

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN ANEMIA BERAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan

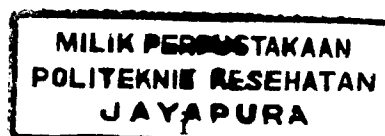


OLEH

NAMA : SURIANI BUDU

NIM : PO.71.24.4.06.38

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



LEMBAR PENGESAHAN

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

Hari : Senin
Tanggal : 08 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura



Ketua

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

Sekretaris

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

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari, M. Kes
2. Fredrika Rumaropen S. ST
3. Saaty Kadiwaru S. ST

W. Sapari
(.....)
S. R.
(.....)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Anemia Berat** ”di Rumah Sakit Umum Daerah
Abepura Tahun 2008

Telah Disetujui untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura , 29 Agustus 2008

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659

KATA PENGANTAR

Pertama-tama dengan memanjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Pengasih dan penyayang, atas anugerah dan perkenan-Nyalah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Inpartu Dengan Anemia Berat RSUD Abepura”, guna memenuhi salah satu persyaratan yang mutlak dipenuhi dalam menyelesaikan program diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Walaupun penulisan karya ilmiah ini telah diupayakan secara maksimal, namun diakui masih jauh dari sempurna sebagaimana yang diharapkan, baik dari segi materi maupun teknik penulisannya, masih memerlukan penyempurnaan sehingga koreksi dan saran bersifat konstruktif sangat penulis harapkan dalam penyelesaian penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan, pengarahan dan petunjuk dari berbagai pihak.

Oleh karena itu pada kesempatan ini juga penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan banyak terima kasih dan penghargaan kepada :

1. J.P Rumaikewi, SKM, MM, Sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Politeknik Kesehatan Jayapura

2. Dra. Welmintje Sapari, M. Kes, Sebagai Ketua Jurusan Kebidanan sekaligus sebagai pembimbing I, yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI.
3. Direktur dan Kepala Ruangan Bersalin RSUD Abepura beserta staf yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengambil kasus ini
4. Fredika Rumaropen, S. ST, selaku Dosen dan Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI ini.
5. Klien (ibu Y.M) dan keluarga yang telah membuka diri memberikan data yang akurat sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan KTI ini dengan baik
6. Dosen Kebidanan beserta staf yang turut membantu penulis dalam penyusunan KTI ini.
7. Suami tercinta Aris M Utomo dan anak-anak tercinta Fetty Satu Rian Utami, Dwi Rian Prayoga dan Retno Rian Tri Setianingrum yang setia dalam suka maupun duka dan memberikan dukungan doa serta motivasi yang tinggi dalam perkuliahan dan penyelesaian KTI ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa atas motivasi, masukan, kritik dan saran bagi penulis.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu atas bantuan yang diberikan baik secara langsung maupun tidak langsung selama penulis mengikuti pendidikan bahkan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah dapat membalas kebaikan dan keikhlasannya yang telah diberikan selama ini, namun demikian harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai tolak ukur dalam menangani kasus ini serta dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam manajemen kebidanan.

Akhirnya Allah Subhannah Wataallah dapat melindungi kita. Amin .

Jayapura , 29 Agustus 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi.....	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Rumusan Masalah.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Anemia.....	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Frekwensi.....	9
4. Klasifikasi.....	10
5. Patofisiologi.....	11

6. Komplikasi Anemia	12
7. Bentuk-bentuk Anemia.....	14
8. Gambaran Klinik.....	15
9. Diagnosa.....	16
10. Penanganan.....	17
11. Pencegahan.....	20
B. Manajemen Kebidanan.....	21
1. Definisi.....	21
2. Tujuan	21
3. Hasil yang diharapkan.....	22
4. Proses Manajemen Kebidanan.....	22
5. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan.....	28
 BAB III TINJAUAN KASUS	
Manajemen Kebidanan Kala I.....	31
Manajemen Kebidanan Kala II.....	49
Manajemen Kebidanan Kala III.....	55
Manajemen Kebidanan Kala IV.....	60
 BAB IV PEMBAHASAN.....	66

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....68

B. Saran..... 68

Daftar Pustaka

Lampiran

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) merupakan barometer pelayanan kesehatan ibu di suatu negara. Bila AKI masih tinggi berarti pelayanan kesehatan belum membaik. Sebaliknya bila AKI rendah berarti pelayanan kesehatan ibu belum membaik. Di kawasan ASEAN Indonesia mempunyai AKI yang tinggi : 390 / 1000 kelahiran hidup (Saufudin, 2002).

Menurut WHO melalui pemantauan kematian ibu berbagai belahan dunia memperkirakan bahwa setiap tahun jumlah kematian ibu lebih dari : 585.000 ibu meninggal saat hamil, bersalin dan nifas (Prawiroharjo, 2002).

Anemia merupakan kelainan yang sering dijumpai baik di klinik maupun di lapangan di perkirakan lebih dari 30 % penduduk dunia atau 15.000 juta orang menderita anemia dengan sebagian besar tinggal di daerah tropic. Frekuensi anemia pada ibu hamil di dunia yaitu 35 %, negara berkembang 47 % sedangkan Indonesia 50 – 70 % (Sudoyo, 2006)

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, jenis anemia yang sebenarnya pengobatannya relatif mudah, bahkan murah. Pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia.

Anemia hamil disebut “ potensial danger to mother and child “ (potensial membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 2002).

Oleh sebab itu bangsa Indonesia dalam menghadapi atau menyongsong globalisasi, dimana segala upaya di tujukan untuk dapat meningkatkan kualitas manusia dan kualitas masyarakat Indonesia sebagai salah satu tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Sistem Kesehatan Nasional, 1998).

