditambah : deteksi kehamilan ganda.
	Setelah 36 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Sama, ditambah : deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

Sumber: Romauli, 2017

L. Standart 14 T

1. Ukur berat badan dan tinggi badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM 1 sampai TM 3 yang berkisar antara 9 sampai 13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 sampai 0,5 kg tiap minggu mulai TM2. pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2. Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/80 samapi 140/90, bila melebihi 140/90mmhg perlu diwaspadai adanya pre- eklamsi.

3. Ukur tinggii fundus uteri (T3)

Tabel 2.3. Ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan

Usia Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari simfisis
22 – 28 Minggu	24-25 cm
28 Minggu	26,7 cm
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

4. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Dimulai dengan membeberikan 1 tablet besi sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang . Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing –masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh dan kopi karena akan mengganggu penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersamaan dengan mengkonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh.

5. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4

6. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali daambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsi.

9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

10. Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

11. Senam Hamil (T11)

- a. Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul, ligamen dan jaringan serta kehamilan yang berperan dalam mekanisme persalinan.
- b. Melonggarkan persendian—persendian yang berhubungan dengan proses persalinan.
- c. Membentuk sikap tubuh yang prima, sehingga dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin dan mengurangi sesak nafas.
- d. Menguasai teknik-teknik pernafasan dalam persalinan.
- e. Dapat mengatur diri kepada ketenangan.

12. Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggil dan hasil apusan darah yang positif.

13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.

14. Temu wicara / Konseling (T14)

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan.

Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain:

- a. Merujuk ke dokter untuk konsultasi dan menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- b. Melampirkan kartu kesehatan ibu serta surat rujukan
- c. Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- d. Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- e. Memberikan asuhan antenatal
- f. Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- g. Menyepakati diantara pengambilan keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran.
- h. Persiapan dan biaya persalinan.
- i. Nasehat- nasehat untuk ibu hamil.

2. Konsep kehamilan Luka Parut Uterus

A. Definisi Luka Parut Uterus

Kehamilan dengan parut uterus adalah kehamilan pada pasien yang pernah mengalami seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim.(Rasjidi Iman, 2009)

B. Komplikasi Kehamilan pada Luka Parut Uterus

Komplikasi kehamilan adalah komplikasi yang terjadi saat proses kehamilan berlangsung atau komplikasi yang dapat terjadi setelah ibu melahirkan seperti misalnya, KPD, Perdarahan, Abortus, Preeklampsia dan Eklampsia dan yang lainnya yang dapat menyebabkan resiko pada ibu maupun janin yang akan mempengaruhi proses persalinan.

Riwayat persalinan memiliki pengaruh yang besar terhadap kejadian *Sectio caesarea*, hal ini dikarenakan ibu dengan riwayat *Sectio caesarea* memiliki parut pada uterus sehingga bila dilakukan persalinan spontan dapat menimbulkan resiko terjadinya ruptur uterus.(Jurnal Salawati, 2013)

C. Asuhan yang diberikan pada Kehamilan dengan Luka Parut Uterus

Konseling dengan luka parut uterus umumnya adalah sema seperti konseling kehamilan normal hanya yang harus diperhatikan bahwa konseling ditekankan yaitu, (Sarwono, 2016) :

1. Persalinan harus dilakukan dirumah sakit dengan peralatan yang memadai untuk kasus persalinan dengan parut uterus.
2. Konseling mengenai rencana keluarga berencana untuk memilih keluarga kecil dengan cara kontrasepsi mantap
3. Selama hamil perlu konseling mengenai bahaya persalinan pada kasus parut uterus.
4. Pemeriksaan antenatal harus lebih sering untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan
5. Pemeriksaan hemoglobin apabila terjadi anemia harus segera diatasi.

D. Syarat – syarat yang diperlukan untuk persalinan VBAC

VBAC (*Vaginal Birth After C-Section*) ialah proses persalinan per vaginam yang dilakukan terhadap pasien yang pernah mengalami sekso sesaria pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim.

