

KARYA TULIS ILMIAH
MANAGEMENT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN MALARIA BERAT DI RSUD ABEPURA

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menempuh Ujian Akhir Program
Pendidikan Kebidanan



DISUSUN OLEH :

ELENA GWIJANGGE
NIM. PO 71. 24. 4 . 04 . 011 .

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
TAHUN 2007

MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul

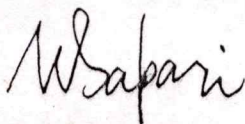
**“MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA
IBU INPARTU DENGAN MALARIA BERAT
DI RSUD ABEPURA**

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan
Kehadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 24 Juli 2007

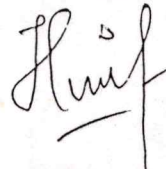
Menyetujui,

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari. M.Kes
NIP. 640 010 681

Pembimbing II



Heni Voni Rerey
NIP. 140 238 870

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan, Pada :

Hari : SELASA

Tanggal : 24 JULI 2007

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

Ketua



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

Nip. 640 010 681

DOSEN PENGUJI

1. Federika. Rumaropen, S. st

NIP. 640 010 659

2. Saaty Kadiwaru, S. st

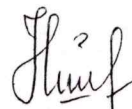
Nip. 640 009 887

3. Heni Voni Rerey, SKM

NIP. 140 238 870



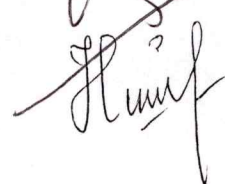
Sekretaris



Heni Voni Rerey, SKM

Nip. 140 238 870

TANDA TANGAN

()
()
()

LEMBAR MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

- A. Perjuangan adalah langkah, dan teguran merupakan pelajaran yang tidak terlupakan.
- B. Segala sesuatu ada waktunya, ada waktu untuk menangis, ada waktu untuk tertawa, ada waktu untuk menanam, ada waktu untuk menua dan semuanya itu adalah Kasih Kristus Yesus dan Karunia Allah Bapa.

"Marilah kepadaku engkau yang letih lesuh dan berbeban berat, dan aku akan memberikan kelelahan kepadamu." (Matius 11:28)

PERSEMBAHAN :

Karya tulis ini penulis persembahkan kepada :

- 1. Segala orang percaya pada Tritunggal Allah.
- 2. Kedua orang tuaku yang tercinta bapak pendeta Yukas Gwijangge dan ibu Oritis Nirigi.
- 3. Suami tercinta Paulus Ubruangge dan ketiga anakku tersayang, Breyquetha Chammay Bintang Gwijangge, Andrean Vanderbjel Ubruangge, Petrus Rainhart Ubruangge.
- 4. Kakakku Karel Gwijangge dan istrinya ibu Yabi Wandikbo.
- 5. Adik-adikku tersayang, Piana, Pables, Daryanto Gwijangge.
- 6. Para pendonor dana, beasiswa Quality Management Service (QMS) dan para pelaksana Management Committee Public Health dan Malaria Control yang tersohor.
- 7. Almamater Politeknik Kesehatan Jayapura yang tersanjung.
- 8. Para pelaku Management Reviu Board (MRB), Manager Quality Management Service (QMS) serta Manager Public Health dan Malaria Control dari PT. Freeport Indonesia in Tembagapura-Papua.

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur yang tak terhingga Penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala Rahmat dan Kasih-Nya sehingga penyusunan dapat meneliti, menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Adapun Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun ini dengan judul : “Asuhan Kebidanan pada Ibu Inpartu dengan Malaria Berat”. Di mana kasus ini penulis mengambil dan meneliti dari Ruangan Bersalin RSUD Abepura. Karya Tulis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Papua.

Penulis menyadari dengan keterbatasan waktu, keterbatasan buku – buku Referensi serta keterbatasan Teknik penyusunannya bahwa, penulis Karya Tulis ini masih jauh segala kesempurnaan. Oleh sebab itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis ini. Perkenankanlah penulis pada kesempatan ini pula menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. J. P. Rumaikewi, SKM, MM sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Papua yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan pada Politeknik Kesehatan Papua.
2. Dra. Welmintje Sapari, M. Kes, sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua, dosen pembimbing II, yang meluangkan waktu dan, dengan sabar membimbing penulis dalam penulisan KTI.
3. Direktur dan Kepala Ruang Bersalin beserta Staf Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.
4. Heni Voni Rerey, SKM. Selaku dosen Pembimbing I yang telah meluangkan waktu banyak membimbing dalam memberikan penulisan arahan dan di tutntunan pembuatan KTI ini.

5. Manajemen P.T. Freeport Indonesia, Review Bord (MRB). Khusus kepada ibu Alison Hartmant dan Ibu Trifena Tina yang telah memberikan dorongan dalam masa penyelesaian perkuliahan. Serta khusus kepada dr. Rosaline dan Bapak Pdt. Samparina O. Koibur dan Ibu Komang Permadi dari Public Health dan Malaria Control Departemen yang memberikan kesempatan mengikuti perkuliahan sampai dengan penyusunan KTI ini.
6. Govert Waramoy. Amkep, staf P.T. F.I Public Health dan Malaria Control Departement yang banyak membantu mengirimkan buku -- buku referensi tentang Malaria berat sehingga penulis dengan mudah menyusun dan menulis KTI ini.
7. Teristimewa, penulis haturkan Terima Kasih kepada :
 - a. Kedua orang tuaku, ayahanda tercinta Pdt. Yulas. Gwijangge dan Ibunda tercinta Oris Nirigi. Yang mana tidak henti – hentinya mendoakan dan memberikan bantuan dalam menyelesaikan KTI ini
 - b. Kedua kakakku ; kakak Karel Gwinjange dan isterinya Jahel Wandikbo, serta kakak Innah serta suaminya yang mana mendukung dan mendorong dalam penyelesaian KTI ini.
 - c. Suami tercinta, Paulus Ubruangge serta ketiga anak – anakku Breyquetha Chammay, Andreaan Vanderbjel Ubruangge, Petrus Rainharf Ubruangge yang mana memberi dorongan moril maupun materil serta setia menemani penulis dalam penyelesaian KTI ini.
 - d. Ketiga adik – adikku tersayang Diana, Pables, Daryanto.Gwijangge yang memberikan dorongan moril dalam penyelesaian KTI ini.
8. Teman – teman sedangkan ke – V 2004 – 2007, Yohana Agawemu dan Paskalina Tikalaka serta teman – teman lainnya yang memberikan motivasi, dukungan kepada penulis selama mengikuti Pendidikan pada Politeknik Kesehatan Papua.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik yang Ibu, Bapak berikan kepada penulis masa Pendidikan Perkuliahan sampai pada pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
LEMBAR JUDUL	i
LEMBARPERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang penulisan	1
B. Rumusan masalah.....	3
C. Tujuan penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	4
BAB II TUJUAN TEORI	
A. Konsep Dasar persalinan	5
B. Malaria.....	12
C. Manajemen Kebidanan	25
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Lokasi Pengambilan Kasus.....	29
B. Manajemen Asuhan Kebidanan pada in partu dengan Malaria Berat	33
BAB IV PEMBAHASAN	60
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	62
B. Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	64

DAFTAR LAMPIRAN

	<i>Halaman</i>
Lampiran 1. Protokol Pengobatan Malaria	66
Lampiran 2 Nama Obat, Formula dan Isi	67
:Lampiran 3 Protokol Pengobatan Malaria	68

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pada saat ini malaria dapat dikatakan sebagai suatu penyakit yang populer, hampir ditemukan diseluruh belahan bumi ini, terutama pada daerah-daerah yang beriklim tropis dan sub tropis seperti di Indonesia. Penduduk dunia yang beresiko terkena infeksi malaria berjumlah 2,3 miliar atau 41 % jumlah penduduk bumi, tetapi derajat endemitas malaria berbeda antara satu daerah dengan daerah yang lain (Siswantoro, H. WHO group, 2005). Malaria adalah suatu penyakit infeksi yang dapat menjadi berat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat, apabila tidak diobati secara serius, tepat dan efektif (Arlan, 2004).

Malaria merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh parasit protozoa dari genus plasmodium yang ditularkan melalui gigitan nyamuk betina anopheles dan angka kesakitan di Propinsi ini (Papua) dilaporkan masih cukup tinggi, dalam 4 (empat) tahun terakhir insiden malaria cenderung meningkat, salah satu parameter adalah di Kabupaten Mimika, dilaporkan bahwa 620 per 1000 orang setiap tahun. Jenis malaria yang dilaporkan terutama adalah Plasmodium Palciparum (60 %), Plasmodium Vivax (40 %), dan lebih dari 1500 pasien malaria masuk rumah sakit setiap tahun, dimana 10 % merupakan kasus malaria berat dengan komplikasi (Laporan Rutin RS Mitra Masyarakat Mimika, 2004-2005).

Dalam laporan penelitian *South East Asian Qunine Artesunat Malaria Trial* (SEAQUAMAT, 2005) melaporkan angka kegagalan pengobatan malaria standar yang sangat mengkhawatirkan yaitu > 50 % di Propinsi Papua. Malaria merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia terutama di Indonesia Timur, salah satunya Propinsi Papua, dimana Propinsi ini merupakan endemitas malaria yang sangat tinggi dan dapat diperberat dengan masih banyak Rumah

Sakit yang masih memakai pengobatan anti malaria standar. Malaria menyerang pada semua usia, dan tanpa memandang jenis kelamin dan status sosial ekonomi, bahkan malaria menyerang pada ibu hamil dan terjadi prognose buruk pada ibu dan janin selama persalinan dan masa nifas yang berujung pada kematian berganda yaitu kematian ibu dan janin dan menambah Point pada Mortalitas secara Nasional (Siswantoro, 2005).

Salah satu indikator untuk mengukur keberhasilan kesehatan masyarakat yang optimal adalah dengan melihat angka kematian ibu (AKI), namun di Indonesia angka kematian ibu masih sangat tinggi diukur dari berbagai kasus penyebab kematian. Kematian ibu akibat langsung dari Obstetri dan Ginekologi, pada umumnya sama seperti negara-negara Asia lainnya yaitu Pendarahan, Infeksi dan Ekslamsi merupakan primadona AKI, dan tercakup pula kematian akibat Abortus terinfeksi dan partuslama. Sekitar 5 % kematian ibu disebabkan oleh penyakit memburuk akibat kehamilan misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronis antara lain (Sarwono, 2005).

Pada data yang didapatkan di RSUD Abepura, Ruangan besalin bahwa ibu Inpartu berjumlah 2338 jiwa, Ibu inpartu dengan kasus malaria berjumlah 577 ibu (24,67 %), ibu inpartu dengan kasus malaria berat 21 ibu (0,89 %) dan inpartu yang meninggal 10 kasus (0,42 %). Kematian akibat langsung dari persalinan 4 kasus dan infeksi yang kronis dan memberat (malaria dengan komplikasi) 6 kasus (0,17 %).

Dengan demikian, bidan dituntut untuk mampu dan terampil dalam menangani kasus-kasus inpartu normal dan kasus-kasus pathologik antara lainnya menangani kasus ibu inpartu dengan malaria berat agar tidak terjadi mortalitas pada ibu dan bayinya dan tidak menambah point AKI secara nasional di Indonesia.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas dipandang menarik, penting dan perlu diteliti secara sistematis, sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian data dasar pada manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat.
2. Bagaimana melakukan interpretasi data dasar pada manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat.
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada ibu inpartu dengan malaria berat.
4. Bagaimana mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu inpartu dengan malaria berat.
5. Bagaimana merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu inpartu dengan malaria berat.
6. Bagaimana mengimplementasikan perencanaan pada ibu inpartu dengan malaria berat.
7. Bagaimana melakukan evaluasi pada ibu inpartu dengan malaria berat.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah penulis melakukan penulisan ini maka penulis menerapkan manajemen asuhan kebidanan 7 (tujuh) langkah menurut Hellen Varney, pada ibu inpartu dengan malaria berat.

2. Tujuan Khusus

Setelah penulis menjabarkan latar belakang, rumusan masalah dan, tujuan umum maka penulis diharapkan dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada ibu inpartu dengan malaria berat.
- b. Melakukan identifikasi diagnosa dan masalah potensial pada ibu inpartu dengan malaria berat.

- c. Melakukan tindakan segera dan kolaborasi
- d. Melakukan interpretasi data dasar pada ibu inpartu dengan malaria Tropika.
- e. Mengintervetasikan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat.
- f. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat.
- g. Melakukan evaluasi kembali tentang asuhan yang telah diberikan ibu inpartu dengan malaria Tropika.

D. MANFAAT

Manfaat penulisan daripada penulisan ini, adalah :

1. Sebagai bahan masukan untuk penulis dengan melakukan manajemen asuhan kebidanan, dapat menambah dan meningkatkan pengetahuan dalam menerapkan dan mengembangkan ilmu yang telah diperoleh selama masa pendidikan.
2. Sebagai bahan masukan bagi RSUD Abepura lebih khusus bagi petugas ruangan bersalin, dalam memberikan penanganan kasus inpartu dengan malaria berat.
3. Dapat menambah potensi yang terbaru (bahan kepustakaan) bagi Mahasiswa POLTEKES Jayapura, lebih khusus bagi jurusan Kebidanan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. KONSEP DASAR PERSALINAN NORMAL

A) DEFINISI

Persalinan adalah proses alami dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu tanpa disertai adanya penyulit dan usia kehamilan 37 minggu sampai 40 minggu (cukup bulan). (Wiknjosastro, 2005).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik kepada ibu maupun kepada janin. (Wiknjosastro, dkk 2005).