Peningkatan kesehatan masyarakat harus di mulai dari peningkatan kesehatan keluarga dan peningkatan kesehatan keluarga tidak mungkin dapat diwujudkan tanpa perbaikan dan peningkatan kesejahteraan ibu. Program kesehatan harus menjadi milik masyarakat, yang pada akhirnya kesehatan itu sendiri telah menjadi budaya yang berarti di masyarakat. Mantan menkes (Farid Anfasa Moeloek DS) paradigma sehat, kompas Agustus 2000.

Maka salah satu strategi intervensi untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan propinsi papua dalam kurun waktu 2001 – 2005, program perbaikan gizi masyarakat dengan salah satu kegiatan pokoknya menanggulangi anemia gizi besi dengan sasaran prioritas : was dan wanita hamil dengan demikian terlihat

jelas. Kepedulian dari pemerintah propinsi papua, dalam menurunkan angka kematian ibu namun peran keluarga sangat besar dalam mempengaruhi sikap wanita, dalam hal ini wanita hamil terhadap upaya pemeliharaan kesehatannya.

Menurut rekapitulasi yang penulis dapatkan di rumah sakit Abepura Jayapura, jumlah persalinan normal bulan januari sampai desember 2007 berjumlah 1. 408 kasus. Sedangkan yang anemia terdiri dari anemia ringan 15, anemia sedang 45 (65 %), dan anemia berat 7 (11 %), jadi jumlah keseluruhan yang anemia adalah 67 kasus.

Bedasarkan data diatas maka, menarik perhatian penulis untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Anemia Berat, di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh kedalam bentuk pelayanan secara langsung kepada klien inpartu dengan anemia sehingga memperoleh gambaran dalam mengatasi kasus tersebut.

2. Tujuan Khusus

- 1). Mampu melakukan pengkajian dengan tepat pada klien inpartu dengan anemia berat

- 2). Mampu mengidentifikasi secara benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan
- 3). Mampu mengidentifikasi masalah diagnosa potensial
- 4). Mampu mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
- 5). Mampu membuat rencana asuhan kebidanan komprehensif pada ibu inpartu dengan anemia
- 6). Mampu melakukan implementasi secara tepat dan benar
- 7). Mampu mengevaluasi hasil kajian yang dibuat agar mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien.
- 8). Mampu melakukan pendokumentasian pada kasus anemia pada ibu inpartu.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan terdahulu maka masalah dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap ibu intranatal dengan anemia berat ?
2. Bagaimana merumuskan diagnosa pada ibu intranatal dengan anemia berat ?

3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa dengan masalah potensial berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi ?
4. Bagaimana mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan tindakan segera pada ibu intranatal dengan anemia berat ?
5. Bagaimana membuat perencanaan asuhan menyeluruh pada ibu intranatal dengan anemia berat ?
6. Bagaimana melakukan tindakan pada ibu intranatal dengan anemia berat ?
7. Bagaimana mengevaluasi hasil kajian agar mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien ?
8. Bagaimana melakukan pendokumentasian pada ibu inpartu dengan anemia berat ?

Berdasarkan beberapa pertanyaan diatas diperlukan suatu penanganan secara teknik serta efektif dalam mencegah dan mengobati anemia berat dengan menggunakan manajemen kebidanan di rumah sakit Abepura Jayapura.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Klien

Pengalaman yang didapatkan merupakan suatu pelajaran berharga dalam kehidupan sebagai seorang wanita khususnya seorang ibu apabila suatu saat ingin hamil lagi agar direncanakan dengan baik, mencari informasi

kesehatan agar dapat menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Dengan demikian akan meningkatkan kesehatan keluarga khususnya ibu, sehingga memerlukan anak – anak yang berkualitas bagi keluarga, bangsa, dan negara.

2. Bagi Penulis

- a. Agar dapat melaksanakan manajemen kebidanan yang benar dan tepat sesuai dengan ilmu yang diperoleh.
- b. Merupakan pengalaman yang berharga bagi penulis , karena dapat memperluas wawasan ilmiah dalam mengaplikasi ilmu yang diperoleh.
- c. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pennisikan D-III kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

3. Bagi Institusi

Menambah bahan kepustakaan , menjadi sumber bahan kajian dalam melakukan penelitian ibu inpartu dengan anemia bagi siapa saja yang berminat akan kasus ini.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. ANEMIA

1. Definisi

Anemia pada Wanita hamil dinyatakan menderita anemia bila heamoglobinnya kurang dari 10 gr %. Perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu kehamilan sering menyulitkan diagnosis dan penatalaksanaan penyakit kelainan darah. Penurunan kadar HB pada wanita sehat dan hamil disebabkan oleh volume plasma yang lebih besar dari pada peningkatan volume sel darah merah pada trimester kedua (Arif, 2001)

Anemia pada wanita dipersulit oleh adanya perbedaan normal konsentrasi heamoglobin antara wanita dan pria. Antara wanita berkulit putih dan hitam, antara wanita hamil dan wanita tidak hamil, dan antara wanita hamil yang mendapat suplemen besi dan mereka yang tidak. (Cunningham, 2006).

Anemia pada masa kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar heamoglobin dibawah 11 gr %. Pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr % pada trimester II, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi ibu tidak selama masa nifas terjadi karena hemodilusi terutama pada trimester II (Saifudin, 2002).

Anemia secara fungsional sebagai penurunan jumlah masa eritrosit sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya untuk membawahkan oksigen dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer. Penurunan oksigen secara praktis. Anemia ditentukan oleh penurunan kadar haemoglobin (Arif, 2001)

Anemia adalah ibu dengan kadar haemoglobin dalam darahnya kurang dari 12 gr % (Hanifa, 2002).

Anemia adalah kondisi dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr % pada trimester I dan III atau kadar haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester II (Sarwono, 2002).

2. Etiologi

Semua kelainan yang menyebabkan anemia yang dijumpai pada wanita usia subur dapat menjadi penyulit kehamilan. Klasifikasi yang terutama didasarkan pada etiologi dan mencakup sebagian besar anemia pada ibu hamil.

a. ACQUIRED (yang didapat).