Bagi ibu yang melahirkan dengan VBAC memiliki beberapa syarat, diantaranya indikasi operasi sebelumnya bukan karena panggul sempit, letak bayi kepala, proses penyembuhan luka operasi baik, perkiraan berat badan bayi tidak boleh lebih dari 4 Kg, bukan kehamilan kembar, dan belahan operasi cesar sebelumnya tidak tegak lurus (vertikal). Proses mengejan saat pembukaan lengkap hanya boleh 2x15 menit. Elastisitas otot perut dan bekas luka operasi cesar yang telah merapat juga menjadi hal yang dipertimbangkan, Sebagian besar kasus bekas seksio sesarea berjarak 4–5 tahun dari seksio sesarea sebelumnya. Interval waktu antara VBAC dan seksio sesarea sebelumnya terdekat 20 bulan dan terlama 13 tahun. Melalui senam hamil yang rutin dilakukan ibu hamil maka dapat membantu ibu untuk mengejan dan mengatur napas lebih optimal, dan mempertahankan elastisitas otot perut saat kontraksi, sehingga ibu dapat melahirkan dengan VBAC (Santoso, 2010). (Jurnal Rasmiati, 2016)

E. Syarat –syarat yang diperlukan untuk persalinan Secsio Sesarea.

Seksio Sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram melalui sayatan pada dingding uterus yang masih utuh. bahwa sekali dilakukan seksio sesarea selanjutnya akan mengalami seksio sesarea kembali apabila jarak kehamilan yang terlalu dekat(<2 Tahun). Karena jarak kehamilan yang ideal 2-4 tahun, Namun wanita yang mempunyai riwayat secsio sesarea tidaklah harus dilakukan secsio secsio kembali tapi dengan cara persalinan normal yang disebut vaginal birth after caesarean(VBAC) apabila jarak kehamilan 2-4 tahun. (Jurnal Salawati, 2013)

Seksio sesarea elektif dilakukan pada kehamilan yang cukup bulan dengan paru-paru janin yang matur dan dianjurkan pula dilakukan tubektomi partialis. Seksio sesarea dilakukan jika persalinan pervaginam mengandung risiko yang lebih besar bagi ibu atau janin. Pasien dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya harus melahirkan di suatu rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang memiliki kemampuan untuk melakukan seksio sesarea kembali secepatnya dan dengan indikasi yaitu, (Rasjjadi Imam, 2009) :

1. Indikasi Seksio Sesarea

A. Indikasi Mutlak

1) Indikasi yang berasal dari Ibu

- a. Panggul sempit
- b. Disfungsi uterus
- c. Distosia
- d. Plasenta previa
- e. Kelainan letak
- f. Parut uterus
- g. Miomektomi
- h. Komplikasi kehamilan yaitu (pre-eklamsia, eklamsia)
- i. Atas permintaan
- j. Kehamilan yang disertai dengan penyakit (jantung, DM, TB paru)

2) Indikasi yang berasal dari janin

- a. Janin besar
- b. Gawat janin

- c. Kelainan Letak
- d. Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil
- e. Kegagalan persalinan vakum
- f. Asfiksia
- g. Perkembangan bayi yang terhambat

3) Indikasi Relatif

- a. Riwayat seksio sesarea sebelumnya
- b. Presentasi bokong
- c. Distosia
- d. Fetal distress
- e. Preeklamsia berat, penyakit kardiovaskular dan diabetes
- f. Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- g. Gemeli, menurun Eastman, Secsio sesarea dianjurkan:
 - Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu
 - Distosia oleh karena tumor
 - IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

B. Indikasi Sosial

- a. Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
- b. Wanita yang ingin seksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul.
- c. Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

C. Kontra Indikasi dari secsio sesarea

1. Janin mati
2. Syok
3. Anemia berat
4. Kelainan kongginetal berat
5. Infeksi pada dinding abdomen
6. Minimnya fasilitas secsio sesarea

3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

a. Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

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 kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan

overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil” dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaian uterus yang berlebihan.

Pada persalinan dengan ganda, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya asfiksia dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatis terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai 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, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medic yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus

mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

STIKes Santa Elisabeth
Medan

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / 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 sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan

pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya ; memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

B. Metode Pendokumentasian Kebidanan

1. Dokumentasi kebidanan

Dokumentasi kebidanan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lain)

2. Manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney,1997)

3. Metode Pendokumentasian SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam” P “ sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

4. Prinsip dokumentasi SOAP

SOAP merupakan singkatan dari :

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnese (apa yang dikatakan klien).Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari

hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riiwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisa, dibagian data dibelakang "S" diberi tanda "0" atau "X" ini menandakan orang itu bisa. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment (Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan setelah melakukan pemeriksaan).

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, vital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dapat dimasukkan dalam kategori

ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

A : Assesment

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan (Kesimpulan apa yang telah dibuat dari data S dan O). Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

1. Diagnosa / masalah
 - 1) Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien : hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir . Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.
 - 2) Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan / kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.
 - 3) Antisipasi masalah lain / diagnosa potensial

P: Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan Assesment (Rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut).

SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P" sedangkan Perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

Didalam Planning dapat berisikan tentang :

- 1) Konsul
- 2) Tes diagnostic / laboratorium
- 3) Rujukan
- 4) Pendidikan konseling
- 5) Follow Up
- 6) Pendokumentasian asuhan kebidanan.