Ciri-Ciri Persalinan Normal :

- a. Pada kehamilan ater (bukan prematur atau postmatur).
- b. Mempunyai onset yang spontan (tidak di induksi).
- c. Selesai setelah 4 (empat) jam dan sebelum 24 jam sejak saat waktunya (bukan partus presipitatus atau partus lama).
- d. Mempunyai janin tunggal dengan presentasi vertex atau puncak kepala dan oksiput pada bagian anterior pelviks.
- e. Terlaksana tanpa bantuan artifisial (seperti tindakan forcep vacuum ekstraksi dll).
- f. Tidak mencakup komplikasi (seperti pendarahan hebat).
- g. Mencakup kelahiran placenta normal.

B) SEBAB-SEBAB YANG MENIMBULKAN PERSALINAN

Ada beberapa teori dan beberapa penulis yang secara gamblang menjelaskan, faktor-faktor yang menimbulkan terjadinya persalinan, yaitu :

1. Teori Penurunan Kadar Hormone

Teori ini menerangkan bahwa 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormone Estrogen dan hormon Progesteron pada plasenta yang menyebabkan kekencangan pembuluh darah sehingga timbul HIS dimulai dengan HIS palsu (Braxton HIS).

2. Teori Penuaan Plasenta

Teori ini menerangkan bahwa semakin tuanya plasenta "plasenta menjadi tua " dengan tuanya kehamilan. Villi coriales mengalami perubahan-perubahan sehingga kadar Esterogen dan Progesteron menurun dan plasenta tidak semaksimal mungkin memberikan nutrisi pada janin.

3. Teori Distensi Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang menyebabkan ischemia otot-otot uterus, sehingga mengganggu sirkulasi utero-placentais dan plasenta dapat mengalami degenerasi.

4. Teori Berkurangnya Nutrisi Pada Janin

Teori ini dikemukakan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi segera dikeluarkan.

5. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale yang apabila digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin (benda keras lainnya) akan menimbulkan kontraksi uterus.

6. Induksi Partu

Partus dapat ditimbulkan dengan jalan

- a. Gagang laminaria
- b. Amniotomi
- c. Axitoksin drips (Manuaba, 1998)

Sebab-sebab terjadinya partus sampai kini merupakan teori-teori yang kompleks misalnya faktor hormonal, pengaruh kadar prokstatadin meningkat, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi janin

disebut sebagai faktor yang menimbulkan partus dimulai. (Wiknjosastro, dkk, 2005)

C) KLARIFIKASI

Persalinan dapat diklasifikasikan menurut jenisnya, yaitu :

1. Persalinan Spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan Beratan

Bila proses persalinan berlangsung antara tenaga ibu dan bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan Anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan dari obat-obatan. (Manuaba, 1998)

D) FAKTOR-FAKTOR PENTING DALAM PERSALINAN

Faktor-faktor penting yang mempengaruhi dan menentukan terjadinya persalinan, yaitu :

1. Power (Tenaga)

- a. His (kontraksi otot rahim)
- b. Kontraksi otot dinding perut
- c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejang
- d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum

2. Passenger (janin dan plasenta)

3. Passage (jalan lahir lunak dan jalan lahir keras)

4. Psikis (ibu)

5. Penolong (keterampilan). (Manuaba, 1998)

E) TAHAP-TAHAP PERSALINAN

Pada dasarnya persalinan terdiri dari 4 (empat) tahap yang sering dikenal dengan kala I – kala IV, yaitu :

- a. Kala I atau disebut persalinan awal atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan serviks nol sampai sepuluh centimeter (0 – 10 cm) atau sering juga disebut pembukaan lengkap. Pada permulaan His kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga ibu masih bisa dapat berjalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung $\pm$ 12 jam, sedangkan multigravida $\pm$ 8 jam. Berdasarkan Curvey Friedman, diperhitungkan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan serviks pada multigravida 2 cm/jam, dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. (Manuaba, 1998).

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap, proses ini terbagi dalam dua fase, fase laten (8 jam) serviks membuka 3-4 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka 5-10 cm kontraksi His lebih kuat dan lebih sering selama fase aktif. (Saifudin, 2005).

Fase laten persalinan,

1. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
2. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
3. Biasanya berlangsung di bawah 8 jam.

Fase aktif persalinan,

1. Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus tuanya meningkat (kontraksi dianggap adekuat memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
2. Serviks membuka dari 4-10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap.
3. Terjadi penurunan terbawah janin. (Wiknjosastro,dkk 2005)

b. Kala II (kala pengeluaran) gejala dan tanda utamanya adalah :

1. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Pada pemeriksaan dalam portio tidak teraba diikuti dengan keinginan mengejan, karena Fleksus Franken Hauser tertekan oleh turunya kepala bayi
4. Kekuatan His dan mendedan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi
 - a. Kepala membuka pintu
 - b. Sup oksiput bertindak sebagai Hypomoghlion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti dengan putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
6. Setelah faksi luar berlangsung, maka persalinan bayi selanjutnya ditolong dengan jalan :
 - a. Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan dibawah curam keatas untuk melahirkan bahu belakang
 - b. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikaitkan untuk dilahirkan sisa badan bayi
 - c. Bayi lahir spontan dengan sisa air ketuban
7. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 50 menit (Manuaba, 1998).

Kala II juga disebut pula kala pengeluaran, oleh karena berkat kekuatan His dan kekuatan mengedan janin yang didorong keluar sampai lahir seutuhnya. (Saifudin, dkk, 2005).

Saat kepala bayi mendorong atau membuka vulva sekitar 5-6 cm, letakkan kain atau handuk bersih menangga perineum tangan lain 4 jari menekan pelan pada kepala bayi sehingga tidak terjadi rupture yang serius pada perineum dan rupture pada klitoris, serta biarkan kepala bayi lahir secara bertahap di bawah tangan penolong. Jika kepala segera lahir usap muka dengan gausa steril, setelah kepala lahir ibu disuruh berhenti meneran dan bernafas cepat, raba leher bayi cek lilitan tali pusat, bila ada longgarkan melewati kepala, bila lilitan erat segera klem dua sisi dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut. Selanjutnya melahirkan bahu kepala dibiarkan melakukan putaran faksi luar, letakkan kedua tangan secara biparietal dan ibu disuruh meneran secara perlahan-lahan. Lakukan tarikan kebawah dan luar hingga bahu anterior lahir, tarik kepala bahu secara perlahan keatas untuk lahirkan bahu posterior bayi, lakukan sangga susar hingga lahir bayi seluruhnya. (Wiknjosastro, 2004)

c. Kala III (kala uri)

Setelah kala II kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch karena sifat retruksi otot rahim. Lepasnya insersi plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda di bawah ini :

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim (SBR)
3. Tali pusat bertambah panjang dan terjadi pendarahan proses persalinan plasenta berlangsung secara pirasat krede (Manuaba, 1998)

Sebagian besar kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh pendarahan pasca persalinan dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah melalui manajemen aktif kala III. Keuntungan-keuntungan dari manajemen kala III aktif ini adalah :

- a. Kala III persalinan yang lebih singkat
- b. Mengurangi jumlah kehilangan darah
- c. Mengurangi kejadian Retensio Plasenta

Kala III ini terdiri dari tiga langkah utama, yaitu :

- a. Pemberian suntikan oxytoksin
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- c. Rangsangan taksil (pemijatan) fundus uteri (sasase).

(Wiknjosastro, 2004)

d. Kala IV (kala observasi)

Kala ini dimasukkan untuk melakukan observasi karena pendarahan post partum. Paling sering terjadi pada 2 jam post partum, yaitu :

1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan dan pengawasan tanda-tanda vital
3. Kontraksi uterus
4. Tanda-tanda terjadinya atonia uteri

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta dan lamanya satu jam. Dalam kala itu diamati pendarahan post partum. (Saifudin, dkk 2005)

Pada kala IV ini hal-hal yang perlu dilakukan adalah periksa fundus uteri setelah satu hingga dua menit untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, lakukan pijatan atau rangsangan taksil bila perlu ibu dan keluarganya diajari cara memijat fundus uteri yang benar dan baik, periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam kedua pasca persalinan. (Wiknjosastro, 2004)

B. MALARIA

A) DEFINISI

a. Malaria

Malaria berasal dari kata Mal dan Aria (bahasa Italia) yaitu Mal (buruk), Aria (udara) atau cuaca buruk karena sering terdapat pada daerah-daerah udara rawa yang mengeluarkan bau busuk. (Arlan, 2004)

Malaria merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia. (Sri Purwaningsi, 2005)

b. Malaria Berat

Malaria berat adalah penyakit malaria akibat infeksi plasmodium *palciparum* yang disertai dengan gangguan multi sistem, penyakit ini mempunyai gambaran klinis yang luas sesuai dengan pola organ yang terinfeksi, WHO (Badan Kesehatan Dunia) menetapkan kriteria malaria berat yaitu, adanya satu atau lebih komplikasi sebagai berikut, Hyper Parasitemia, Malaria Serebral, Anemia Berat < 5 gram %, icterus, gangguan asam basah dan elektrolit, gagal ginjal dan komplikasi infeksi dan bakteri lainnya seperti, oedema paru, Hypoglikemia, kolap sirkulasi, pendarahan dan gangguan koagulasi hemoglobunaria, mual, muntah, nyeri hulu hati dan nyeri kepala yang hebat dan komplikasi yang terberat adalah malaria serebral.

c. Malaria Serebral

Malaria serebral adalah malaria jenis plasmodium *palciparum* yang menyerang pada selaput atau cairan putih otak yang disertai dengan kejang dan koma, riwayat gejala yang mendahului sangat singkat, biasanya 1-2 hari.. malaria Serebral kurang lebih 10 % meninggalkan gejala sisa neurologik yang menetap berupa Hemiparesis Ataksia Serebral, kebutaan koartikal, Hypotonia berat, Retardasi mental, kekakuan yang menyeluruh atau akasia. (Harjanto, 2000)

B) ETIOLOGI

Penyakit malaria umumnya disebabkan oleh protozoa dari genus plasmodium dan terdiri dari 4 spesies, yaitu *P. Palciparum*, *P. Vivax*, *P. Malariae*, dan *P. Ovale*. *P. Palciparum* merupakan penyakit infeksi malaria terberat, bahkan sering menimbulkan kematian. Keempat spesies Plasmodium ini terdapat di Indonesia, *P. Palciparum* menyebabkan Malaria Tropika (Welch 1897), *P. Vivax* menyebabkan Malaria Tersiana (Grosi dan Pelati 1890), *P. Ovale* menyebabkan Malaria Ovale (Stephens 1922), *P. Malariae* menyebabkan Malaria Quartana (Leveran 1888). Bila seorang dapat terinfeksi lebih dari satu spesies Plasmodium dikenal dengan Mixed Infection (M. Mix) paling sering adalah gabungan dua jenis (Harjanto, 2000). Etiologi malaria berat tidak dijelaskan secara rinci dari berbagai buku tentang malaria. Malaria berat merupakan akibat komplikasi langsung yang terberat dari malaria yang tidak diobati secara tepat dan efektif sehingga berlanjut pada infeksi malaria berat dengan komplikasi (Ric Price, 2006).

C) CARA PENULARAN

Malaria dapat ditularkan melalui dua cara yaitu cara alamiah dan cara bukan alamiah.

1. Penularan secara alamiah (Natural Infection) melalui gigitan nyamuk betina *Anopheles*.
2. Penularan bukan alamiah, dapat dibagi menurut cara penularannya, yaitu :
 - a. Malaria bawaan (Kongenital Malaria) bila ada kelainan pada plasenta, malaria ditularkan melalui plasenta ke janin sehingga bayi lahir dengan malaria.
 - b. Penalaran secara mekanik terjadi melalui transfusi darah, jarum suntik yang tidak steril sehingga siglus eritrosit tidak melewati sporozoit sehingga diobati dengan mudah karena tidak melewati stadium hati.

- c. Penalaran secara oral, pernah dibuktikan pada hewan, pada ayam (*Plasmodium Galinasum*), pada monyet (*Plasmodium Knowlesi*). (Tjitra, 2005)

D) SIKLUS HIDUP PLASMODIUM

Parasit malaria memerlukan 2 host pes untuk siklus hidupnya, yaitu manusia dan nyamuk *Anopheles* betina, yaitu :

- a. Siklus pada manusia (Siklus Asexual / Skizogoni)

Sporozoit yang ada dikelenjar liur nyamuk *Anopheles* betina, melalui gigitan masuk ke dalam aliran darah perifer manusia selama $\pm \frac{1}{2}$ jam kemudian Sporozoit tersebut masuk ke dalam sel hati dan berkembang menjadi Trophozoit, setelah itu Trophozoit dalam sel hati berkembang menjadi Skizone yang terdiri dari 10.000 – 30.000 Merozoit tergantung spesiesnya. Proses ini disebut proses Skizogoni dan berlangsung selama 6 – 16 hari. *P. Vivax* dan *P. Ovale* tidak sama dengan *P. Palciparum* yaitu sebagian Trophozoit tidak langsung menjadi Skizogoni tetapi sebagian menjadi bentuk Darmon dan tinggal bertahun-tahun dalam sel hati.