- 1). Anemia defisiensi besi
- 2). Anemia akibat perdarahan akut
- 3). Anemia pada peradangan atau keganasan
- 4). Anemia megaloblastik

5). Anemia hemolitik didapat

6). Anemia aplastik atau hipolastik

b. Herediter

1). Talasemia

2). Hemoglobinopati lain

3). Anemia hemolitik herediter tanpa heamoglobin (Sudoyo, 2006).

c. Penyebab anemia umumnya adalah :

1) Kurang gizi (malnutrisi)

2). Kurang zat besi dalam diet

3). Malapsorbsi

4). Kehilangan darah yang banyak, persalinan yang lalu, haid dll.

5). penyakit – penyakit kronik seperti TBC, Paru, cacingan, malaria, dll (Mochtar, 1998).

Dalam kehamilan jumlah darah bertambah (hyperemia/ hipovolume) karena terjadi pengenceran darah karena sel - sel darah tidak sebanding bertambahnya dengan plasma darah.

3. Frekwensi

Anemia sedikit lebih sering di jumpai pada wanita hamil dari kalangan kurang mampu. Anemia tidak terbatas hanya pada mereka. Frekuensi anemia selama kehamilan sangat bervariasi, terutama

bergantung pada apakah selama hamil wanita yang bersangkutan mendapat suplemen besi (Cunningham, 2006).

Diseluruh dunia ferkuensi anemia dalam kehamilan cukup tinggi berkisar antara 10 – 20 %. Karena defisiensi makanan memegang peranan yang sangat penting, dalam timbulnya anemia maka dapat di pahami bahwa frekuensi itu lebih tinggi lagi di negara yang sedang berkembang dibanding dengan negara yang sudah maju.

Frekuensi dalam kehamilan setinggi 18,5 %, pseudoanemia 57,9 %, dan wanita hamil dengan heamoglobin 129/ 1100 ml atau lebih banyak 23,6 %, heamoglobin rata – rata 12,3 g / ml dalam trimester I 11,3 g / 100 ml, dalam trimester II 10,8 g/ 100 ml dalam trimester III hal itu disebabkan karena pengenceran darah menjadi makin nyata dengan lanjutnya umur kehamilan, sehingga frekuensi anemia dalam kehamilan meningkat (Hanifa, 2002).

4. Klasifikasi

- a. Faktor – faktor yang mempengaruhi pembentukan darah adalah :
- b. Komponen (bahan) yang berasal dari, makanan meliputi : protein, glukosa, dan lemak, vitamin B12, asam folat dan vitamin C, elemen dasar, Fe, ion, Cu, dan Zink.
- c. Sumber pembentukan darah, sumsum tulang

- d. Kemampuan resorpsi usus halus terhadap bahan yang diperlukan
- e. Umur sel darah merah (eritrosit) terbatas sekitar 120 hari, sel – sel darah merah yang sudah tua dihancurkan kembali menjadi bahan baku untuk membentuk sel darah yang baru.
- f. Terjadinya perdarahan kronik (menahun)
 - 1). Gangguan menstruasi
 - 2). Penyakit yang menyebabkan perdarahan pada wanita seperti mioma uteri, polip cerviks, penyakit darah
 - 3). Parasit dalam usus seperti askariasis, ankilostomiasis, taenia (Manuaba, 1998).

Berdasarkan faktor diatas anemia dapat digolongkan menjadi

- 1). Anemia defisiensi besi (kekurangan zat besi)
- 2). Anemia megaloblastik (kekurangan vit B12)
- 3). Anemia hemolitik (gangguan pembentukan sel – sel darah merah)
- 4). Anemia hipoplastik (gangguan sel – sel darah), (Manuaba, 1998).

5. Patofisiologi

Anemia pada sistem organ terlihat, maka dapat menimbulkan manifestasi klinik yang luas, manifestasi tergantung pada :

- a. Kecepatan timbulnya anemia
- b. Umur individu

- c. Mekanisme kompensasinya
- d. Tingkat aktifitasnya
- e. Keadaan penyakit yang mendasari pecahnya anemia tersebut

Karena jumlah efektif sel darah merah berkurang, maka lebih sedikitnya O_2 yang dikirim ke jaringan. Kehilangan darah merah yang mendadak (30 % atau lebih) seperti perdarahan, menimbulkan simptomatologi sekunder hipovolemia dan hipoksemia (Sarwono, 2002).

Mekanisme kompensasi tubuh bekerja melalui :

- a. Peningkatan curah darah jantung dan pernapasan, karena itu menambah pengiriman O_2 ke jaringan – jaringan lain oleh sel darah.
- b. Meningkatkan pelepasan O_2 oleh haemoglobin
- c. Mengembangkan volume plasma dengan mekanik cairan dari sel – sel jaringan.
- d. Retribusi aliran – aliran darah ke organ vital.

6. Komplikasi Anemia

- a. Pengaruh anemia terhadap kehamilan
 - 1). Bahaya selama kehamilan
 - a). Abortus
 - b). Persalinan premature
 - c). hambatan tumbuh – kembang janin dalam rahim

- d). Mudah menjadi infeksi
- e). Ancaman decompensasi kardis ($Hb < 6$ gr 50
- f). Molahidatidosa
- g). Hiperemesis gravidarum
- h). Perdarahan antepartum
- i). Ketuban Pecah dini (KPD).

2). Bahaya saat persalinan

- a). Gangguan his, kekuatan mengejan
- b). Kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar
- c). Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan
- d). Kala III dapat diikuti retensio placenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri
- e). Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum dan atonia uteri.