BAB III

STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah studi survey dengan menggunakan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. Y usia 25 Tahun Kehamilan dengan Luka Parut Uterus.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Pancur Batu Jln Lamoriam, Waktu pengambilan kasus dan pemantauan Tanggal 23 Maret 2018 Pukul 10:50 Wib

C. Subjek Studi Kasus

Pada studi kasus ini penulis mengambil subjek dari Puskesmas Pancur Batu pada Ny. Y Usia 25 Tahun Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus

D. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah format asuhan kebidanan pada Ny. Y usia 25 tahun dengan luka parut uterus dalam manajemen 7 langkah Varney.

2. Jenis Data

Penulisan asuhan kebidanan sesuai kasus Ny. Y Umur 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur Batu Maret Tahun 2018, yaitu:

1. Data Primer

A. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

a. Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

b. Palpasi.

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan uterus.

c. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ini pemeriksaan auskultasi meliputi: pemeriksaan tekanan darah (TD).

d. Wawancara.

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau berbicara berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara

dilakukan oleh tenaga medis pada Ny. Y umur 25 Tahun Kehamilan dengan Luka Parut Uterus.

e. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi, Diantaranya biografi dan catatan harian pada kasus ibu hamil diambil dari catatan status pasien di Puskesmas Pancur Batu.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menujung latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini

mengambil studi keptakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2008-2018.

E. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

- Format pengkajian ibu hamil
- Buku tulis
- Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- Tensimeter
- Stetoskop
- Thermometer
- Timbangan berat badan
- Alat pengukur tinggi badan
- Pita pengukur lingkar lengan atas
- Leanec
- Jam tangan dengan penunjuk detik
- Reflek hammer
- Metline
- Bengkok

- Bak instrumen
- Jangka panggul
- Alat pengukur Hb sahli meliputi:

- Set Hb sahli
- Kapas kering+kapas alcohol
- HCl 0,1 % + Aquadest
- Sarung tangan
- Lanset.

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.Y USIA 25 TAHUN
SEKUNDIGRAVIDA USIA KEHAMILAN 31 MINGGU
3 HARI DENGAN KEHAMILANLUKA PARUT
UTERUS DI PUSKESMAS PANCUR BATU**

Tanggal Masuk : 23 Maret 2018

Jam Masuk : 10:50 Wib

Tempat : Puskesmas Pancur Batu

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny.Y	Nama Suami	: Tn.A
Umur	: 25 tahun	Umur	: 28 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Desa Lama	Alamat	: DesaLama

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : Ibu ingin memeriksa kehamilannya
2. Keluhan utama : Ibu mengatakan cemas dengan kehamilannya

3. Riwayat menstruasi :

Menarche : 11 Tahun

Siklus : 28 Hari

Lama : 3-4 Hari

Teratur/Tidak : Teratur

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Baby	Ibu	PB/BB/JK	Keadaan	Keadaan	laktasi
1	03/02/2016	Aterm	SC	RS	dokter	-	-	49cm/4500gram/laki-laki	Baik	Baik	Baik
2	H	A	M	I	L		I	N	I		

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. G₂ P₁ A₀

b. HPHT : 13 Agustus 2017

c. UK : 31 Minggu 3 hari

d. Gerakan janin : ±10 x/sehari

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak Ada

Hipertensi : Tidak Ada

Diabetes Mellitus : Tidak Ada

Malaria : Tidak Ada

Ginjal : Tidak Ada

Asma : Tidak Ada

Hepatitis : Tidak Ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Ada

7. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak Ada

Diabetes Mellitus : Tidak Ada

Asma : Tidak Ada

Lain-lain : Tidak ada riwayat kembang

8. Riwayat KB : Tidak ada (senggama terputus)

9. Riwayat psikososial

Status perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami dan Istri

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Dokter

Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah Sakit

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 Kali

Jenis : Nasi + Sayuran + Lauk-Pauk + Buah-Buahan

+ ±8 gelas Air putih+ 1 gelas Susu

Porsi : 1 Porsi Nasi + 1/4 Mangkuk Sayur + 1 Potong

Lauk – Pauk + 1 Biji Buah

Keluhan/pantangan : Tidak Ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 1-2 Jam

Tidur malam : 6-7 Jam

Keluhan : Tidur siang lebih sering bangun untuk BAK

c. Pola eliminasi

BAK : ±8 Kali /Hari

Warna : Kuning Jernih

BAB : 1 Kali /Hari

Konsistensi : lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 Kali /Hari

Ganti Pakaian /Pakaian Dalam : 2 Kali /Hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak Ada