- b. Siklus pada nyamuk *Anopheles* betina

Apabila nyamuk *Anopheles* betina menghisap darah manusia yang mengandung Gametosis, gamet jantan dan gamet betina, melakukan pembuahan menjadi sebuah Zigot kemudian menjadi Ookinet dan menembus dinding lambung nyamuk. Ookinet menjadi Ookista selanjutnya berkembang menjadi Sporozoit dan bersifat Infeksius serta siap ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk, (Emilia, 2001). Siklus hidup semua spesies malaria adalah sama yaitu mengalami stadium-stadium berpindah dari nyamuk ke manusia dan dari manusia ke nyamuk, namun masih belum jelas bagaimana cara Sporozoit beradaptasi dari darah manusia yang panas ke dalam darah nyamuk yang dingin, (Harjanto, 2000).

E) KLASIFIKASI DAN MASA INKUBASI

Pada umumnya ada spesies Plasmodium malaria yang menyerang manusia dan memiliki masa inkubasi yang berbeda.

Tabel I. masa inkubasi malaria

Plasmodium	Masa inkubasi (hari)
Plasmodium Palciparum	9 – 14 (12) hari
Plasmodium Vivax	12 – 17 (15) hari
Plasmodium Ovale	16 – 18 (17) hari
Plasmodium Malariae	18 – 40 (28) hari

Masa inkubasi penyakit ini bervariasi tergantung dari spesies Plasmodium. Dari empat spesies yang dilaporkan, spesies yang berbahaya dan keadaan yang cepat memburuk dalam inkubasinya adalah P Palciparum, jika ditemukan Skizone dalam darah perifer itu pertanda bahwa adanya malaria berat dengan segala komplikasi, (Purwaningsih, 2005).

F) GAMBARAN KLINIS

Gambaran klinis malaria meliputi, keluhan dan tanda klinis yang khas merupakan petunjuk yang penting dalam mendiagnosa malaria secara cepat dan tepat. Gejala klinis dipengaruhi oleh jenis Plasmodium, strain Plasmodium, imunitas tubuh dan jumlah parasit yang terinfeksi (Harijanto, 2000). Gejala klinis dari infeksi malaria adalah “ Trias Klasik Malaria”. Malaria proxims, yaitu : periode dingin, panas, dan periode berkeringat.

Mulai dari menggigil, kulit dingin serta kering dan badan bergetar, periode ini berlangsung selama 15 menit – 1 jam diikuti dengan meningkatnya temperatur mencapai 40°C atau lebih, respirasi meningkat, nadi cepat, nyeri kepala hebat, muntah-mual dan kadang terjadi syock periode berlangsung ± 2 jam dan periode akhir adalah berkeringat seluruh tubuh dan penderita rasa

kelelahan, sehingga tertidur dan bila bangun merasa sehat kembali periode ini berlangsung selama 6 – 10 jam (Harijanto, dkk 2001).

G) DIAGNOSIS

Diagnosis malaria sebagaimana penyakit umum lainnya didasarkan pada anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Kepastian diagnosis malaria pasti ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium mikroskop atau uji Imunokromatografi Reaksi Antigen Antibody untuk tes diagnostik cepat.

1. Anamnesis

Keterangan dan keluhan yang perlu diketahui dan dicatat adalah :

- a. Algoritma malaria klinis yaitu demam, pucat, menggigil, splenomegali dapat atau tanpa disertai gejala klinis
- b. Riwayat minum obat malaria dalam satu bulan terakhir
- c. Riwayat berkunjung dan bermalam dalam tiga bulan terakhir
- d. Riwayat bertempat tinggal pada daerah endemis malaria
- e. Riwayat mendapat tranfusi darah

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang penting diperhatikan adalah

- a. Demam $\geq 37,5$ °C suhu axial. (pada malaria berat kadang tidak disertai gejala ini)
- b. Pucat pada conjungtiva atau telapak tangan
- c. Mata dan tubuh kuning (ikterik)
- d. Hepatomegali (teraba pembesaran hati)
- e. Splenomegali (Pembesaran Limpa)
- f. Pemeriksaan kehamilan pada wanita usia subur (WUS).

Keadaan lain yang perlu diperhatikan adalah adanya tanda-tanda malaria berat dengan komplikasinya. WHO mengelompokkan malaria berat sebagai berikut :

1. Malaria, spesies *P. Palciparum*
2. Malaria Serebral
3. Anemia berat ($Hb < 5$ gram %)
4. Gagal ginjal akut (produksi urine < 400 ml / 24 jam)
5. Oedema Paru
6. Gagal sirkulasi, syock hypotensi (tekanan systole < 50 mm Hg dan diastole < 70 mm Hg)
7. Epitaksis (pendarahan dari hidung, gusi, dan tenggorokan)
8. Kejang > 2 x dalam 24 jam setelah temperatur tubuh turun
9. Asedemia yang didefinisikan dengan $PH < 7,35$
10. Hemoglobin uria yang dihubungkan dengan infeksi malaria akut
11. Diagnosis post mortem dengan ditemukannya Trophozoit dan Skizoni *P. Palciparum* pada jaringan otak.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan mikroskopik masih merupakan hal yang terpenting pada penyakit malaria, dengan cepat dan tepat mengidentifikasi jenis plasmodium sekaligus juga menghitung jumlah parasit sehingga derajat parasitemia dapat diketahui (Harijanto, dkk 2001).

Pemeriksaan fisik mencakup bagian, yaitu :

a. Semi kuantitatif

- (-) = negatif, tidak ditemukan parasit dalam 100 lapangan pandang
- (+) = positif 1 (ditemukan 1-10 parasit dalam 100 LPB)
- (++) = positif 2 (ditemukan 11-100 parasit dalam 100 LPB)
- (+++)= positif 3 (ditemukan 1-10 parasit dalam 1 LPB)
- (++++)= positif 4 (ditemukan > 10 parasit dalam 1 LPB)

b. Kuantitatif

Jumlah parasit dihitung per mikro liter darah pada persediaan darah tipis (Eritrosit).

Cara menghitung

=> per leukosit : jumlah parasit (n), jumlah leukosit darah / uL (4), jumlah leukosit untuk menghitung parasit pada persediaan darah (B) (biasanya per 200), maka hitung parasit $\frac{n}{b} \times 4 = \text{parasit ul}$

c. Pemeriksaan dengan tes diagnostik cepat dipstik (Rafid DiagnostikTest (RDT))

RDT menggunakan teknik Imunokromatografi yang dikembangkan berdasarkan reaksi antigen-antibody. RDT dikemas dalam bentuk dipstik atau kaset antigen yang akan dideteksi adalah Histidin Rich Protein II (Hrp II) yaitu protein yang disekresikan oleh eritrosit yang terinfeksi.

Tes ini sangat bermanfaat pada daerah yang tidak terjangkau oleh fasilitas kesehatan, seperti pada kejadian luar biasa (KLB) atau pada keadaan yang membutuhkan pengobatan segera. (Siswantoro 2005).

Untuk penderita malaria tersangka berat perlu memperhatikan hal-hal, sebagai berikut :

=> bila pemeriksaan darah pertama negatif, perlu diperiksa ulang setiap 6-8 jam sampai berturut-turut selama 3 hari. Bila dalam 3 hari tersebut tidak dapat ditemukan maka curiga diagnosis malaria disingkirkan. (Cook, dkk, 2003)

d. Pemeriksaan Hematologi

Kadar hemoglobin menunjukkan adanya anemia dari derajat ringan sampai dengan berat ($< 10 \text{ gr \%}$ - $< 6 \text{ gr \%}$) pada malaria kronis jumlah leukosit normal, laju endapan darah (LED) meningkat, dan jumlah trombosit biasanya normal, sedangkan sediaan darah (SD) tebal

dan tipis digunakan untuk menentukan nilai ambang leukosit dan eritrosit seta jumlah parasit.

(Fille : /// 4 : 146-07 malaria pada kehamilan htni 2006).

H) DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding infeksi malaria berat, yaitu :

- a. Radang Otak (Meningitis atau Ensefalitis)
Demam dengan nyeri kepala yang hebat, kesadaran menurun, kaku kuduk, kejang dan gejala neurologik lainnya, diagnosis ditegakkan dengan punksi lumbal untuk membedakan malaria.
- b. Glomerulo Nephritis
- c. Hemolisis Intravascular yang massif
- d. Hypoglycemia karena infeksi lain (Diabetes Melitus)
- e. Keluhan yang perlu diwaspadai adalah kejang-kejang
- f. Hypotensi karena gangguan sirkulasi seperti penyakit jantung

I) PROGNOSIS

Dari uraian tersebut diatas sudah jelas bahwa prognosis pada persalinan dengan malaria berat bagi ibu dan hasil konsepsinya kemungkinan 40 % kehamilan dengan malaria dapat berakhir sebelum waktunya dan dalam persalinan dengan infeksi malaria berat mempunyai prognosis yang sangat buruk, menyebabkan kematian akibat kejang dan perdarahan Post Partum, bahkan hasil konsepsinya bisa meninggal dalam kandungan akibat, Pirexia dan Infasi parasit malaria dalam Placenta sehingga Oxygenisasi dan Nutrisi Trans Utero Placenta terganggu dan sehingga dengan terjadi gawat janin Intra Uterin bahkan bisa terjadi kematian janin (Wiknjastro, 2005).

J) PENGOBATAN

Saat ini Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pengobatan malaria dengan obat kombinasi Derivatif Artemisinin (Artemisinin Combination Therapy (ACT)), karena aman dan efektif, kerjanya sangat cepat, spectrum luas dan belum dilaporkan adanya resistensi di Kabupaten Mimika sudah tidak menggunakan obat anti malaria standar, seperti : Chlorogwine, Sulfadoxine-primetamin, dan Kina sudah tidak efektif lagi. Dan pengobatan di Timika dilakukan secara radikal terhadap semua jenis Plasmodium Malaria, pengobatan dengan Derivatif Artemisinin diberikan setelah pemeriksaan laboratorium.

1. Pengobatan malaria tanpa komplikasi

Pengobatan standar dengan kombinasi Dehidroartemisinin (DHA) dan Piperaquine (PPQ) dan Primaquine (PQ) dosis sesuai spesies malaria, sebagai berikut :

Malaria P. Palciparum => (DHA + PPQ) 1 X /hari selama 3 hari PQ 1 X

Malaria P. Vivax + P. Ovale => (DHA + PPQ) 1 X/hari selama 3 hari dan
PQ 1 X/hari selama 14 hari

Malaria P. Malariae => (DHA + PPQ) 1 X/hari selama 3 hari

DHA dan PPQ bersifat Skinzontosida darah dan Gametositosida dari semua jenis malaria kecuali gamet tua dari P. Palciparum DHA dan PPQ diberikan 3 hari dengan dosis tunggal harian, berdasarkan DHA 2-4 mg/kg BB/dosis atau dosis PPQ 16-32 mg/kg BB/dosis. PPQ (Duo-Cortecxin)mengandung 40 mg DHA dan 320 mg PPQ. (SEAQUAMAT in Timika, 2005).

2. Pengobatan untuk kasus gagal pengobatan

Pengobatan (DHA + PPQ) kambuh dalam 1 minggu setelah pemberian DHA + PPQ pada hari ≤ 7 hari diberikan kombinasi Artesunat (Ats) dan Amodiaquin (Amq) dengan dosis sesuai dengan jenis malaria :

Malaria P. Palciparum : (ATS + AMQ) 1 X/hari selama 3 hari dan PQ 1 X/hari selam 7 hari

Malaria P. Vivax + P. Ovale : (ATS + AMQ) 1 X/hari selama 3 hari dan PQ 1 X/hari selama 14 hari

Malaria P. Malariae : (ATS +AMQ) 1 X/hari selama 3 hari

ATS merupakan salah satu Dervat artemisinin seperti DHA yang kerja cepat dalam membunuh parasit, ATS dan AMQ plus PQ mempunyai kemampuan membunuh parasit secara radikal semua jenis parasit stadium sexual dan stadium asexual.

3. Pengobatan pada ibu hamil

Pengobatan untuk kasus spesifik, untuk ibu hamil trimester pertama. Pada kasus malaria diberikan pengobatan dengan kombinasi Quinsul (Qn) + Clindamicyn (Cl). WHO tidak merekomendasikannya secara khusus dan perjenis.

Malaria P. Palciparum, P. Vivax, P. Ovale, P. Malariae (Qn 3 X/hari) + (Cl 4 X/hari) selama 7 hari.