3). Bahaya Pada masa nifas

- a). Terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan post partum
- b). Memudahkan infeksi puerperium
- c). Pengeluaran asi berkurang
- d). Terjadi decompesasi kardis mendadak setelah persalinan
- e). Anemia saat nifas

f). Mudah terjadi infeksi mammae

4). Bahaya terhadap janin

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk :

- a). Abortus
- b). Terjadi kematian intra uterus
- c). Persalinan prematuritas tinggi
- d). Berat badan lahir rendah
- e). Kelahiran dengan anemia
- f). Dapat terjadi cacat bawaan
- g). Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal
- h). Inteligensi rendah (Manuaba, 1998).

7. Bentuk – Bentuk Anemia

Faktor – faktor yang mempengaruhi pembentukan darah

- a. Komponen (bahan) yang berasal dari makanan terdiri dari :
 - 1). Protein, glukosa dan lemak
 - 2). Vitamin B12, B6, asam folat, dan vit C

- 3). Elemen dasar : Fe, ion, Cu, dan zink
- b. Sumber pembentukan darah, sumsum tulang
Kemampuan resorpsi usus halus terhadap bahan yang diperlukan
- c. Umur sel darah merah (eritrosit) terbatas sekitar 120 hari, sel – sel darah merah yang sudah tua dihancurkan kembali menjadi bahan baku untuk membentuk sel darah yang baru.
- d. Terjadinya perdarahan kronik (menahun)
 - 1). Gangguan menstruasi
 - 2). Penyakit yang menyebabkan perdarahan pada wanita seperti mioma uteri, polip cerviks, penyakit darah

8. Gambaran klinis

Gejala dan tanda yang akan ditemui pada ibu hamil yang anemia yaitu,: lemas, pusing, mudah pingsan, malaise, sakit kepala, lidah luka, napsu makan menurun, malnutrisi, mual dan muntah, konsentrasi hilang dan nafas pendek. Pada anemia yang parah pada pemeriksaan fisik ditemukan kulit nampak pucat, mukosa mulut, gusi dan kuku – kuku jari, tachicardi, rambut rapuh serta lidah licin pada anemia berat (Forney dkk, 2002).

- a. Pada pemeriksaan laboratorium
 - 1). Dengan cara sahli

Pada pemeriksaan dengan sahli ditemukan kadar heamoglobin < 11 gr %, hal ini dapat menentukan seseorang menderita anemia, tetapi kadar heamoglobin saja belum dapat membedakan type anemia maka perlu ada pemeriksaan lainnya.

2). Dengan cara hapusan darah tepi

Jika tidak tersedia cukup banyak zat besi untuk pembentukan sel – sel darah merah, itu menjadi pucat dan ukurannya menjadi kecil, karena itu disebut hipokhronin dan mikrositik, namun jarang ditemukan pada penderita anemia ringan hanya pada penderita anemia berat (Saifuddin , 2002).

9. Diagnosa

Untuk menegakkan diagnosa anemia masa nifas dapat dilakukan dengan anamnesa dan pemeriksaan serta pengawasan heamoglobin yang dapat menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan heamoglobin yang dapat menggunakan alat sahli hasil pemeriksaan heamoglobin dengan sahli dapat digolongkan sebagai beriku :

- a. Hb 11 gr % tidak anemia
- b. Hb 9 – 10 gr % anemia ringan
- c. Hb 7 – 8 gr % anemia sedang
- d. < 7 gr % anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu : pada trimester I dan trimester III sebenarnya pemeriksaan dan pengawasan Hb dilakukan untuk pemantauan (Manuaba, 1998) pemeriksaan kadar Hb dan darah tepi akan memberikan kesan I pemeriksaan Hb dengan spektrofotometrik merupakan standar (Saifudin, 2002).

10. Penanganan

Untuk menghindari terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data – data dasar kesehatan umum calon ibu selain itu diperhatikan apakah ibu mempunyai resiko untuk menderita anemia :

1. Jarak antar kehamilannya pendek (kurang dari 2 tahun)
2. Riwayat anemia sebelumnya
3. Perdarahan atau bedah sesar pada kehamilan sebelumnya.

Tiap kunjungan ibu hamil dilakukan pemeriksaan kemungkinan adanya anemia melalui pemeriksaan fisik

- a). Melihat kelopak mata
- b). Melihat warna kuku, gusi dan telapak tangan

Pemeriksaan Hb hendaknya dilakukan pada kunjungan pertama, dan minggu ke 28. Hb dibawah 7 gr % adalah anemia berat. Bila tidak ada

pemeriksaan yang tersedia. Periksa kelopak mata dan perkirakan ada tidaknya anemia.

Pada daerah endemis malaria perlu dilakukan pemeriksaan darah tepi ibu hamil yang menderita malaria mudah dan tepat menderita komplikasi berat dan meninggal.

Demikian pula perlu dilakukan pemeriksaan terhadap telur cacing. WHO menganjurkan, pemberian sulfa ferosus 320 2x 1 sehari bagi semua ibu hamil. Jika hb 8 gr % atau kurang pada salah satu kunjungan. Tingkatkan tablet tambah besi 3 x 1 sehari selama akhir masa kehamilan. Bila ditemukan anemia pada ibu hamil diberikan tabletbbesi 2 0 3 kali tablet / hari 2 – 3 bulan dan dilakukan :

1. pemantauan hb
2. periksa sampel tinja untuk melihat kemungkinan adanya cacing tambang dan parasit lainnya
3. periksa darah tepi terhadap parasit malaria (didaerah endemis) pada tiap kali kunjungan. Mintalah ibu untuk minum tanlet besi yang cukup dan menganjurkan agar obat – oabatan tersebut di minum dengan benar, dan teratur. Bila tidak ada tablet zat besi dan besi dan tablet asam folat maka dapat diberikan tablet zat besi dalam bentuk terpisah, namun dengan dosis yang sama. Vitamin C membantu penyerapan zat besi sehingga menjadi lebih efisien.