Minum-minuman keras : Tidak Ada

Obat terlarang : Tidak Ada

Minum jamu : Tidak Ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/90 mmHg

Nadi : 82 Kali /Menit

Suhu : 36,7°C

Respirasi : 24 Kali /Menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 60 kg, kenaikan BB selama hamil : 7 kg

Tinggi badan : 158 cm

Lila : 23 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : Simetris

Cloasma : Tidak Ada

Oedema : Tidak Ada

c. Mata : Simetris

Conjungtiva : Merah Muda

Sclera : Tidak Ikterik

d. Hidung : Simetris

Polip : Tidak Ada

Mulut/bibir : Bersih, tidak ada gigi berlubang

e. Leher : Tidak ada kelenjar thyroid

f. Payudara : Simetris

Bentuk simetris : Simetris

Keadaan putting susu : Menonjol

Areola mamae : Hyperpigmentasi

Colostrum : Tidak ada

g. Perut

Inspeksi	: Ada luka bekas operasi
Strae	: Ada
Palpasi abdomen:	
Leopold I	: TFU 28 cm, Teraba pada fundus ibu melebar,bulat dan tiak melenting (Bokong)
Leopold II	: Teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas) di sebelah kiri perut ibu. Teraba keras, memanjang dan memapan pada bagian kanan perut ibu.
Leopold III	: Teraba keras,bulat dan melenting pada bagian terbawah perut ibu (Kepala)
Leopold IV	: Bagian terbawah janin belum masuk PAP
TBJ	: (28-12) x 155 : 2480 gram
Kontraksi	: Tidak Ada
Auskultasi	: Ya
DJJ	: 132 x/i

h. Ekstremitas

Atas	: Simetris, Tidak Ada Oedema, Jari-jari lengkap
Bawah	: Simetris, Tidak Ada Oedema, Tidak ada varises

i. Genitalia

Anus	: Tidak Ada
------	-------------

Pemeriksaan Panggul

- Lingkar Panggul : Tidak dilakukan
- Distosia Cristarum : Tidak dilakukan
- Distosia Spinarum : Tidak dilakukan
- Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan
5. Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan

D. Pemeriksaan Penunjang :

- HB : 11 g%
- Protein Urine : Tidak dilakukan
- Planotest : Tidak dilakukan

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

Diagnosa :

- Ny.Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari, Janin Tunggal, Hidup Intrauterine, Belum Masuk PAP, dengan Luka Parut Uterus, Keadaan Ibu dan Janin Baik

Dasar subjektif:

1. Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang kedua dan belum pernah abortus.
2. Ibu mengatakan HPHT : 13 Agustus 2017
3. Ibu mengatakan ada riwayat secsio sesarea
4. Ibu mengatakan khawatir menghadapi persalinannya nanti.

Dasar objektif:

1. Keadaan umum : Baik
2. Keasadaran : Compos Mentis

3. Kanda-tanda vital:
- 1. TD : 100/90 mmhg
 - 2. Suhu : 36,7°C
 - 3. Pols : 80 x/menit
 - 4. RR : 24 x/menit
4. TTP : 20 Mei 2018
5. Inspeksi :
- Bentuk : Simetris
- Inspeksi : Tampak bekas luka secsio sesarea
- Palpasi abdomen :
- a. Leopold I : TFU 28 cm, Teraba pada fundus ibu melebar,bulat dan tidak melenting (Bokong)
 - b. Leopold II : Teraba bagian-bagian terkecil janin(ekstremitas) di sebelah kiri dan Teraba keras,memanjang dan memapan pada bagian kanan perut ibu.
 - c. Leopold III : Teraba keras,bulat dan melenting pada bagian terbawah perut ibu (Kepala)
 - d. Leopold IV : Kepala Belum masuk PAP
 - e. TBJ : (28-12) x155 : 2480 gram
- Masalah : Tidak ada
- Kebutuhan : 1.Beri dukungan kepada ibu

III. ANTISIPASI DIAGNOSA /MASALAH POTENSIAL

- Kepada Ibu : Terjadi ruptur uterus sebelum persalinan
Pendarahan infeksi pada luka parut