Quinsul (Qn) diberikan dengan dosis standar yaitu 10 mg/kg BB/ dosis 3 X/hari dan Clindamycin (Cl) 250 mg/dosis selama 7 hari, merupakan anti biotik yang juga merupakan anti malaria dan digunakan untuk pengobatan kombinasi malaria khusus pada kehamilan. (Siswantoro, 2005)

4. Pengobatan pada malaria berat

a. Pengobatan umum

Pada semua kasus malaria berat dengan komplikasi kecuali pada malaria berat dengan kehamilan trimester pertama. Obat anti malaria yang terpilih adalah (ATS) Artesunat Parentral/ Intravena atau Intramuscular Formula serbuk yang dikemas dalam vial, satu paket terdiri dari satu vial 60 mg, Asam Artesunat satu ampul, satu ml NaHCO₃ dan satu vial 5 ml larutan Dextrose 5 % pada hari pertama dan dosis berikutnya dosis extra yaitu 2,4 mg/kg BB yang dilarutkan dengan 1 ml NaHCO₃ dan diencerkan dengan 5 ml lautan Dextrose 5 % secara bolus Intravena perlahan-lahan atau Intramuscular, pemberian

ATS Intramuscular maupun Intravena dapat diulang dengan dosis yang sama 12 jam kemudian dan selanjutnya diberikan 2,4 mg/kg BB/24 jam sampai penderita bisa minum obat, dilanjutkan seperti pengobatan pada malaria tanpa komplikasi yaitu (DHA + PPQ) 3 + PQ 7 untuk P. *Palciparum* dan (DHA + PPQ) 3 + PQ 14 h- untuk P. *Vivax*. PQ tidak diberikan pada bayi dan ibu hamil, jika ATS tidak tersedia di RS atau Puskesmas Atau Klinik anda, penderita malaria berat dengan komplikasi dapat diberikan Artimeter (ATM) Intramuscular, obat ini WHO rekomendasikan dalam keadaan gawat darurat yang memerlukan tindakan segera misalnya KLB (Kejadian Luar Biasa)

ATM dikemas dalam ampul 40 mg artmeter dengan larutan minyak, dosis 3,2 mg/kg BB (tiap 12 jam) pada hari pertama, selanjutnya diberikan dengan dosis 1,6 mg/kg BB per hari sampai penderita dapat minum obat, dilanjutkan dengan pengobatan seperti malaria tanpa komplikasi (Siswantoro. H, 2005).

b. Pengobatan kasus spesifik

Malaria berat pada kehamilan trimester, maka pengobatan dapat diberikan Kina Dihidroklorida Parentral (infus atau Intramuscular). QNHCL merupakan larutan garam yang dikemas dalam ampul berisi 500 mg Kina. QN diberikan dengan dosis 20 mg gram/kg BB dilarutkan dalam 500 ml cairan infus dextrose 5 % atau NaCl 0,9 % yang diberikan dalam 4 jam dan 4 jam berikutnya diberikan cairan infus NaCl 0,9 % atau Dextrose 5 % kosong, selanjutnya diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB dalam 500 cairan Dextrose 5 % atau NaCl 0,9 % selama 4 jam setiap 8 jam dapat diulang sampai penderita sadar, apabila dapat minum obat dapat dilanjutkan pada pengobatan pada malaria tanpa komplikasi pada ibu hamil. (Siswantoro, 2005).

c. Tindakan

1). Perbaikan keadaan umum penderita.

Pemberian cairan faktor yang sangat penting dalam penanganan malaria berat, tapi bila berlebihan akan menyebabkan Oedema Paru, dan bila kekurangan akan menyebabkan Nekrosis Tubular akut dan berlanjut pada gagal ginjal.

2). Monitoring tanda-tanda vital

Keadaan umum, Kesadaran, Pernapasan, Tekanan Darah, Suhu Badan, Nadi setiap 30 menit (harus selalu di catat untuk mengetahui perkembangan), Kontraksi Uterus, Bunyi Jantung Janin (BJJ) harus dipantau untuk mengetahui tanda-tanda kegawatan yang terjadi pada ibu dan janin.

3). Jaga Respirasi bila perlu pasang oxygen

4). Pemberian Antipiretik 10 mg/kg BB, jika demam.

Anti Convulsi (Diazepam 5-10 mg IV), bila kejang.

Berikan obat anti malaria yang daya bunuh parasit yang cukup aman untuk ibu hamil dan janin dalam kandungan, yaitu obat anti malaria yang direkomendasikan WHO Kina HCl 25 % 1 ampul dalam 500 mg/2 ml, aman digunakan pada trimester I kehamilan dan tidak menyebabkan kontraksi dan tidak menyebabkan Abortus. (Purwaningsi, 2005).

K) PENCEGAHAN

Di Indonesia usaha pembasmian dan pencegahan penyakit malaria belum mencapai hasil yang optimal karena beberapa sebab, diantaranya tempat perindukan nyamuk yang tersebar luas, jumlah penderita yang sangat banyak, serta keterbatasan sumber daya manusia yang kurang. Berikut ini beberapa cara yang di lakukan, antara lain :

1. Menghindari gigitan nyamuk.
2. Membunuh jentik dan nyamuk dewasa dengan anti Insektisida (larva dengan obate, nyamuk dewasa dengan pengasapan dalam 1 tahun 2 kali) serta Biological Control yaitu kegiatan penebaran ikan kepala timah (Panchax-Panchax)
3. Menghindari tempat perindukan nyamuk.
4. Memakai kelambu pada tempat tidur
5. Pembeian profilaksis Dapaprin setiap hari 1 tablet selama 6 minggu.
6. Sebaiknya setiap wanita hamil didaerah endemitas diberikan Anti Malaria sebagai Propilaksis, Kloroquin atau obat yang lainnya (tidak diberikan tablet Kina karena menyebabkan abortus).
7. Pencegahan Malaria pada bayi perlu pula dilakukan karena kekebalan hanya berlangsung selama 3 bulan, maka diberikan obat anti malaria dalam bentuk sirup (Abloclor) selama 6 bulan. (Arlan, 2005)

Selain obat-obat kimia yang diminum untuk pencegahan ada beberapa obat-obatan tradisional yang dapat digunakan untuk mencegah dan mengobati P. Malaria, yaitu Daun Sambiloto (*Andrographis Paniculata*), Daun Kendal (*Ordia Oblique*), Buah Makassar (*Brucea Javanica*), Daun Sembung (*Blumea Balsamifera* L). ([http : // www dunia-ibu orang/html/malaria](http://www.dunia-ibu.orang/html/malaria) 2006).

Dan untuk mencegah terjadinya penyakit infeksi malaria berat adalah dengan adanya kesadaran dari pasien berobat ke Puskesmas dengan cepat dan menyadari dan menjaga kesehatannya sendiri.

L) PENGARUH MALARIA PADA PERSALINAN

Malaria dapat merubah jalannya kehamilan dengan memperburuk keadaan ibu dan berakhirnya kehamilan, dengan demikian malaria dapat menjadi sebab kematian ibu dan lebih pada kematian perinata!. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa malaria dapat menyebabkan :

1. Abortus dalam triwulan I karena pirexia dan triwulan II karena anemia berat.
2. Kematian janin Intrauterine karena Pirexia, anemia, penghimpunan parasit
3. Partus prematur karena pirexia atau akibat kematian janin.
4. Dismaturitas karena insufisiensi plasenta akibat penghimpunan parasit.
5. Kematian neonatal akibat asfiksia intrapartum akibat penghimpunan parasit dalam placenta atau anemia, karena prematuritas jarang karena malaria Kongenital.

Karena serangan malaria tiba – tiba dapat mengakibatkan partus berlangsung, maka di daerah endemik penyakit malaria sering dikenal dalam persalinan. Serangan ringan atau hanya sedikit mempengaruhi jalannya partus. Akan tetapi pada infeksi malaria yang berat mungkin diperlukan pengobatan segera dengan pengobatan parental, dan keadaan ibu merupakan indikasi untuk mengakhiri persalinan dengan cunam atau dengan vacum ekstraksi. Perhatian khusus harus ditujukan kepada kemungkinan kegawatan janin Intra Uterin dan perdarahan post partum, yang sangat buruk akibatnya bagi janin dan para ibu yang sakit malaria berat dalam persalinan. Ibu yang anemia berat pada permulaan partus dapat menderita dekompensasi kordis segera setelah kelahiran janin, akibat bertambahnya darah yang tiba – tiba karena aliran darah di daerah panggul tidak lagi melalui plasenta (Wiknjosastro, dkk 2005).

C. MANAJEMEN KEBIDANAN

A) Pengertian

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

B) Tujuan

Sebagai alur bagi seorang bidan yang memberikan arah atau kerangka kerja dalam menangani kasus menjadi tanggung jawabnya.

C) Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut American College of Nurse Midwife (ANCM) 1999.

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data lengkap dan relevan, dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- c. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- d. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- e. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- f. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- g. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- h. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

D) Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan, di mana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses manajemen kebidanan dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka

lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi dan kondisi apapun. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dan pengumpulan semua data yang diperlukan, informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

Langkah II : Interpretasi Data

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, sehingga dapat diketahui apa yang menjadi kebutuhan klien. Kata diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan menyeluruh terhadap klien. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana klien itu mengalami kenyataan akan diagnosanya.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi, pada langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa masalah mengidentifikasi situasi emergensi di mana diperlukan tindakan segera demi keselamatan klien, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu dokter atau dengan kata lain memerlukan manajemen konsultasi atau kolaborasi.

Langkah V : Merencanakan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif, karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah rasional dan benar – benar valid berdasarkan pengetahuan teori.

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh secara efisien dan aman. Perencanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, bidan atau tim kesehatan lainnya. Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu pengambilan hasil implementasi asuhan yang telah dilaksanakan untuk menilai keberhasilannya dan untuk mengetahui faktor -faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan asuhan berdasarkan analisa.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI

A. LOKASI PENGAMBILAN KASUS

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah nomor : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dengan surat keputusan nomor : 78 Tahun 1998 pada tanggal 01-05-1998 dan selanjutnya diundangkan dengan lembaran daerah Propinsi Dati I Irian Jaya No. : 162 Tanggal 13 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka disusul terpenuhinya persyaratan Rumah Sakit maka disusul untuk pengisian jabatan Struktural dan jabatan Fungsional lainnya. Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang komersial RSUD Abepura memiliki 163 kapasitas tempat tidur dengan beberapa Ruang inap yakni Bangsal Pria, Bangsal Wanita, Bangsal Anak, Bangsal Bedah, Bangsal Kebidanan, Bangsal Perinatologi, Ruang ICU, Ruang VIP.

Terciptanya kriteria sebagai Rumah Sakit type C dapat dilihat dari beberapa persyaratan Administrasi, Sarana penunjang lainnya dan juga jumlah tenaga termasuk tenaga dokter spesialis yang telah memenuhi syarat.

2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1) Struktur Organisasi

- a. Direktur
- b. Seksi Keperawatan
- c. Seleksi Pelayanan
- d. Sub Bagian
- e. Sub Seksi
- f. Urusan
- g. Instansi Kebidanan
- h. Komite Medis dan Staf Medis Fungsional

2) Ketenagaan

- | | |
|--|-------------|
| a. Jumlah Dokter specyalis | : 16 orang |
| b. Jumlah Dokter umum | : 11 orang |
| c. Jumlah Dokter Gigi | : 4 orang |
| d. Jumlah Perawat | : 104 orang |
| e. Jumlah Bidan | : 17 orang |
| f. Jumlah Petugas Gizi | : 31 orang |
| g. Jumlah Petugas Kesehatan Lingkungan | : 6 orang |

3. Wewenang dan Tanggung Jawab

a. Tugas Pokok

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

b. Fungsi

1. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
2. Menyelenggarakan pelayanan medis
3. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
5. Meyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
6. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
7. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

4. Gambaran Umum Ruangan Bersalin

Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada Ibu bersalin, Nifas baik Patologi maupun Ginekologi Obstetri.

a. Wewenang dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan Bersalin

1. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
2. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di Ruang Bersalin

3. Mengembangkan kemampuan Pegawai Ruang Bersalin.
 4. Membuat program kerja Tahunan
 5. Kepala Ruang Bersalin bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit
- b. Instansi di bagi ke dalam dua bagian yaitu Kamar Bersalin (UK), Nifas, Ruang Pre Operasi dan Post Operasi dan masing-masing ada penanggung jawabnya.
- c. Ruang Bersalin memiliki 5 kamar rawat nginap yang, terdiri dari :
- Kamar kelas I dua buah dengan empat tempat tidur
 - Kamar kelas II satu buah dengan empat tempat tidur
 - Kamar kelas III dengan 13 tempat tidur
- d. Tenaga
- Tenaga Dokter
- Dokter Spesialis Kebidanan (SPoG) : 2 orang
 - Dokter Umum : 1 orang
- Tenaga Bidan
- Tenaga Bidan keseluruhan 17 orang, terdiri dari :
- D III Kebidanan : 8 orang
 - D III Keperawatan : 1 orang
 - Bidan A/C : 9 orang
 - Perawat : 2 orang
- e. Tugas dan Tanggung Jawab
- Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing ruangan (UK, Nifas, Pre dan Post Operasi), adalah :
1. Ruang UK / Bersalin
- Tugas dan Tanggung Jawab
- Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang Fisiologi dan Patologi, Manganamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda Vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan

kasus-kasus Gynekologi serta Partus Gynekologi serta kasus Partus Patologi ke Dokter Spesialis penanggung jawab UK, petugas bertanggung jawab menolong pasien yang akan Bersalin Normal sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN), membantu Dokter dalam melakukan tindakan Persalinan Abnormal/Patologik dalam ruangan UK.

2. Fasilitas pelayanan di Ruang Bersalin Abepura, terdiri dari :
 - a. 1 buah Sterilisator
 - b. 4 buah Partus set
 - c. 4 buah Curetage set
 - d. 1 buah vacuum set
 - e. 1 buah Forcep set
 - f. 4 buah Troli
 - g. 5 buah Tempat Tidur Gynekologi
 - h. Lemari obat dan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan
 - i. 2 buah Tromol Steril besar berisikan kapas dan Gauza Steril
 - j. 2 buah Tromol sedang Berisikan Handscooen Steril
 - k. Ember dengan lap, ember Clorin bascom guna merendam alat yang terkontaminasi, ember sedang 3 buah, besar 2 buah, Bascomp sedang 3 buah, Pot 2 buah.
 - l. Explorasi set 2 buah, Hecting set 4 buah.
 - m. Cateter metal 3 buah, Cateter Nelaton 6 buah.
 - n. Alat TTV (Tensi meter, Hb meter Thermometer, Steteskope, Steteskope Laenek) masing-masing 1 buah.
 - o. Dopler 1 buah

Alat-alat maupun obat-obatan digunakan sesuai dengan kebutuhan ruang bersalin. Namun, sesuai pemantauan yang dilakukan, fasilitas yang disediakan sangat kurang dan perlu ada penambahan.

B. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU IN PARTU DENGAN MALARIA BERAT.

Tanggal Pengkajian : 24- 04- 2007
 Hari / Jam : Senin / Jam 08.45 WIP
 Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura
 Diagnosa Medis : INPARTU dengan malaria berat

LANGKAH I PENGUMPULAN DATA DASAR

I. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama ibu	: Ny. S.
Umur	: 24 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP (tamat)
Suku / Bangsa	: Bugis / Indonesia
Nikah ke	: I
Lama Nikah	: 6 Tahun
Alamat	: Arso VI
Pekerjaan	: IRT
Nama Suami	: Tn. M.
Umur	: 30 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP (tamat)
Suku / Bangsa	: Endrekan/ Indonesia
Nikah ke	: I
Alamat	: Arso VI
Pekerjaan	: Sopir taxi, kadang-kadang cari kayu gaharu.

2. Data Biologis / Fisiologis

a. Keluhan Utama

Ibu masuk ke Ruang Bersalin dengan keluhan sakit pada Sympisis menjalar ke tulang belakang, badan terasa demam, mual, muntah, pusing, nyeri ulu hati.

b. Riwayat Keluhan Utama

Menurut surat rujukan dari Dokter jaga. PUSKESMAS Arso III bahwa Ibu mengatakan 2 hari yang lalu merasa demam dan menggigil, muntah dan pusing di rumah. Tanggal 21-April-2007 dan demam, mual, muntah, nyeri kepala di sertai nyeri uluh hati. Sakit pada perut bagian bawah sampai ke tulang belakang, hasil PD pembukaan 4 – 5 cm dirawat 1 hari di Puskesmas Arso tidak ada perubahan dan di rujuk ke RSUD Abepura, hasil LAB, PV ++. (Tanggal 22 – 04 - 2007)

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Gravida, Partus, Abortus	: GIII PI AI
HPHT	: 9-08-2006
TP	: 6-5-2007
ANC	: 4 kali, di Puskesmas Arso III
Imunisasi (TT)	: 2 kali
Pergerakan janin dirasakan ibu	: Ya
Cukup bulan menurut ibu	: belum cukup
Obat yang diminum selama hamil	: Sf, Kall dan obat malaria

d. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Umur kehamilan	Jenis	Penolong	BB	Keadaan ibu dan bayi	Lama ASI	Usia
		Persalinan	Persalinan	Bayi			anak
1	4 bulan	Abortus	Dukun	-	-		
2	2004 Tahun 2005 Cukup bulan	Spotan	Dukun	-	Bayi umur 3 bulan + Karena panas, 3 hari kejang, 1 hari terlambat pertolongan	3 bulan	3 bulan (+) panas, 3 hari terlambat pertolongan + di Puskesmas
3	Hamil ini						

e. Riwayat Keluarga Berencana

: Tidak pernah

f. Riwayat Reproduksi

Menarche

: 13 tahun

Siklus Haid

: 26-30 hari (tidak teratur)

Durasi Haid

: 4 hari

Banyaknya

: 3 kali ganti Softex/hari

Bau / warna

: amis / merah tua

Gangguan Haid

: Nyeri perut menjelang haid

g. Riwayat kesehatan lalu

Penyakit waktu anak-anak

: Ispa, Malaria, dan Diare

Riwayat Operasi

: tidak pernah

Riwayat Operasi

: tidak pernah

Penyakit serius saat ini

: malaria Tropika berat
(Pf +++) + (VG++)

h. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit Menular	: Tidak ada
Penyakit Menahun	: Tidak ada
Penyakit Keturunan	: Tidak ada
Riwayat dalam keluarga yang meninggal	: anak ke 2 dengan kemungkinan malaria, dengan kejang.

Riwayat persalinan kembar

Pihak suami	: tidak ada
Pihak istri	: tidak ada

i. Keadaan psikologik

1. Klien :

Ibu merasa cemas dengan keadaan sakitnya serta pengaruh kehamilan dan janin yang sedang dikandungnya.

2. Suami :

Turut mengkhawatirkan keadaan istrinya, sebab sudah ditangani oleh tim kesehatan di Puskesmas Arso III tapi tidak ada perubahan yang berarti dan berharap bayinya dan ibunya selamat, serta suami kuatir akan kejadian/riwayat persalinan yang lalu terulang.

3. Keluarga :

Berharap supaya semuanya aman dan selamat walaupun ada kekhawatiran tapi serahkan pada Tuhan saja.

j. Latar Belakang Sosial Budaya

Parturien dan suami sama-sama berasal dari satu suku (Makassar) tidak ada sesuatu yang istimewa dalam perbedaan-perbedaan diantara mereka, mereka memegang teguh adat istiadat, budaya mereka,

kehidupan mereka tetap membaur dengan warga lain (Jawa) disekitarnya.

k. Dukungan Keluarga

Perhatian dan dukungan lebih banyak dari pihak suami, karena keluarga dekat parturien berada di Makassar. Namun melalui telepon genggam banyak dukungan moril dari pihak parturien dan mendoakannya agar ibu dan janin dalam kandungannya selamat.

l. Keadaan Sosial Ekonomi

Untuk sementara kebutuhan hidup mereka dapat tercukupi dari penghasilan suaminya

m. Masalah-Masalah Selama Kehamilan

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual muntah	Ada	Ada	Ada
2	Nyeri hulu hati	Ada	Ada	Ada
3	Perut kembung	Ada	Tidak ada	Tidak ada
4	Sakit perut	Ada	Tidak ada	Tidak ada
5	Pusing-pusing	Ada	Tidak ada	Ada
6	Mudah lelah	Ada	Tidak ada	Ada
7	Sakit kepala	Ada	Tidak ada	Ada
8	Gangguan pernapasan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
9	Nyeri pinggang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
10	Obstipasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
11	Kram otot	Tidak ada	Ada	Tidak ada
12	Sakit gigi/caries	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13	Ngilu-ngilu	Ada	Ada	Ada
14	Hemoroid	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
15	Leukolera	Tidak ada	Tidak ada	Ada
16	Poli uri	Ada	Ada	Tidak ada

n. Riwayat Aktivitas Sehari-hari

No	Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Pola nutrisi			
	pola makan	Nasi, lauk pauk,	Nasi, Sayur, Lauk Pauk	Nasi, Sayur, Lauk Pauk
	frekwensi makan	sayur, 3 x sehari	3 x sehari	3 x sehari
	nafsu makan	Kurang	Baik	Baik
	makanan kesukaan	Buah dan sayur		
	jumlah minuman/hari	6 gelas/hari	6-7 gelas	5-7 gelas
2.	kebiasaan yang mempengaruhi kehamilan			
	merokok	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	obat penenang	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	minuman beralkohol	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	jamu dan obat-obat tradisional	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
3.	eliminasi BAB			
	frekwensi	2 X sehari	2 X sehari	2 X sehari
	bau/warna	Busuk/kekuningan	Busuk/kekuningan	Busuk/kekuningan
	konsistensi	an		
	BAK	Lembek	Lembek	Agak keras
	frekwensi	6 X/hari	5-7 X/hari	6-8 X/hari
	bau/warna	Amoniak/Teh	Amoniak/Teh	Amoniak/Teh
4.	Pola tidur dan istirahat			
	Tidur siang	2-3 jam	2-3 jam	1-2 jam
	Tidur malam	6-7 jam	7 jam	8 jam
5.	Olah raga dan rekreasi	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	Nonton TV	Ya	Ya	Ya

6.	Dengar radio	Ya	Tidak	Tidak
	Rekreasi	Tidak	Tidak	Tidak
	Olahraga	Tidak	Tidak	Tidak
	Kebersihan diri			
	Frekwensi mandi	1-2 X/hari	1-2 X/hari	1-2 X/hari
	Pakai sabun mandi	Ya	Ya	Ya
	Dikeringkan dengan handuk	Ya	Ya	Ya
	Frekwensi sikat gigi	1-2 X/hari	1-2 X/hari	1-2 X/hari
	Sikat gigi dengan odol	Pepsodent	Pepsodent	Pepsodent
	Frekwensi cuci handuk	2 X/minggu	2 X/minggu	2 X/minggu
	Memakai sampo	Ya	Ya	Ya

II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : sedang
- b. Kesadaran : compos mentis
- c. Penampilan : lesuh
- d. Ekspresi wajah : tidak berseri
- e. Tanda – tanda vital
 - TD : 110/70 Mm Hg
 - SB : 38,5 0C
 - N : 100 x/m
 - R : 29 x/m
- f. Berat badan sebelum hamil : 56 Kg
- g. Tinggi badan : 157 Cm
- h. Berat badan setelah hamil : 62 Kg
- i. Kenaikan berat badan : 6 Kg
- j. LILA : 26 Cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Inspeksi : Rambut lurus, hitam, kelihatan

agak kusut

Palpasi : Tidak ada benjolan

b. Muka

Oedema : Tidak ada

Clouma Grafidarum : Tidak ada

c. Mata

Conjungtifa : Tidak pucat

Sklera : Tidak ikterik

d. Hidung

Pengeluaran cairan : Tidak ada

Kebersihan : Agak bersih

e. Telinga

Pengeluaran : Tidak ada

Kebersihan : Cukup

f. Mulut / Gigi

Stomatitis : Tidak ada

Lidah : Kering dan agak Icterik

Mucaosa : $\pm$ Kering

Caries : Ada Molar I dan II

Kebersihan : Bersih

g. Leher

Pembesaran Kelenjar Tiroit : Tidak ada

Pembesaran Kelenjar Limfe : Tidak ada

h. Dada dan Perut

1) Dada

Bentuk Dada	: Simetris
Pergerakan Dada	: Ada / teratur
Massa	: Tidak ada
Frekuensi Pernapasan	: 29 x/m
Jenis Pernapasan	: Normal

2) Jantung

Inspeksi	: Ada pergerakan
Auscultasi	: Tidak dilakukan

3) Payudara

Kulit tegang	: Ya
Membesar	: Normal
Hyperpigmentasi	: Ada
Puting kiri/kanan	: Terbentuk
Kebersihan puting	: Cukup
Pengeluaran	: Ada (Clostrum)
Pembesaran pada kelenjar aksila	: Tidak ada

4) Abdomen / Perut

Perut membesar	: Sesuai usia kehamilan
Stirie	: Ada
Keadaan perut	: Normal
Bekas operasi	: Tidak ada

i. Vulva dan Vagina

Keadaan	: Normal
Kondiloma	: Tidak ada
Flour Albous	: Tidak ada
Varises	: Tidak ada
Pengeluaran	: Lendir / Darah

- j. Ektremitas atas
 - Oedema : Tidak ada
 - Ikterik : Pucat ($\pm$)
- k. Tungkai Bawah
 - Oedema : Tidak ada
 - Varises : Tidak ada
 - Refleks Stendont : Ada (+)

3. Pemeriksaan Obstetric

- a. Palpasi
 - Leopold I : Tinggi Fundus Uteri 30 Cm
 - Leopold II : Punggung kiri
 - Leopold III : Kepala
 - Leopold IV : Masuk 2/5 bagian
 - His
 - Prekuensi : 4 X dalam 10 menit
 - Durasi : 50 – 60 detik
 - Kekuatan : Sedang
 - Relaksasi : Terkordinasi
 - Tafsiran berat janin : (35-11) 155=3520 gram
(Rumus jhonson)
- b. Auscultasi
 - Denyut jantung janin : 15, 14, 15 x/m = 176 X/menit
 - Frekwensi : Tidak teratur
 - Irama : Tidak jelas dan cepat

4. Pemeriksaan Ginekologi

a. Pemeriksaan dalam

Tanggal 24- 04 – 2007, jam : 0830 WIT oleh mahasiswa AKBID

Elena. Gwijangge

Hasil :

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Vulva / Vagina | : Tidak ada kelainan |
| 2. Portio | : Tipis melingkar |
| 3. Pembukaan | : 9-10 cm |
| 4. Ketuban | : (+) |
| 5. Presentase | : Kepala |
| 6. Penurunan | : Hocl III 3/5 |
| 7. Petunjuk | : Ubun-ubun keci kiri depan |
| 8. Nilai panggul | |
| In let | : Tidak dapat dinilai |
| Mid pelvis | : Dinding samping lurus spina
ischiadika tumpul Distansia
Interspinarum > 10,5 cm
Sakrum konkaf |
| Outlet | : Arcus Pubis > 90 0 |
| ICP | : Cukup |
| Kesan panggul | : Cukup |

5. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium tanggal 24 – 04 – 2007

Urine

- | | |
|---------|-------------------|
| Protein | : Tidak dilakukan |
| Reduksi | : Tidak dilakukan |

Darah	
Golongan darah	: " O "
DDR	: PF (+ + + +) + GV (+ +)
HB	: 12,5 gram %
Leukosit	: 8400 rb / mm ³
b. Rodgen	: Tidak dilakukan
c. USG	: Tidak dilakukan

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa	:
Ibu	: Umur 24 tahun GIII PI AI hamil 38 minggu inpartu kala I, fase aktif dengan malaria berat.
Jarin	: Intra uterin, presentase kepala, tunggal hidup dengan gawat janin.
Dasar	:
DS	:
a.	Ibu merasa sakit dari symphysis menjalar ke tulang belakang
b.	Ibu merasa panas dan badannya merasa lemas
c.	Ibu merasakan gerakan janin
d.	Ibu merasa ada keluar cairan dari jalan lahir
e.	GIII PI AO MI, : Usia 3 bulan, 3 hari panas, 1 hari kejang + dan meninggal di Puskesmas Arso.
f.	HPHT : Tanggal 2 – 08 – 2006
DO	
a. Palpasi	: TFU (30 cm), letak anak kepala, hamil. 38 minggu. (TP : 09/05-2007)
b. Auscultas	: Djj (+) 172 x / menit / Dopler

c. Tanda-tanda vital

TD : 110/70 mmHg
SB : 38,5 0C
N : 92 x/m
R : 29 x/m

d. Pemeriksaan dalam

Tanggal 24-04-2007 jam 08 30 WIT oleh Mhs. AKBID. Elena Gwijangge

V/V : 10 cm
Portio : Tidak teraba
Ketuban : (+) menonjol
Presentase : kepala
Petunjuk : UUK, kiri depan
Nilai panggul : cukup

e. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium tanggal 22-04-2007

Darah

DDR : Pf(+++++) + VG (++)

LANGKAH III DIAGNOSA POTENSIAL

1. Ibu :

a. Potensial Partus lama sampai dengan Partus macet

Dasar : Tafsiran berat janin 3520 gr %

b. Potensial malaria Serebral

Dasar : DDR Pf(+++++) + VG (++)

c. Potensial terjadinya kejang

Dasar : suhu badan 38,5 oC/Aksila

d. Potensial terjadinya dehidrasi

Dasar : Ibu muntah-muntah, pusing, nyeri ulu hati.