Anjurkan agar ibu :

1. minum tablet zat besi dengan buah – buahan misalnya tomat, jeruk, air jeruk nipis, kaya akan vitamin C
2. makan sayuran hijau setiap hari
3. menghindari minum teh dan kopi, karena dapat mengurangi penyerapan zat besi jika ibu tidak mendapatkan vitamin C yang cukup dalam makanannya berikan tablet vitamin C 250 mg / hari.

Berikan profilaksis malaria bagi ibu hamil yang tinggal di daerah endemis malaria dosisnya 300 mg (2 tablet/ 150 mg) diberikan sekali dalam 1 minggu pada hari yang sama. Pemberian di mulai pada umur kehamilan 3 bulan sampai dengan masa nifas. Jika pada pemeriksaan tinja ditemukan telur cacing berikan obat cacing yang sesuai.

Adapun beberapa hal yang dapat dianjurkan untuk meningkatkan jumlah darah dengan mengkonsumsi sumber – sumber makanan antara lain :

1. sumber makanan yang kaya akan zat besi, kuning telur, kacang tanah, buah – buahan, ikan, hati, daging, ayam, kerang, biji – bijian dan sayur – sayuran, sayuran berwarna hijau misalnya, bayam dan singkong.
2. sumber makanan kaya akan asam folat sayur – sayuran berwarna hijau daun singkong, bayam, sawi, daging, ikan, kacang, telur, biji – bijian dan jamur

3. sumber makanan kaya vitamin C buah – buahan, jeruk nipis, tomat, mangga, papaya, jambu, rambutan, alfokat, nenas. Penyimpanan dan pemanasan merusak vitamin C hindari pemasakan jika mungkin.

11. Pencegahan

Usaha – usaha untuk pencegahan yang dilakukan untuk pencegahan anemia secara dini adalah :

- a Pendidikan kesehatan tentang gizi
- b Pencegahan terbaik adalah makanan bergizi terutama sayuran berwarna hijau dan kuning
- c Minum tablet sulfas ferosus memberikan rasa mual, bagi ibu yang minum dan dianjurkan ibu minum tablet sulfa ferosus pada malam hari, saat mau tidur setiap ibu hamil minimal tablet sulfa ferosus sebanyak 90 butir selama hamil dan 40 butir setelah melahirkan.
- d Untuk pengobatan ibu hamil harus berobat ke puskesmas (Manuaba, 1998).

B. MANAJEMEN KEBIDANAN

Bidan dalam manajemen kesehatan mempunyai peranan yang penting dalam penurunan angka kematian ibu dan anak dan sebagai ujung tombak pemberian asuhan kebidanan. Dalam memberi asuhan, bidan

sebagai individu yang memegang tanggung jawab terhadap tugas pada kliennya, memberi pelayanan yang komprehensif. (*Simatupang, 2008*).

1. Definisi

Manajemen kebidanan pada ibu intranatal adalah proses pemecahan masalah pada ibu intra natal yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan penemuan, ketrampilan dalam rangka tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

(*Varney, 1997 dalam Salmah, 2006*).

2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intra natal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko – resiko yang terjadi selama proses persalinan.

Hasil yang diharapkan : terlaksananya asuhan segera/ rutin pada saat ibu intra partum (Kala I/kala IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang di buat pada langkah sebelumnya.

(*Varney, 1997 dalam Simatupang 2008*).

3. Hasil yang diharapkan

Terlaksananya asuhan segera/ rutin pada saat ibu intrapertum (kala I s/d IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosis kebidanan, mengidentifikasikan masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah selanjutnya.

4. Proses Manajemen

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic.

Ketujuh langkah tersebut adalah :

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data

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

Data diperoleh melalui :

1). Anamnese :

(a). Bio data, data demografi

2). Riwayat kesehatan termasuk faktor herediter dan kecelakaan pada keluhan utama klien mengatakan sakit.

- (a). Riwayat menstruasi
 - (b). Riwayat obstetric dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi
 - (c). Biopsikospiritual
 - (d). Pengetahuan klien
- 3). Pemeriksaan fisik, sesuai kebutuhan dan tanda – tanda vital
- 4). Pemeriksaan khusus
- (a). Inspeksi
 - (b). Palpasi
 - (c). Auskultasi
 - (d). Perkusi
- 5). Pemeriksaan penunjang
- (a). Laboratorium
 - (b). Diagnosa lain : USG, Radiologi

Data yang terkumpul ini sebagai data dasar yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan klien untuk interpretasi kondisi klien dalam menentukan langkah berikutnya. (*Simatupang, 2008*).

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosis dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah

atau diagnosis yang spesifik.(Simatupang EJ, 2008). Sebagai contoh masalah psikososial yang berkaitan dengan hal – hal yang sedang di alami oleh klien dengan Gr, P, A, kehamilan, inpartu, Kala I janin intra uteri, presentase, tunggal, hidup/ mati dengan Anemia Sedang.

Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi “ standar nomenklatur” (tata nama) diagnosa kebidanan.

(*Varney, 2002*)

c. Langkah III. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Sebagai contoh yaitu masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu dan janin adalah :

1). Pada ibu potensial terjadinya

(a). Perdarahan post partum

(b). Infeksi

2). Pada janin potensial terjadi

(a). Hipoksia

(b). Gawat janin

Langkah ini membutuhkan antisipasi bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan siap – siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini agar tidak terjadi kalau dimungkinkan dan bersiap – siap menghadapinya bila diagnosa / masalah potensial ini benar – benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Baik Oleh Bidan Maupun Dokter, dan atau Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Manajemen ini berlaku baik asuhan primer periodic dan pada antenatal, juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada masa intra natal. Data baru harus terus menerus dikumpulkan dan di evaluasi. Beberapa data mengindikasikan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan ibu dan bayi (misalnya perdarahan antepartum, perdarahan post partum, distosia bahu atau bayi yang lahir dengan nilai apgar yang rendah).