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

V. INTERVENSI

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan	Agar ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan
2	Beridukungan kepada ibu dengan mengikutsertakan keluarga	Agar ibu tidak khawatir dengan kehamilannya dalam menjelang persalinan
3	Beritahu kepada ibu kebutuhan Trimester III	Agar kebutuhan ibu pada Trimester III dapat terpenuhi dengan baik sehingga kondisi ibu dan janin semakin baik
4	Beri penjelasan kepada ibu perubahan fisiologis trisemester III	Dengan ibu mengetahui perubahan yang terjadi pada trimester III sehingga ibu tidak akan cemas saat mengalami perubahan tersebut
5	Beritahu ibu tanda-bahaya pada Trimester III	Dengan ibu mengetahui tanda bahaya pada trimester III, ibu dan keluarga lebih memperhatikan kondisi ibu serta pergerakan pada janin.
6	Beritahu ibu dan keluarga tentang sepsis sesarea	Agar ibu dan keluarga dapat mengetahui tentang sepsis sesarea
7	Beritahu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan fasilitas kesehatan/Rumah sakit pilihan terdekat serta kendaraaan yang siaga	Agar tidak terjadi resiko kehamilan terhadap ibu dan keluarga tidak terburu-buru saat ibu mengalami tanda-tanda persalinan maupun tanda bahaya trimester III
8	Beritahu ibu untuk kunjungan ulang	Agar kesehatan ibu dan perkembangan janin dapat terkontrol dengan baik
9	Beritahu ibu dan keluarga untuk merencanakan memilih memilih kontrasepsi	Untuk memperjarak kehamilan atau pun usia anak
10	Pemberian Therapy Ringan	Untuk mencegah anemia terhadap ibu.

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 23-03-2018

Pukul : 11:15 wib

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	11:15	<p>Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga dalam melakukan tindakan dengan menganamnese yang baik dan ramah</p> <p>Evaluasi : ibu bersedia dilakukan anamnese</p>	Fitri
2	11:20	<p>Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Hasil observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum: Baik 2. Keasadaran: compos mentis 3. Tanda-tanda vital: 1. TD : 110/90 mmhg 2. Suhu : 36,7°C 3. Pol. : 82 x/menit 4. RR : 22 x/menit <p>Palpasi abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Leopold I: TFU 28 cm, Teraba pada fundus ibu melebar,bulat dan tidak melenting (Bokong) b) Leopold II: Teraba bagian-bagian terkecil janin(ekstremitas) di sebelah kiri dan Teraba keras,memanjang dan memapan pada bagian kanan perut ibu c) Leopold III: Teraba keras,bulat dan melenting pada bagian terbawah perut ibu (Kepala) d) Leopold IV: Kepala Belum masuk PAP e) TBJ : (28-12)x155 : 2480 gram f) DJJ : 135 x/ i g) Inspeksi abdomen: Luka parut kering, tidak ada tanda – tanda infeksi, tidak ada pengeluaran dari luka parut h) Hb : 11g% <p>Evaluasi: ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan</p>	Fitri
3	11:45	<p>Menjelaskan pada ibu perubahan Fisiologis Trisemester III:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek,aneh dan tidak menarik. b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada melahirkan, khawatir akan 	Fitri

No	Waktu	Tindakan	Paraf
		<p>selamatannya.</p> <p>d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.</p> <p>e. Merasa kehilangan perhatian.</p> <p>f. Perasaan sudah terluka (sensitive).</p> <p>g. Libido menurun</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah mengetahui perubahan fisiologis dengan perubahan TM III</p>	
4	11: 50	<p>Memberikan ibu dukungan emosional dengan mengikutsertakan keluarga untuk membantu ibu tidak tidak khawatir dengan kehamilannya dalam menjelang persalinannya nanti.</p> <p>Evaluasi : ibu tampak lebih tenang dan keluarga ikut serta dalam pemberian dukungan emosional kepada ibu</p>	Fitri
5	12:00	<p>Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan trisemester III:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan Pervaginam 2. Sakit Kepala yang Berat 3. Penglihatan Kabur 4. Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan 5. Keluar Cairan per Vagina 6. Gerakan Janin Tidak Terasa 7. Nyeri Perut yang Hebat <p>Evaluasi : Ibu sudah mengerti tentang tanda bahaya TM III</p>	Fitri
6	12: 05	<p>Menjelaskan kebutuhan ibu selama TM III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu agar tetap mempertahankan kebutuhan nutrisi tetap makan 3 x/hari untuk memenuhi asupan nutrisi pada ibu dan bayi. 2. Memberitahu ibu agar tetap menjaga kebersihan diri dengan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, mengganti baju dan pakaian dalam jika sudah lembab dan basah. Ibu juga dapat membersihkan daerah kemaluan dari daerah depan kebelakang, usahakan daerah kemaluan tetap kering. 3. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil yang yang bertujuan untuk merileksasikan otot- otot dan memperlancar peredaran darah. 	Fitri