2. Janin :

- a. Gawat janin dengan potensial terjadinya kematian janin

Dasar : DJJ 176 x/menit

- b. Potensial terjadinya Hypoksia janin

Dasar : Jalur nutrisi dan Oksigenisasi Intra Uterin terganggu akibat panas yang tinggi. (Pirexia)

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

1. Hasil kolaborasi dengan dokter Spesialis Kandungan untuk observasi cairan infuse dua jalur per parentral
 - Jalur I, - infus Dex 10 % Kolf IV Kec 40 TTS x/menit
 - Chinine Dehidro 2 ampul drips (1:1:1: 2)
 - Jalur II, - Infus RL kolf III kcc 20 tts x/menit
 - Tomit 1 ampul drips 1 V (1:1)
 - Ranifidin/I V tiap 8 jam 1 ampul
2. Kolaborasi dengan bidan jaga untuk pemasangan oksigen Karena adanya gawat janin.
3. Kolaborasi dengan petugas prenatalologi untuk perawatan bayi baru lahir dengan aspiksia berat.

LANGKAH V RENCANA ASUHAN KEBIDANAN

1. Atur posisi ibu miring kiri
2. Hadirkan orang yang terdekat
3. Observasi, keadaan umum, kesadaran, dan TTV tiap 4 jam
4. Berikan kompresi dingin
5. Observasi His, Bja, setiap 30 menit.
6. Penuhi kebutuhan nutrisi dan Elektrolit ibu
7. Kosongkan kandung kemih
8. Gantikan pakaian dan alas bokong ibu yang telah basah
9. Ajarkan teknik pernapasan di luar His

10. Persiapan penolong, persiapan alat dan persiapan ibu serta bayi
11. Berikan dukungan mental dan moril pada ibu maupun keluarga.
12. Observasi tanda-tanda vital danm periksa dalam setiap 4 jam.
13. Siapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya.
14. Hasil kolaborasi dengan dokter.Pemberian therapy parental dan pemasangan oxygen.

LANGKAH VI TINDAKAN ASUHAN MENYELURUH

Tanggal 24-04-2007

Jam 08 30 WIT

1. Mengatur posisi ibu sesuai kebutuhan ibu (miring kiri)
2. Menghadirkan orang terdekat dari keluarga ibu
3. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, mengecek nadi dan suhu badan.
4. Memberikan kompresi dingin pada dahi ibu..
5. Mengobservasi His, BJA dan pengeluaran pervaginam.
6. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan Elektrolit memberikan minumam teh hangat.
7. Mengosongkan kandung kemih dengan cara cateterisasi.
8. Menggantikan alas bokong dengan kain yang kering dan bersih
9. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pernapasan dan cara mengedan yang baik dan benar diluar His
10. Mempersiapkan perlengkapan alat partus ,ibu, bayi, dan atribut penolong.
11. Memberikan dukungan moril pada ibu dan keluarganya.
12. Menilai kemajuan persalinan dengan memantau pembukaan serviks,pelepasan dari vagina.
13. Menyiapkan larutan pencegahan infeksi pada dua tempat.
14. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter,pantau cairan infus.

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 24-05-2007

Jam 09 50 WIT

1. Ibu merasa nyaman.
2. Keluarga terdekat hadir.
3. Keadaan umum : Lesuh, kesadaran, Composmentis Tanda-tanda vital dalam batas normal.
4. Suhu badan menurun sedikit.
5. His : frekwensi 4 x dalam 10 menit, durasi 50 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada, Bja 176 x/m masih gawat janin.
6. Telah penuhi kebutuhan nutrisi peroral dengan minum teh hangat 1/2 gelas dan makan nasi 2 sendok makan tapi muntah kembali.
7. Kandung kemih telah dikosongkan dengan katerisasi (urine $\pm$ 150cc)
8. Tubuh tampak bersih, dan siap untuk dipimpin persalinan bila ada His
9. Ibu mencedan dengan baik dan benar. Pengeluaran pervaginam : lender campur darah bertambah banyak
10. Perlengkapan alat, penolong, ibu, dan bayi telah siap
11. Ibu dan keluarga pasrahkan pada Tuhan.
12. Pengeluaran pervaginam : lender campur darah bertambah banyak, pembukaan lengkap.
13. Tidak dilakukan pemasangan oxygen karena tidak ada kerja sama antar petugas ruangan dengan dokter spesialis kandungan dan adanya His mencedan. siap untuk dipimpin persalinan.
14. Melakukan hasil kolaborasi dengan Dokter dan Bidan jaga :
 - Cairan menetes dengan baik
 - Tidak dilakukan pemasangan oksigen
 - Tidak dilakukan pemasangan polycateter.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

LANGKAH I PENGKAJIAN

Tanggal 24-04-2007

Jam 09 05 WIT

DS

1. Ibu merasa mules semakin kuat dan sering
2. Ibu merasa ingin membuang air besar
3. Ibu merasa keram daerah panggul dan tungkai

DO

1. Ibu kelihatan gelisah, berteriak dan mengangkat kakinya tinggi-tinggi
2. His (+) frekwensi 1-5 x dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada, Djj 176 X/menit.
3. Ketuban pecah spontan jam 09 05 WIT hijau lumpur
4. Infus jalur I Dex 10 % + CHD 2 ampul kolf IV dengan kecepatan 20 tts x/m sedang menetes dengan baik, Infus jalur II RL + tomit 1 ampul kolf III dengan kecepatan 20 tts x/menit sedang menetes dengan baik
5. Adanya adanya tanda-tanda persalinan yang dimulai dengan tekanan anus, perineum menonjol dan Vulva membuka
6. Nampak rambut kepala di Vulva saat ada His pada jam 09 15 wit.
7. Adanya His mengedan

LANGKAH II INTERPRETASI DASAR

Tanggal 24-04-2007

Jam 09 30 WIT

Diagnosa :

Ibu : Inpartu kala II, dengan malaria berat.

Janin : Intra uterin, presentase kepala tunggal hidup, dengan awasi gawat janin.

DS

Ibu mengeluh merasa mules semakin sering dan kuat, ingin buang air besar. ibu mengeluh badan panas dan keringat.

DO

HIS (+) frekwensi 4-5 dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan his, relaksasi ada.

Adanya tekanan anus, perineum menonjol, dan Vulva membuka

Nampak rambut di Vulva apabila ada His, kepala bayi berdiameter 5-6 cm

Djj 176 x/menit per Dopler, adanya his mengedan.

LANGKAH III DIAGNOSA POTENSIAL

Potensial terjadi kematian janin intra uterin

Dasar : Djj 176 x/menit

1. Potensial terjadinya partus kala II lama

Dasar : kelelahan ibu.

2. Potensial terjadinya Ruptur Perineum

Dasar : tafsiran berat janin 3750 gram.

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

1. Pimpin Persalinan
2. Pantau cairan infus
3. Periksa Djj
4. Lakukan Episiotomi bila ada indikasi
5. Kolaborasi bidan senior. Rujuk bayi keperinatologi untuk intervensi medis.

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Atur posisi ibu setengah duduk
2. Persiapan penolong, alat dan ibu serta alat-alat didekatkan serta petugas memakai atribut
3. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik
4. Beritahu keluarga yang mendampingi berikan ibu minum diluar His
5. Observasi His, Bja dan pantau cairan infus

6. Lakukan pertolongan pesalinan
7. Jepit tali pusat dan gunting tali pusat ± 3 cm dari perut bayi
8. Rencanakan dan persiapan resusitasi (Rujuk di Perinatologi untuk intervensi medis)

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal 24-04-2007, Jam : 09 30 wit

1. Mengatur posisi setengah duduk .
2. Mendekatkan alat-alat, penolong memakai atribut, pinpin ibu mengedan dengan adanya His yang panjang kepala bayi nampak 5-6 diameter, beri pujian di luar His. Ibu di pimpin mengedan sampai kepala bayi lahir dengan cara tangan kanan penolong lakukan tahanan pada anus untukl menghindari Ruptur total pada perinium, tangan kiri melakukan tekanan ringan pada kepala janin bagian atas untuk menghindari terjadinya rupture yang serius pada klitoris dan introitus vagina. Setelah kepala lahir biarkan kepala melakukan putaran vaksi luar, setelah itu segera priksa lilitan tali pusat dan tangan penolong berpindah memegang kepala bayi secara bipariental untuk melahirkan bahu depan, bayi di tarik curam ke bawah maka lahirlah bahu depan kemudian bayi di tarik curam ke atas maka lahirlah bahu belakang dan tangan penolong pindah lakukan sangga susur hingga tubuh bayi lahir seluruhnya lahir di atas tangan penolong.
3. Memeriksa lilitan tali pusat, longgarkan tali pusat, satu kali lilitan
4. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
5. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang
6. Melakukan sangga susur untuk melahirkan seluruh badan bayi
7. Jepit dan gunting tali pusat
8. Merujuk bayi ke Perinatologi
9. Memantau cairan dan ukuran kecepatan nadi.

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 24-04-2007

Jam 10 00 WIT

1. Ibu merasa nyaman.
2. Penolong, alat, dan ibu telah siap.
3. Ibu mengerti cara mngedan yang baik.
4. Sudah minum ½ gelas teh.
5. His kuat, DJJ 176 m dan cairan infus menetes dengan aman.
6. Sudah melakukan pertolongan persalinan.
7. Tali pusat telah dijepit, dipotong dan dalam keadaan tidak berdarah.
8. Bayi telah dirujuk keperinatologi untuk intervensi medis.(Resusitasi dll).
9. Cairan infus sedang menetes dengan aman,nadi ibu dalam batas normal.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

LANGKAH I PENGKAJIAN

Tanggal 24-04-2007, jam 10.05 Wit

DS :

Ibu mengeluh perut masih mules

Ibu merasa lelah dan haus

Ibu merasa bersyukur karena anaknya telah lahir

DO :

1. Palpasi
 - a. Tinggi fundus uteri : setinggi pusat
 - b. Kontraksi uterus baik : kuat.
2. Placenta belum lahir
3. Darah masih keluar/merembes
4. Keadaan umum lemah
5. Tanda-tanda Vital masih dalam batas normal kecuali SB 38°C.
6. Cairan infus dextrose 5%+ CHO 2 Ampul jalur1 masih menetes dengan kecepatan 20 tts/mnt..

7. Perineum utuh (lecet sedikit)

8. Vesica Urinaria : Kosong

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Para III Kala III dengan malaria berat

Data Dasar :

DS :

1. Ibu mengeluh perut masih terasa mules
2. Ibu merasa lelah dan haus

DO :

1. Placenta belum lahir
2. Kontraksi uterus : kuat
3. Tinggi fundus uterus : Sepusat.
4. Perinium utuh (lecet sedikit)
5. Cairan infus dextro 5% + CHD 2 ampul + Tomit 1 ampul masih menetes dengan kecepatan 20 tetes X/Menit
6. Perdarahan masih merembes

LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadinya Retensio Placenta

Dasar : Placenta belum lahir

2. Potensial Terjadinya syok

Dasar: infeksi parasit malaria yang tinggi

3. Potensial terjadinya Perdarahan post partum

Dasar : kelelahan ibu.

Langkah IV Tindakan Segera

1. Segera cek ada/tidak ada bayi lainnya.
2. Kolaborasi dengan dokter berikan piton 10 ui/im.

3. Kolaborasi dan konsultasi dengan dokter ahli (SPoG) untuk lanjutkan terapi cairan infuse Dextrose 5 % + CHD 2 ampul pada jalur I dan RL + tomit 1 ampul pada jalur II 20 tts/mnt.
4. Pantau tanda vital dan perdarahan.
5. Segera melakukan persalinaan plasenta sebelum 30 menit.