Beberapa kasus mengindikasikan situasi yang membutuhkan tindakan segera sambil menunggu tindakan dokter, misalnya pada kasus prolaps tali pisat. Sedang pada kasus lainnya tidak memerlukan

tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter, misalnya pada kasus pre-eklampsia berat atau pada situasi lain yang memerlukan profesi kesehatan lainnya, ahli gizi, psikolog dll. Bidan yang mengkaji kondisi klien dan menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/data yang kurang lengkap dapat dilengkapi,

Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio-kultural, ekonomi atau psikologi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

f. Langkah VI. Pelaksanaan Langsung Asuhan Yang Efisien dan Aman.

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar – benar terlaksana). Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

g. Langkah VII. Evaluasi

Pada langkah ini evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa maupun masalah. Pelaksanaan asuhan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila mana benar – benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen,

untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan.

Langkah – langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berpikir, yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik.

Melihat penjelasan diatas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir sehingga dalam melaksanakan asuhan kepada klien bidan diharapkan menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, sehingga seluruh aktifitas/ tindakan yang diberikan oleh bidan kepada klien akan efektif. (*Salmah, 2006*).

h. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan.

Langkah – langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinik untuk mengatasi masalah.

Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan

kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan kepada klien, yang didalamnya tersirat proses berpikir yang sistematis seorang bidan dalam menghadapi seorang klien sesuai langkah – langkah dalam proses manajemen kebidanan.

Menurut Hellen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah dan untuk mengetahui apa yang telah dilakukan bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu ;

1. S (subjektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah 1 Varney.

2. O (objektif)

Menggambarkan hasil pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

3. A (assessment)

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

- a). Diagnosis/masalah
- b). Antisipasi diagnosis/masalah potensial

- c). Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter,
konsultasi/kolaborasi dan /atau rujukan sebagai langkah 2,3,
dan 4 Varney.

4. P (plan)

Menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (1) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assessment sebagai langkah 5,6, dan 7 Varney.

Beberapa alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisasi penemuan dan kanklusi anda menjadi suatu rencana asuhan
2. Metoode ini merupakan intisari proses pelaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian kebidanan
3. SOAP merupakan urutan yang dapat membantu bidan dalam mengoraginsasikan pikiran dan memberi asuhan yang menyeluruh.

(Salmah, 2006)

B A B III

TINJAUAN KASUS

KASUS

Tanggal pengkajian : 30-05-2008

Jam : 02.10 wit

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura

Diagnosa Medis : Anemia Berat

Oleh : Mahasiswi AKBID Suriani Budu

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA I

Langkah Pertama : Pengkajian

1. Data Subyektif

a. Biodata

Nama klien : Ny. YM

Umur : 31 Thn

Agama : Kristen Protestan

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Suku/bangsa : Sentani/Indonesia

Nikah ke : I

Alamat : Yoka, Weana

b. Suami : Tn. H
 Umur : 30 Thn
 Agama : Kristen Protestan
 Pendidikan : Mahasiswa
 Pekerjaan : Swasta / Ojek
 Suku/bangsa : Maluku/ Indonesia
 Nikah ke : I
 Alamat : Yoka, Waena

b. Data Biologis dan Psikologis

1). Keluhan Utama :

Tanggal: 30 – 5 – 2008 jam 08.00 wit

- Ibu masuk ruang bersalin. Ibu mengeluh mules – mules di perut bagian ibu bawah (atas symphysis) sampai melingkar ke bagian belakang disertai dengan pengeluaran lendir dan darah.

- Ibu mengatakan kadang – kadang merasa pusing

2). Riwayat Keluhan Utama :

Sejak tanggal 30 -5 - 2008 jam 20.00 wit Ibu mengatakan mulai merasa mules pada perut bagian bawah namun kadang – kadang saja dan merasakan adanya pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir, gerakan janin kuat.

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

- a). Gravida : G IV PIII A0
- b). HPHT : 27 Agustus 2007
- c). TP : 30 Mei 2008
- d). ANC : 1 x Puskesmas Waena
- e). Imunisasi TT : 1 x
- f). Pergerakan janin dirasakan ibu : 20 minggu
- g). Cukup bulan menurut ibu : Bulan Januari 2008.

4). Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No	Umur kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Bb bayi	Keadaan ibu & bayi	Lama Asi	Usia anak
1.	CB	Rs. Abe	Bidan	3800 gr	Sehat	2 thn	9 thn
2.	CB	Rs. Abe	Bidan	2800	Sehat	1 thn	5 thn
3.	CB	Rs. Abe	Bidan	2800	Sehat	1 thn	3 thn
4.	Hamil ini						

5). Riwayat Keluarga Berencana : Suntik

6). Riwayat Reproduksi

- a). Menarche : 14 tahun
- b). Siklus Haid : 28 hari

- c). Durasi Haid : 3 – 4 hari
- d). Banyaknya : 2 x ganti doek
- e). Sifat darah haid : Encer
- f). Bau/warna : Amis / merah
- g). Gangguan waktu haid : Tidak ada

7). Riwayat Kesehatan Lalu

- a). Penyakit waktu anak-anak : Malaria
- b). Riwayat opname : Tidak pernah
- c). Riwayat pembedahan : Tidak pernah
- d). Penyakit serius saat ini : Tidak pernah

8). Riwayat Pwnyakit Dalam Keluarga

- a). Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
- b). Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada
- c). Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada
- d). Riwayat persalinan kembar : Tidak ada

9). Keadaan Psiko social

- a). Klien : mengatakan cemas menghadapi persalinan.
- b). Suami : Mengharapkan agar ibu melahirkan anak dengan selamat
- c). Keluarga: Merasa kuatir akan keadan ibu dan bayi

10). Latar belakang social

- a). Ibu berasal dari sentani dan suami berasal dari Maluku, walaupun mereka berasal dari suku/bangsa yang berbeda namun mereka sudah lama menetap di Jayapura.
- b). Mereka tidak memegang teguh adapt istiadat/ tradisi budaya dari daerah mereka, dan kehidupan mereka sudah membaur dengan masyarakat sekitarnya.