No	Waktu	Tindakan	Paraf
		<p>4. Menganjurkan ibu agar tidak melakukan aktivitas yang membuat ibu lelah dan istirahat yang secukupnya</p> <p>Evaluasi : Ibu sudah mengerti dengan kebutuhan yang harus dipenuhinya dan berjanji akan melaksanakannya</p>	
7	12:10	<p>Memberitahukan kepada ibu tentang sectio caeser, yaitu bahwa sekali dilakukan seksio sesarea selanjutnya akan mengalami seksio sesarea kembali apabila jarak kehamilan yang terlalu dekat(< 2 Tahun). Karena jarak kehamilan yang ideal 2-4 tahun dan dapat mengakibatkan komplikasi yaitu ruptur sebelum persalinan. Namun wanita yang mempunyai riwayat secsio sesarea tidaklah harus dilakukan secsio kembali tapi dengan cara persalinan normal yang disebut vaginal birth after caesarean (VBAC) apabila jarak kehamilan 2-4 tahun.</p> <p>Evaluasi : ibu dan keluarga sudah mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan</p>	Fitri
8	12:15	<p>Memberitahukan ibu dan keluarga untuk mempersiapkan fasilitas kesehatan/Rumah sakit, kendaraan siaga apabila telah tampak tanda dan gelaja trimester III atau tanda-tanda pesalinan.</p> <p>Evaluasi : ibu dan keluarga sudah mempersiapkan fasilitas kesehatan/Rumah sakit serta kendaraan yang siaga.</p>	Fitri
9	12:20	<p>Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk merencanakan memilih keluarga kecil dengan cara memilih alat kontrasepsi mantap untuk memperjarak usia anak.</p> <p>Evaluasi : ibu mengatakan akan membicarakan untuk memilih alat kontrasepsi</p>	Fitri
10	12:25	<p>Menganjurkan ibu untuk datang kembali agar dapat memantau perkembangan janin dan kesehatan ibu</p> <p>Evaluasi : ibu berjanji akan datang kembali minggu depan</p>	
11	12:30	<p>Pemberian vitamin kepada ibu tablet Fe 1x/hari dan roti ibu hamil</p> <p>Evaluasi : ibu berjanji akan mengkonsumsinya 1x1/hari</p>	Fitri

VII. EVALUASI

- S** : 1. Ibu mengatakan sudah mengetahui hasil pemeriksaan
 2. Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang seksio seaser
 3. Ibu mengatakan sudah lebih tenang dari pada sebelumnya
 4. Ibu mengatakan sudah mempersiapkan fasilitas kesehatan/rumah sakit yang akan digunakan.
 5. Ibu mengatakan sudah mengetahui perubahan fisiologis dan tanda bahaya kehamilan TM III

O :- Kesadaran : Compos simetris

- Keadaan Umum : Baik
- Observasi TTV : Tekanan darah :110/90 mmhg

Suhu : 36,7°C

Nadi :82 x/Menit

Pernapasan :22 x/Menit

- Inspeksi abdomen : Tampak bekas secsio sesarea, tidak ada tanda – infeksi.

- Palpasi abdomen:

- a. Leopold I : TFU 28 cm, Teraba pada fundus ibu melebar,bulat dan tidak melenting (Bokong)
- b. Leopold II: Teraba bagian-bagian terkecil janin(ekstremitas) di sebelah kiri dan Teraba keras,memanjang dan memapan pada bagian kanan perut ibu.

c. Leopold III: Teraba keras,bulat dan melenting pada bagian terbawah perut ibu (Kepala)

d. Leopold IV: Kepala belum masuk PAP

TBJ : (26-12) x155 : 2480 gram

DJJ : 135x/menit

A : Diagnosa :

- Ibu Ny.Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari ,Janin Tunggal, Hidup Intrauterine, Belum Masuk PAP, dengan Luka Parut Uterus dan Keadaan Ibu dan Janin Baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : 1. Beri dukungan kepada ibu

- : 1. Mengikatkan ibu kembali untuk mengkonsumsi therapy yang diberikan.
2. Mengingatkan ibu kembali untuk datang kunjungan ulang.

D. Pembahasan

1. Identifikasi Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Berdasarkan kasus pada Ny. Y Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus, masalah yang timbul yaitu kecemasan ibu dengan kehamilannya. Untuk mengatasi masalah tersebut ibu membutuhkan

informasi tentang keadaannya, penkes tentang kebutuhan ibu dan janin, penkes tentang fasilitas kesehatan yang akan digunakan untuk persalinan.(Sarwono,2016)

2. Pembahasan Masalah

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang terjadi pada praktik yang dilakukan di lahan praktik dengan teori yang ada, dengan menggunakan pendekatan menajemen kebidanan menurut Varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu hamil dengan luka parut uterus.