Langkah V Intervensi Asuhan

- 1) Bayi segera dirujuk keperinatologi untuk intervensi medis.
- 2) Letakkan kain bersih pada perut ibu dan pastikan tidak ada bayi lainnya dengan cara palpasi fundus.
- 3) Beritahu ibu akan disuntik piton 10 ui/im.
- 4) Lakukan PTT
- 5) Lahirkan plasenta pada jam

Langkah VI Implementasi Asuhan

Tanggal 24-4-2007, jam 10.20 wit.

1. Merujuk bayi keperinatologi untuk rencana terapi dan perawatan selanjutnya.
2. Memeriksa Fundus uteri untuk memastikan tidak adanya janin lain.
3. Memberitahu ibu untuk suntik piton 10 ui/im pada paha kanan.
4. Memeriksa pelepasan dan lahirkan placenta dengan cara PTT yaitu:
 - a. Posis penolong berdiri disamping ibu.
 - b. Memindahkan klem kedua yang telah dijepit pada tali pusat kala II sekitar 10 cm dari vulva.
 - c. Meletakkan tangan kanan pada Abdomen ibu (yang dialas dengan kain) tepat diatas tulang pubis setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat secara ringan kemudian tangan pada dinding Abdomen menekan korpus Uteri kebawah dan keatas (Dorso-Kranial) Korpus lakukan hati-hati untuk menghindari terjadinya Invertio uteri.

- d. Melakukan peregangkan dan menekan korpus uteri kebawah dan cranial maka tali pusat bertambah memanjang hingga plasenta terlepas dari implantasinya.
- e. Menangkap plasenta dan lahirkan dengan cara memilin searah jarum jam sampai plasenta lahir dengan lengkap dengan kotiledon dan jaringan jam 10.20 wit.
5. Memeriksa kelengkapan plasenta selaput jaringan kotiledon, insersi tali pusat.
6. Melakukan masase Fundus uteri untuk memeriksa kontraksi uterus.
7. memeriksa jalan lahir perineum utuh.
8. Memantau nadi dan cairan infuse yang sedang terpasang.
9. Mengukur perdarahan.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 24 – 04 – 2007 Jam 10 : 30

1. Bayi telah dirujuk keperinatologi.
2. Tidak ada bayi lainnya.
3. Injeksi piton 10 ui/im.
4. Plasenta sudah lahir Plasenta lahir lengkap dengan kotiledon dengan selaput jaringan secara maternal, ukuran 17 x 16 x 2 cm, berat $\pm$ 350 gr, insersi sentralis pajang tali pusat $\pm$ 45 cm.
5. Perdarahan kala III $\pm$ 150 cc
6. Palpasit TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat Keadaan umum lelah / baik, kesadaran komposmentis
7. Luka jalan lahir tidak ada, Perineum utuh
8. Cairan infuse masih menetes dengan baik
9. Perdarahan dari vagina ada.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Langka I Pengkajian

DS :

1. Ibu mengatakan masih mulas-mulas pada perut.
2. Ibu mengatakan gembira karena anak dan placenta lahir dengan selamat.

DO :

1. Keadaan umum sedang / baik, kesadaran cospos mentis
2. Palpasi TFU 2 jari bawah pusar kontraksi uterus (kuat)
3. Placenta lahir spontan lengkap dengan selaputnya jam 10.³⁰ wit
4. Perdarahan kala III $\pm$ 150 CC
5. Cairan infus dextrose 5% + CHD 2 ampul serta RL + tomit 1 Ampul menetes dengan baik.
6. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/70 mm HG

Nadi : 90 ^X/m

Pernafasan : 20 ^X/m

Suhu Badan : 37,5 ⁰ C

LANGKAH II INTER PRESTASI DATA DASAR

Diagnosa

Ibu Para .III kala IV dengan malaria berat

Data dasar

DS : Ibu mengatakan perut masih rasa mules

DO :

- a. Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusar
- b. Jam 10²⁰ wit placenta lahir lengkap dengan koliledon dan selaputnya
- c. Suhu badan 37,5⁰ C
- d. Kontraksi uterus baik, bundar dan keras
- e. Perdarahan Prevaginam (+) ada.

LANGKAH III IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadi perdarahan post partum

Dasar : Keadaan umum ibu masih lemah

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

1. Cairan habis dilanjutkan dengan RL kosong
2. Awasi 2 jam Post Partum.

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Observasi tanda-tanda Vital
2. Nilai kontraksi uterus dan pendarahan, dan mengajarkan ibu cara melakukan massage dengan baik dan benar
3. Bersihkan ibu dengan air DTT pada daerah paha, bokong dan pantat
4. Mengganti pakaian ibu dengan kain yang bersih dan kering serta memakaikan Softex
5. Berikan makan dan minum
6. Motivasi ASI Eksklusif dan dukungan moril berhubungan dengan keadaan anaknya.
7. Observasi 2 jam Post Partum, Control Uterus, TTV, Fundus Uteri, tiap 15 menit jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua
8. Anjurkan ibu untuk istirahat
9. Rendam instrument dalam larutan Klorin 0,5 % dan air DTT selama 10 menit
10. Buang bahan sampah kering pada tempatnya dan sampah basah di tempat sampah medis.
11. Bersihkan atribut penolong dan alat tenun dengan larutan Klorin 0,5 % dan air DTT.

LANGKAH VI ASUHAN TINDAKAN

Tanggal 24-04-2007 Jam 10⁵⁰ WIT

1. Mengobservasi tanda-tanda vital 2 jam
2. Menilai kontraksi Uterus dan pendarahan, serta mengajarkan ibu cara melakukan message pada fundus yang baik dan benar.
3. Membersihkan ibu dengan air DTT pada daerah perut, paha, bokong, dan pantat serta membersihkan tempat tidur dengan air Klorin 0,5 % dan keringkan dengan kain yang kering.
4. Menggantikan pakaian ibu dengan kain yang bersih dan kering serta memakaikan pembalut.
5. Memberikan makanan dan minuman yang tidak merangsang muntah yaitu teh hangat
6. Memotivasi ibu tentang ASI eksklusif dan dukungan moril berhubungan dengan keadaan bayinya.
7. Observasi 2 jam Post Partum, Kontrol Kontraksi Uterus, TTV, Fundus Uteri tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua.
8. Menganjurkan ibu untuk beristirahat
9. Merendam alat partus dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
10. Memantau keadaan bayi.
11. Membuang sampah kering pada tempatnya dan sampah basah pada tromol sampah medis
12. Membersihkan atribut penolong dan alat tenun dengan larutan klorin 0,5 % dan air DTT

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 24 – 04 – 2007 Jam 12²⁰ wit

1. Hasil observasi tanda -- tanda vital masih dalam batas normal.
 Tekanan : 110 / 70 mm HG
 Nadi : 80 x / m

Pernafasan : 29 ^x / m

Suhu badan : 37,5 ⁰ C

2. kontarkasi uterus dan pendarahan dalam batas normal
3. Ibu melakukan masase fundus uterus sesuai dengan petunjuk yang diberikan
4. Ibu dalam keadaan bersih dan telah memakai pembalut
5. Kebutuhan nutrisi peroral belum baik minum teh hangat setengah gelas dan cairan Parentral masih dilanjutkan.
6. Ibu setuju dengan petugas memberikan ASi eksklusif pada bayinyadan ibu pasrahkan keadaan anaknya pada Tuhan.
7. Mual, muntah, berkurung nyeri uluh hati berkurang, nyaeri kepala mulai berkurang diare stop!.
8. Ibu dalam keadaan istirahat / tidur
9. Alat Partus dan atribut penolong dalam proses sterilisasi
10. Bayi meninggal setelah 2 jam perawatan di Pherinatologi dan ayah dan ibunya menerima keadaan tersebut walaupun dengan berat hati.
11. Sampah telah diatasi.

BAB IV PEMBAHASAN

Dari hasil pengkajian penulis hari pertama ditemukan ibu tersebut dalam keadaan inpartu dengan malaria berat (PF ++++ dan VG +++). Kondisi klien dalam keadaan sadar, gejala klinis lainnya adalah mual, muntah, nyeri uluh hati, nyeri kepala dan diare, yang hampir memperburuk proses persalinan. Dengan hasil anamnesa dan hasil laboratorium ibu ini memiliki riwayat malaria. Kajian ini didukung dengan adanya gametosis didalam darah dan bertempat tinggal di daerah endemitas malaria tinggi, dari pemeriksaan fisik suhu badan $38,5^{\circ}\text{C}$ (suhu badan tinggi). Dari dokumen ruangan, kehamilan 38 minggu pembukaan portio 4 – 5 cm his dan kontraksi uterus dalam batas normal Djj $150 \text{ }^{\times}/\text{m}$ (tidak adanya tanda-tanda kegawatan janin).

Data tersebut diatas klien segera di konsultasikan ke dokter SPoG untuk intervensi medis dan perawatan sebagai berikut infus dua jalur. Jalur satu kinin Dehidro dalam 500 CC Dextrose 10%, jalur dua tomit satu ampul dalam RL 500 CC perdrops dan Ranitidin satu ampul per I.V tiap 8 jam sampai dengan keadaan umum membaik dilanjutkan terapi peroral. Dengan harapan obat tersebut bereaksi dengan infeksi malaria didalam tubuh dan menurunkan tingginya parasitemia diikuti, turunnya suhu badan serta gejala klinis lainnya telah tercapai. Pada hari kedua, dari hasil kajian penulis yang di lihat pada dokumen ruangan (status pasien) menunjukkan keadaan ibu sebelum menunjukkan perubahan yang berarti, sehingga dokter SPoG, merencanakan therapy dilanjutkan, namun pada data laporan bidan jaga melaporkan Djj $176 \text{ }^{\times}/\text{m}$, angka ini menunjukkan adanya kegawatan janin intra uterin, tetapi tidak dilakukan konsultasi dan kolaborasi dengan dokter jaga ataupun dengan dokter SPoG tidak merencanakan tindakan ataupun intervensi terhadap klien ini, sampai dengan pasien partus secara spontan, bayi lahir dengan Asfiksia berat dan meninggal setelah perawatan 2 jam di perinatologi.

Dari hasil kajian tersebut di atas, penulis menilai bahwa penanganan terhadap klien ini (kasus ini) baik dari rencana perawatan maupun intervensi medis tidak sesuai dengan landasan teori atau penulisan sebelumnya, yaitu : tidak adanya intervensi medis untuk penanganan pada bayi dengan tanda-tanda kegawatan janin. Contohnya tidak memasang aoxxygen, tidak dilakukan pemasangan polycateter untuk ukur balance input dan output cairan, karena cairan infus 2 jalur berarti bahwa cairan yang masuk banyak tapi yang keluar tidak di ukur ditakutkan input cairan yang berlebihan akan menyebabkan oedema paru dan gagal pernapasan.

Dalam pembahasan ini yang menjadi pokok permasalahan adalah meninggalnya bayi setelah lahir dan ibunya telah diselamatkan. Tujuan daripada pemberian pemberian Asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat adalah "Ibu selamat bayi selamat" namun disisi lain para medis dan tim keselamatan lainnya (terutama bidan ruangan /jaga) gagal dalam mencapai tujuan Askep (untuk diketahui penulis mengambil kasus ini pada hari ketiga perawatan pembukaan portio 10 cm) sehingga penulis tidak dapat berbuat banyak untuk penanganan kasus ini. Kajian terakhir adalah melihat sebab-sebab kematian janin menurut penulis setelah di gabungkan kajian teori dan kajian di lapangan (dalam kasus ini). Penulis menilai bahwa meninggalnya bayi karena pireksia intra uterin dan infasi parasit yang tinggi dalam plasenta. Adanya keterlambatan pengabilan keputusan untuk intervensi medis yang berhubungan dengan kegawatan janin. Walaupun demikian penulis menghargai semua hasil kerja sama yang baik antara tim medis dan tim kesehatan lainnya. Dengan demikian tidak terjadi perdarahan postpartum dan kematian ibu akibat terburuk yang paling di takutkan pada ibu partus dengan malaria.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan malaria berat (Pf ++++ + VG ++) dengan menggunakan metode manajemen kebidanan menurut Varney maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

Asuhan pada kasus Ny. Irmayanti dengan menggunakan proses manajemen 7 (tujuh) langkah pada setiap kala (Kala I – Kala IV) pada prinsipnya dapat berjalan dengan baik, hal ini tidak terlepas dari kerja sama yang baik (kerja kolaborasi) antara penulis, pembimbing dalam praktek dan klien, pada kasus ibu inpartu dengan malaria berat, dikhawatirkan akan timbulnya beberapa masalah diantaranya, dehidrasi pada ibu yang berujung pada kelelahan ibu, partus lama akibat TBj 3000 gr %, terjadinya gawat janin, aspiksia sampai kematian janin. Namun dari sekian point yang dikhawatirkan, hanya satu point yang menjadi primadona kegagalan yaitu, bay lahir dengan aspiksia berat dan meninggal dalam 2 jam kehidupan. Meskipun ada masalah penulis temukan merupakan masalah yang sulit untuk diselesaikan sendiri namun dengan kerja sama yang baik menyelesaikan semua masalah yang dialami penulis. Kesimpulannya bahwa ini merupakan pengalaman emas untuk penulis, bahwa dalam menangani kasus ibu inpartu dengan malaria berat bila tidak ditangani secara serius bisa menimbulkan kematian berganda, namun dalam kasus ini janin meninggal dan ibu selamat dan semua masalah kebutuhannya telah terpenuhi dan telah teratasi dengan baik.