11). Keadaan keagamaan

Ibu dan suami aktif mengikuti ibadah mingguan di Gereja serta persekutuan kaum ibu dan bapak.

12). Dukungan dari keluarga

Kedua keluarga sangat mendukung akan kehidupan rumah tangga mereka dan mengharapkan ibu dapat melahirkan dengan selamat.

13). Keadaan social ekonomi

- suami bekerja sebagai tukang ojek dan penghasilan setiap hari tidak menentu.
- dan sebagai ibu rumah tangga yang tidak mempunyai penghasilan apa-apa.

14). Masalah – masalah selama kehamilan sekarang

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Mual dan muntah	ya	Tidak	Tidak
2.	Nyeri uluh hati	Ya	Tidak	Tidak
3.	Perut kembung	Ya	Ya	Tidak
4.	Sakit perut	Tidak	Tidak	Ya
5.	Pusing-pusing	Ya	Ya	Ya
6.	Mudah lelah	Tidak	Ya	Ya
7.	Sakit kepala	Tidak	Ya	Ya
8.	Gangguan pernapasan	Tidak	Tidak	Tidak
9.	Nyeri punggung	Tidak	Tidak	Tidak
10.	Haemoroid	Tidak	Tidak	Tidak
11.	Leukorea	Tidak	Tidak	Tidak
12.	Poliuri	Tidak	Tidak	Tidak
13.	Kram otot/ngilu	Tidak	Tidak	Ya

15). Pola kegiatan sehari – hari

Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
○ Pola nutrisi			
a. Frekuensi makan	1-2x sehari	3-4 x sehari	3-4 sehari
b. Nafsu makan	Kurang	Baik	Baik
c. Makanan kesukaan	Rujak	Semua makan	Semua makan
d. Makanan pantangan	-	-	-
e. Jumlah minum sehari	6-8 gelas/	6-8 gelas / hari	6-8 gelas/hari
○ Kebiasaan yang mempengaruhi kehamilan	hari		
a. Merokok		Tidak pernah	Tidak pernah
b. Minum alcohol	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
c. Obat penenang	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
d. Jamu	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
○ Eliminasi	Tidak pernah		
BAB: Frekuensi		1x sehari	1x sehari
Bau	1x sehari	Busuk	Busuk
Warna	Busuk	Kecoklataan	Kecoklatan
Konsistensi	Kecoklatan	Lunak	Lunak
BAK : Frekuensi	Lunak	6-7x sehari	7-9x sehari
Bau	7-8 x sehari	Amoniak	Amoniak
Warna	Amoniak	Kuning muda	Kuning muda
○ Pola tidur dan istirahat	Kuning muda		
a. Tidur siang		2 jam	2 jam
b. Tidur malam	2 jam	8 jam	8 jam
○ Olahraga dan rekreasi	8 jam		
a. Nonton TV		Ya	Ya

b. Dengar radio	Ya	Ya	Ya
c. Olah Raga	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah
o Higiene perorangan	Tidak pernah		
a. frekuensi mandi		2x sehari	2x sehari
b. Pakai sabun	2x sehari	Ya	Ya
c. Dikeringkan dengan handuk	Ya	Ya	Ya
d. Frekuensi sikat gigi	Ya	2x sehari	2x sehari
e. Sikat gigi dengan odol	2x sehari	Ya	Ya
f. Frekuensi cuci rambut	Ya	2x sehari	2x sehari
g. Memakai shampo	2x sehari	Ya	Ya
	Ya		

3. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1). Keadaan umum : Agak lemah
- 2). Kesadaran : Cm
- 3). Penampilan : Gemuk tinggi
- 4). Ekspresi wajah : Cemas
- 5). Tanda – tanda vital
 - a). TD : 130/70 mmHg
 - b). SB : 37° c
 - c). N : 84 x/m
 - d). R : 24 x/m

- 6). Tinggi badan : 158 cm
- 7). Berat badan sebelum hamil : ibu tidak tahu
- 8). Berat badan setelah hamil : 78 kg
- 9). Lila : 33 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1). Kepala

- a). Inspeksi : Rambut hitam, keriting, kulit kepala bersih
- b). Palpasi : Tidak ada benjolan

2). Muka

- a). Oedema : Tidak ada
- b). Cloasma gravidarum : Tidak ada

3). Mata

- a). Conjunctiva : Agak Pucat
- b). Sclera : Nampak icterus

4). Hidung

- a). Pengeluaran cairan : Tidak ada
- b). Kebersihan : Baik

5). Telinga

- a). Pengeluaran cairan : Tidak ada
- b). Kebersihan : Baik

6). Mulut / gigi

- a). Stomatitis : Tidak ada
- b). Lidah : Bersih
- c). Mukosa mulut : Lembab
- d). Caries : Tidak ada
- e). Kebersihan : Bersih

7). Leher

- a). Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
- b). Pembesaran kelenjar lymfe : Tidak ada

8). Dada dan Perut

a). Inspeksi

- (1). Bentuk dada : Simetris
- (2). Pergerakan dada : Ada
- (3). Masa : Tidak ada benjolan
- (4). Frekwensi pernapasan: 24 x/m
- (5). Jenis pernapasan : Normal

b). Palpasi

- Nyeri tekan : Tidak ada

9). Jantung

- a). Inspeksi : Ada gerakan
- b). Auskultasi : Tidak dilakukan

10). Payudara

a). Inspeksi

- (1). Kulit tegang : Ya
- (2). Membesar : Ya
- (3). Hiperpigmentasi : Ya
- (4). Putting susu kiri/kanan : Terbentuk
- (5). Kebersihan putting : Baik

b). Palpasi

- (1). Pengeluaran : Ada (kolostrum)
- (2). Pembesaran pada kelenjar aksila : Tidak ada