E. Asuhan kebidanan pada masa kehamilan

1. Pengumpulan Data dan Analisa Data Dasar

Pengkajian adalah tahap awal yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dengan cara wawancara dengan klien, suami, keluarga dan melakukan pemeriksaan head to toe pengumpulan data diambil dari catatan atau dokumentasi pasien serta pemeriksaan untuk memperoleh data subjektif dan objektif (Varney,)

Dari pengkajian didapatkan data subjektif Ny. Y dengan Luka Parut Uterus, ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya dan cemas dengan kehamilannya karena perna mengalami secsio sesarea sebelumnya serta pergerakan bayi sangat aktif pada bagian kanan ibu. Data objektif TTV: Tekanan darah: 110/90 mmhg,

Suhu: 36,7 C, Nadi: 82x/m, Pernapasan: 22x/m, Inspeksi: ada bekas secsio sesarea Palpasi: Leopold I: TFU 28 cm, Teraba pada fundus ibu melebar, bulat dan tidak melenting (Bokong) Leopold II: Teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas) di sebelah kiri dan Teraba keras, memanjang dan memapan pada bagian kanan perut ibu. Leopold III: Teraba keras, bulat dan melenting pada bagian terbawah perut ibu (Kepala), Leopold IV: Kepala belum masuk PAP. Menurut Dr.dr Imam Rasjidi, SpOG(K), Indikasi seksio sesarea ada tiga indikasi mutlak, Indikasi relatif dan indikasi sosial dimana indikasi sosial ini wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin secsio sesarea relatif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan, wanita yang takut terjadi perubahan pada tubuhnya setelah melahirkan.

Berdasarkan data subjek dan data objek, penulis menemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena pada tahap pemeriksaan data objektif tidak ada melakukan pemeriksaan lingkar panggul dan hal ini penulis mengalami kesulitan dalam pengumpulan data dan dalam pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada ibu, melakukan observasi dan studi dokumentasi dari buku KIA dan status pasien dan sesuai dengan keadaan pasien.

2. Interpretasi Data Dasar

Pada intrepretasi data terdiri dari diagnosa kebidanan masalah dan kebutuhan. Masalah yang timbul pada ibu dengan luka parut uterus adalah kecemasan ibu terhadap kehamilannya, ibu khawatir dengan persalinannya nanti, Kebutuhan nya ialah infomasi tentang keadaannya, pemberian therapy,

informasi tentang seksio sesarea. Pada kasus Ny. Y diagnosa kebidanannya adalah Ny. Y umur 25 tahun dengan Luka Parut Uterus dan masalah yang dialami Ny. Y adalah cemas dikarenakan takut dengan pengalaman melahirkan sebelumnya untuk mengatasi masalah tersebut Ny. Y membutuhkan informasi tentang keadaannya, beridukungan emosional. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus karena diagnosa yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori dan sesuai dengan data subjektif dan data objektif yang sudah terkumpul. Masalah dan kebutuhan yang diperlukan juga sudah sesuai antara teori dan praktik.

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah potensial

Diagnosa masalah potensial adalah suatu hal untuk mengantisipasi semua kemungkinan yang dapat muncul. Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi berdasarkan diagnosis dan masalah aktual.

Diagnosa masalah potensial yang terjadi pada kasus Ny. Y umur 25 tahun Sekundigravida dengan luka parut uterus adalah terjadi ruptur uterus sebelum persalinan, perdarahan infeksi abdomen, asfiksia, gawat janin. namun pada Ny. Y tidak terjadi perdarahan ,infeksi abdomen, gawat janin.

Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan karena sejak ibu sudah didiagnosa kehamilan dengan luka parut uterus tenaga kesehatan telah menegakkan diagnosa masalah yang mungkin terjadi pada ibu dan berupaya untuk mengantasipasi masalah ibu tidak terjadi.

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera dan Kolaborasi

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Studi kasus pada Ny. Y Sekundigravida dengan luka Parut uterus tidak memerlukan adanya tindakan segera. Pada langkah ini, penulis tidak menemukan kesenjangan teori dengan praktik.

5. Rencana tindakan

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi atau masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi kepada klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu dirujuk karena masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang dilahan praktik karena rencana yang dibuat dalam praktik tidak berbeda dengan rencana di teori.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah sebuah proses menyelesaikan masalah klinis, membuat suatu keputusan dan memberi perawatan (Varney, 2010). Pada langkah ini pelaksanaan dilakukan dengan rencana tindakan yang telah dibuat seperti intervensi yaitu beridukungan kepada ibu, beritahu tentang kebutuhan trimester 3, beritahu perubahan fisiologis, beritahu ibu tentang secsio sesarea, memberikan therapy. Pada langkah ini, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik. Dalam teori pemberian konseling sama halnya dengan pemberian

konseling biasanya diberikan kepada ibu hamil namun hal yang harus diperhatikan tentang konseling mengenai mempersiapkan fasilitas kesehatan serta mengenai keluarga berencana.