B. S A R A N

Sesuai dengan kesimpulan maka penulis dapat memberi saran kepada beberapa pihak untuk menjadi bahan pertimbangan dalam perbaikan pelayanan kesehatan , antara lain :

1. Pihak Rumah Sakit Umum Abepura

- a. Bagi petugas medis dan para medis dalam penanganan kasus – kasus ibu inpartu dengan malaria berat mohon perhatian juga untuk penanganan segera terhadap janin
- b. Panaganan gawat janin sebaiknya menggunakan protap
- c. Perlu penambahan partus set untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial
- d. Perlu penambahan meja resusitasi diruang VK agar mempermudah proses resusitasi bagi bayi yang asfiksia
- e. Mengingat penyakit malaria semakin spesifik maka perlu berikan pengobatan / therapy sesuai dengan rekomendasi dari WHO.

2. Institusi

Perlu adanya penambahan buku sumber tentang malaria agar dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa dapat memperkaya penulisannya selain itu daerah Papua adalah daerah Endemis malaria maka mahasiswa perlu mengetahui bagaimana penanganan ibu inpartu dengan malaria secara tepat dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlan.P. 2005, *Malaria mencegah dan mengatasinya*. Puspa swara Jakarta.
- Gorgon Cook, dkk, 2003, *Tropical Diseases. Twenty-first. Edition. London*
- Harijanto. 2000, *Gejala klinik malaria berat dalam malaria : epidemiologi, patogenesis, manifestasi klinis & penanganan*. ECG, Jakarta.
- , dkk 2001, *Gejala Klinik Malaria Berat dalam Malaria : Epidemiologi Patogenesis, Manivestasi Klinis dan Penanganan*. ECG.
- Http : // www. Dunia ibu org / htm / 2006
- Manuaba. 1998, *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan*. ECG jakarta
- Ric Price, Tjitra. E, 2006, *Community based chemotherapeutic studies to improve of the management of drug resistan malaria in Timika*, Papua.
- Saifuddin.A.B, 2005, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, JNPKK – POGI, Jakarta.
- Siswantoro.H.2005,*A.RANDOMIZED* trial to determine the efficacy and safety of coartemeter and artekin for the tretmen of acute falcyparum and vivax malaria in timika,papua Draft tesis.
- Sri Purwaningsi. 2005, *DepKes RI, Buku saku penatalaksanaan malria indonesia*. Jakarta.
- Tjitra,E. 2005, Laporan Pendahuluan *SEAQUAMAT Group Malaria in Timika*, Papua.

Varney. H, 1997 *Paduan Pelayanan Maternal Neonatal*, YBP – SP, Jakarta

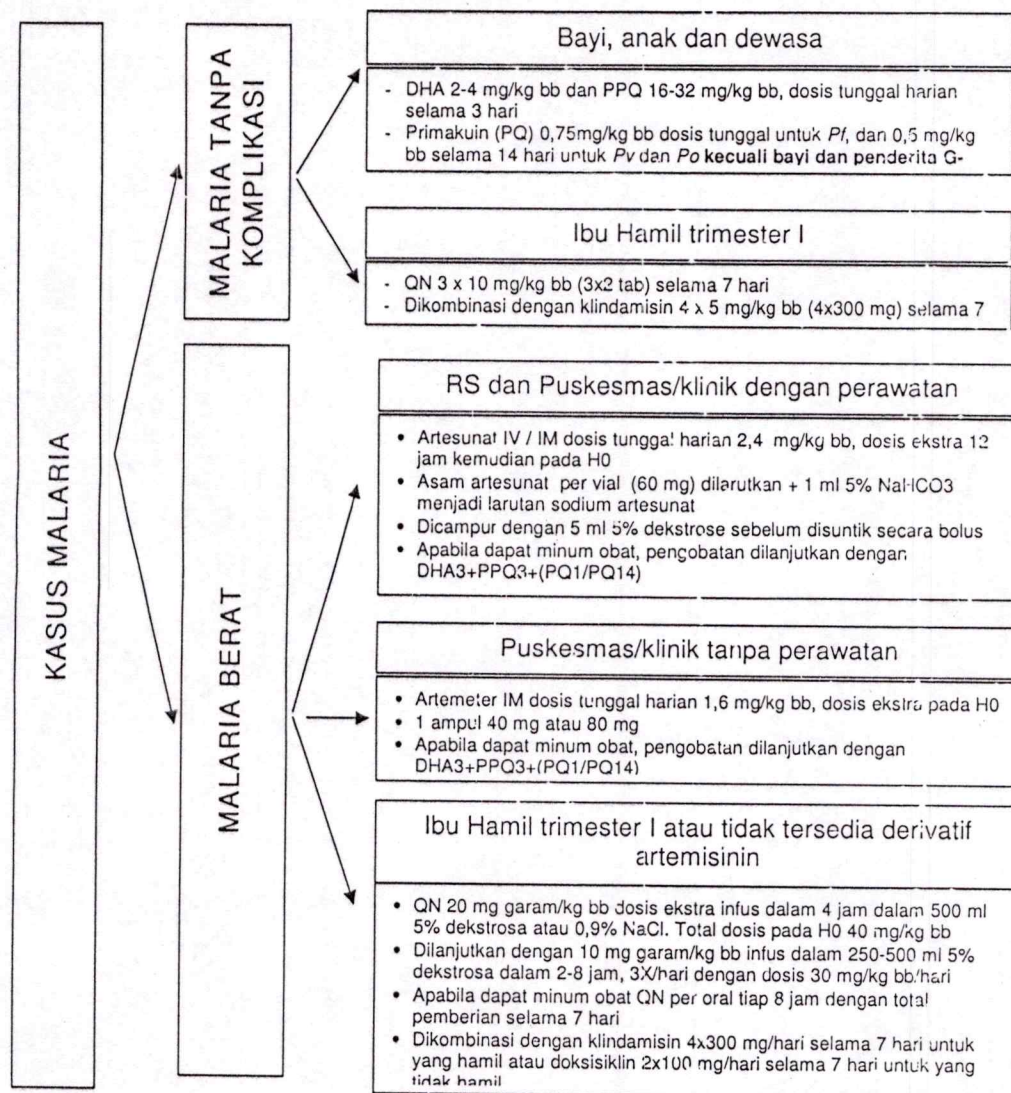
Wiknjosastro. H, 2004, *Asuhan persalinan Normal, Buku acuan Maternal Neonatal Healt*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

-----, 2005, *Ilmu kebidanan dan kandungan* Yayasan Bina Pustaka.
Sarwono Jakarta.

Lampiran 1.PROTOKOL PENGOBATAN MALARIA

Diagnosis kasus malaria berdasarkan pemeriksaan darah mikroskopi atau dipstik.

Protokol ini digunakan untuk semua jenis malaria: Pf, Pv, Pm, Po, Pmix.



Kasus rekrudesens/resisten (positif ≤7 hari)

- Artesunat 1x4 mg/kg bb + Amodiaquin 1x10 mg/kg bb selama 3 hari, atau
- QN 3x10 mg/kg bb + Doksisisiklin 2x2 mg/kg bb selama 7 hari

Kasus kambuh/infeksi ulang/infeksi baru (positif >7 hari)

- Diberi ulang: DHA3+PPQ3

Lampiran 2.NAMA OBAT, FORMULA DAN ISI

Nama Obat	Formulasi	Isi
Amodiaquin	Tablet	200 mg yang setara dengan 153 mg
Artesunat	Tablet	50 mg
Doksisiklin	Kapsul	50 mg atau 100 mg
Duo-cotecxin	Tablet	DHA 40 mg + PPQ 320 mg
Kina Sulfat	Tablet	222 mg kina fosfat atau sulfat yang setara dengan 200 mg kina basa
Klindamisin	Kaplet	150 mg atau 300 mg
Primakuin	Tablet	15 mg
Artemeter	Larutan minyak dalam Ampul	40 mg atau 80 mg
Artesunat	Serbuk dalam Vial	60 mg
Kina HCl	Larutan garam dalam Ampul	500 mg

STANDAR : DUO COTECXIN (DIHIDROARTEMISININ+PIPERAQUIN)
DOSIS : DHA 2-4 mg/kg BB& PPO 16-32mg/kg BB

Untuk semua golongan umur, kecuali ibu hamil trimester 1

Untuk semua jenis malaria (Pf,Py,Pm,Po)

Diagnosis harus berdasarkan pemeriksaan mikroskopis dan atau Rapid Diagnostic Test(RDT, Dipsick)

Malaria Tropica (+ve *P. falciparum*)

BB(kg)	Umur	0-1 mo (<5 Kg)	2-11 mo (6-10 Kg)	1-4 yr (11-17 Kg)	5-9 yr (18-30 Kg)	10-14 yr (31-40 Kg)	> 15 yr (41-60 Kurus)	> 15 yr (61-80 Sedang)	> 15 yr (81-100 Gemuk)
Hari 1		D 1/4	D 1/2	D 1 P 3/4	D 1 1/2 P 1 1/2	D 2 P 2	D 3 P 3	D 4 P 3	D 5 P 3
Hari 2		D 1/4	D 1/2	D 1	D 1 1/2	D 2	D 3	D 4	D 5
Hari 3		D 1/4	D 1/2	D 1	D 1 1/2	D 2	D 3	D 4	D 5

Malaria Tertiana / Malaria Ovale (+ve *P. vivax* / *P. ovale*)

BB(kg)	Umur	0-1 mo (<5 Kg)	2-11 mo (6-10 Kg)	1-4 yr (11-17 Kg)	5-9 yr (18-30 Kg)	10-14 yr (31-40 Kg)	> 15 yr (41-60 Kurus)	> 15 yr (61-80 Sedang)	> 15 yr (81-100 Gemuk)
Hari 1		D 1/4	D 1/2	D 1 P 1/4	D 1 1/2 P 1/2	D 2 P 3/4	D 3 P 1	D 4 P 2	D 5 P 2
Hari 2		D 1/4	D 1/2	D 1 P 1/4	D 1 1/2 P 1/2	D 2 P 3/4	D 3 P 1	D 4 P 2	D 5 P 2
Hari 3		D 1/4	D 1/2	D 1 P 1/4	D 1 1/2 P 1/2	D 2 P 3/4	D 3 P 1	D 4 P 2	D 5 P 2
Hari 4				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 5				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 6				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 7				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 8				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 9				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 10				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 11				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 12				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 13				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2
Hari 14				P 1/4	P 1/2	P 3/4	P 1	P 2	P 2

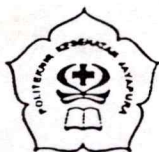
Malaria Malariae (+ve *P. malariae*)

BB(kg)	Umur	0-1 mo (<5 Kg)	2-11 mo (6-10 Kg)	1-4 yr (11-17 Kg)	5-9 yr (18-30 Kg)	10-14 yr (31-40 Kg)	> 15 yr (41-60 Kurus)	> 15 yr (61-80 Sedang)	> 15 yr (81-100 Gemuk)
Hari 1		D 1/4	D 1/2	D 1	D 1 1/2	D 2	D 3	D 4	D 5
Hari 2		D 1/4	D 1/2	D 1	D 1 1/2	D 2	D 3	D 4	D 5
Hari 3		D 1/4	D 1/2	D 1	D 1 1/2	D 2	D 3	D 4	D 5

D = Duo Cotecxin ; P = Primaquin

PETUNJUK

1. Primaquin tidak boleh digunakan pada anak dibawah 1 tahun (bayi) dan ibu hamil
2. Bagi ibu hamil trimester 1 diberikan pengobatan dengan Kina + Klindamisin selama 7 hari (Klindamisin 4 x 300 mg/hari)
3. Bila ada kasus malaria relapse (kambuh) sebelum hari ketujuh atau sesudah hari ketujuh segera dilaporkan ke supervisor



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 584280, 584281

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III KEBIDANAN ANGKATAN 2006/2007
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Elena Buiyange
Nim : 00.71.29.04.011

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
28/6/2007	BAB I. masukkan nama Pengarang dan nama ketua Tim / Referensi harus jelas.	Self	
30/6/2007	BAB II. Perbaiki kekeliruan / Referensi harus dicantumkan.	Self	
2/7/2007	BAB III. Pola kegrafan Setari-hari baru dilaji juga untuk mene- mukan masalah berhubungan dengan kebiasaan yang buruk.	Self	
6/7/2007	BAB IV. harus menggunakan narasi, membandingkan antara tinjauan Theori dan temuan di lapangan dan bahas.	Self	
18/7-07	Bab I, II, III, IV & V d CC	Self	Revisi



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

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

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III KEBIDANAN ANGKATAN 2006/2007
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Elena Gwirangge
Nim : 00.71 24.9.04.011

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
10-7-07	Bab I, II, III → Perbaiki sesuai saran	W. Sapari	Kembali tgl 12-7-07
20-7-07	Bab III, IV → Perbaiki sesuai saran	W. Sapari	Kembali tgl 21-7-07
21-7-07	Bab IV, V Daftar Pustaka } Perbaiki sesuai saran	W. Sapari	Kembali tgl 22-7-07
22-7-07	A ee → Gandakan Serahkan di Jurusan	W. Sapari	