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan sebuah perbandingan atau rencana asuhan yang menyeluruh dari perencanaan. Di dalam teori, evaluasi diharapkan hasil bahwa letak bayi menjadi normal, keadaan umum ibu baik, letak kepala dan ibu merasa nyaman, TTV: Tekanan darah: 110/90 mmhg, Suhu: 36,7 C, Nadi: 82x/m, Pernapasan: 22x/m. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik karena dari evaluasi yang di dapat di lahan praktik, keadaan umum ibu membaik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus pada Ny. Y umur 25 tahun dengan Kehamilan Luka Parut Uterus yang menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah varney dapat disimpulkan yang meliputi:

1. Pengkajian dilakukan dengan cara mengumpulkan data subjektif yaitu data yang di peroleh dari pasien dan keluarga pasien. Data objektif di peroleh dari hasil pemeriksaan pada pasien. Data subjektif yang dapat yaitu Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang kedua dan belum pernah abortus, Ibu mengatakan HPHT : 13 Agustus 2017 Ibu mengatakan ada riwayat secsio sesarea, Ibu mengatakan cemas dengan kehamilannya. Data objektif yang di peroleh: tanda-tanda vital: T: 100/90 mmhg,.Suhu: 36,7°C, Pols: 80 x/menit, RR:24 x/menit, TTP: 20 Mai 2018.Inspeksi:BentukSimetris, Tampak bekas seksio sesarea diabdomen ibu.
2. Interpretasi data dasar dari hasil pemeriksaan dalam diagnosa kebidanan yaitu Ny.Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus. Masalah yang dialami Ny.Y ialah ibu mengatakan khawatir dengan persalinan nya nanti. Kebutuhan yang: beri informasi hasil pemeriksaan, beri dukungan emosional kepada ibu.
3. Diagnosa potensial kemungkinan muncul pada pasien akan infeksi pada abdomen, pendarahan, ruptur uterus sebelum persalinan, Namun hal ini belum terjadi karena telah dilakukan penkes terhadap ibu.

4. Tindakan segera belum dibutuhkan sebab masalah potensial belum terjadi.
5. Perencanaan yang diberikan pada Ny.Y kehamilan dengan luka parut uterus, pemberian penkes tentang secsio sesarea, penkes tentang kebutuhan dan tanda-bahaya trimester III, Penkes untuk mempersiapkan fasilitas kesehatan serta kunjungan ulang untuk mengontrol kondisi ibu dan janin.
6. Pada tahap ini yang diberikan pada Ny.Y dengan luka parut uterus adalah penkes keapada ibu, pemberian therapy, Penkes untuk mempersiapkan fasilitas kesehatan serta kunjungan ulang untuk mengontrol kondisi ibu dan janin.
7. Evaluasi dari asuhan pada Ny. Y Usia 25 Tahun Sekundigravida Usia Kehamilan 31 Minggu 3 Hari dengan Luka Parut Uterus di Puskesmas Pancur batu keadaan ibu sudah membaik.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktek dan mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori kehamilan fisiologis dan patologis.

2. Bagi Institusi Puskesmas

Diharapkan petugas kesehatan melengkapi peralatan yang dibutuhkan dan melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

sehingga dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil efektif dilakukan.

3. Bagi Klien/ Pasien

Kepada ibu diharapkan agar lebih rutin untuk memeriksa kahemilannya dan hendaknya menghindari jarak kehamilan yang dekat dengan menggunakan alat kontrasepsi serta sehingga tidak terjadi persalinan secsio sesarea selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Helen Varney, DKK. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta. EGC
- Prawiroharjo Sarwono,2016. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: KDT
- Prawiroharjo Sarwono,2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: KDT
- Rasjidi Imam,2009. *Seksio Sesarea dan Laparotomi Kelainan Adneksa*, Jakarta: CV Agung Seto.
- Romauli Suryanti,2017. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rismalinda,2015. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Jakarta: CV Trans Info Media.
- Rasmiati. (2016), *Vaginal Birth After Caserean*. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala. 1(4). 4-5, Diakses pada tanggal, 15 Mei 2018.
- Salawati. L (2013). *Profil Seksio Sesarea*, Jurnal USU. 3(13). 139-140, Diakses pada tanggal, 15 Mei 2018.
- Qurniawaty. E, (2016). *Hubungan Usia Ibu Hamil, Jumlah Anak dan Jarak Kehamilan*. Jurnal Perpustakaan. UNS. 3(4). 6-9. Diakses pada tanggal, 16 Mei 2018.