11). Abdomen

- a). Perut : Membesar
- b). Strie : Gravidarum
- c). Keadaan perut : Sesuai usia kehamilan
- d). Bekas operasi : Tidak ada

12). Vulva / Vagina

- a). Keadaan : Baik, tidak ada kelainan
- b). Flour albus : Tidak ada
- c). Varices : Tidak ada
- d). Pengeluaran : Lendir dan darah

13). Tungkai bawah

- a). Oedema : Ada, kiri / kanan
- b). Varices : Tidak ada
- c). Refleks : Ada (+)

c. Pemeriksaan Obstetrik

1). Palpasi

- a). Leopold I : 3 jari bawah px (31 cm)
- b). Leopold II : Memanjang, punggung kanan
- c). Leopold III : Bagian terendah kepala
- d). Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (3/5) bagian
- e). His

(1). Frekwensi : 3x dalam 10 menit

(2). Durasi : 30 – 40 detik

(3). Kekuatan : Kuat

(4). Relaksasi : Baik

(5). Keteraturan : Teratur

f). Gerakan Janin : Ada, kuat

g). Tafsiran berat janin : $(30 - 11) \times 155 = 2945$ gram (rumus
Johnson)

2). Auskultasi

a). Denyut jantung janin : Ada

b). Frekwensi : 136 x/dopler

c). Irama : Teratur

3). Perkusi : Refleks patella (+/+)

4). Pemeriksaan dalam

Tanggal : 30-5-2008 Jam : 13.30 wit

Oleh : Mahasiswa Suriani Budu

Hasil : a). Vulva/Vagina : Tidak ada Kelainan

b). Portio : Tebal, lunak

c). Pembukaan : 4 cm

d). Ketuban : (+), dipecahkan jam 13.00 wit

e). Presentasi : Kepala

f). Petunjuk : Ubun ubun kecil kiri depan

g). Penurunan : Hodge I/II

h). Kesan Panggul: Luas

i). Pengeluaran : Lendir darah

d. Pemeriksaan Penunjang

1). Laboratorium Tanggal : 30 – 5 – 2008

Darah

Gol. Darah : “B”

DDR : Negatif

HB : 3gr%

Langkah Kedua : Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa :

- a. Ibu 31 tahun, G IV PIII A0, kehamilan 40-41 minggu, inpartu kala I dengan Anemia berat
- b. Janin Intra uterin, presentasi kepala,tunggal,hidup.

2. Dasar :

- DS : a. Ibu mengatakan sakit diatas sympishis menjalar ke tulang belakang
- b. Kadang – kadang merasa pusing
 - c. Keluar lendir campur darah (+)
 - d. HPHT : 27 Agustus 2007, TP : 30 mei 2008

- DO : a. Keadaan Umum : agak lemah
- b. Kesadaran : compos mentis (cm)
 - d. Pemeriksaan Lab : Darah : HB 3 gr %
 - e. Golongan darah : “ B “
 - f. Palpasi : TFU 30 cm, letak janin memanjang pnggung kanan, bagian terendah kepala, kepala sudah masuk PAP (3/5) bagian.
 - g. Kontraksi : 3x / 10 menit, lamanya 30-40 detik,kuatHis :
 - h.Auskultasi : BJA (+) 136x/dopler,jelas teratur dan kuat.
 - h. Pemeriksaan Dalam : Jam 13.30 Wit
 - vulva / Uretra : Tidak ada kelainan

Dinding vagina	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tebal, lunak
Pembukaan	: 4 cm
Ketuban	: (+)
Presentasi	: Kepala
Penurunan	: Hodge I/II
Petunjuk	: Ubun –ubun kecil kiri depan
Kesan Panggul	: Luas
Pengeluaran	: Lendir darah

Langkah ketiga : Identifikasi dan Masalah Potensial

Potensial terjadi pad ibu :

1. Gangguan His
2. Partus lama
3. Infeksi

Potensial terjadi pada bayi :

- 1 Gawat Janin
2. Hipoksia

Dasar

DS : kadang – kadang merasa pusing

DS : a. KU ibu agak pucat (+)

b. Pemeriksaan fisik

conjunktifa : agak pucat

Sklera : nampak ikterus

d. Pemeriksaan Lab. Darah : HB : 3 gr%.

Langkah Keempat : Tindakan Segera / Kolaborasi

- a. Mengatur posisi ibu miring kiri
- b. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, tanda –tanda vital, his dan BJA
- c. Kolaborasi dokter untuk penanganan anemia berat :
Pasang infuse, cairan RL kecepatan 30 tetes / menit
Pasang oksigen 5 liter/ menit
Pemberian obat – obatan
 1. Cefadroxile 500 mg 3 x 1 tablet
 2. Vitamin C 3 x 1 tablet
 3. Vitamin B Complex 3 x 1 tablet
 4. Sulfa Ferrosus (SF) 2 x 1 tablet
- d. Permintaan darah 1000 cc

Langkah Kelima : Perencanaan

Tanggal 30 – 5 – 2008 Jam : 13.30 WIT

1. Atur posisi ibu
2. Hadirkan keluarga
3. Pantau keadaan umum, kesadaran , tanda – tanda vital (TD,N,RES,SB)

4. Observasi HIS, BJA dan pengeluaran pervaginam tiap 15 menit
5. Penuhi kebutuhan nutrisi dan elektrolit ibu
6. Kosongkan kandung kemih
7. Ganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
8. Beri tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada HIS, posisi yang aman saat melahirkan.
9. Ajar ibu teknik pernapasan di luar His
10. Berikan dukungan mental dan moril serta penjelasan tentang fisiologis persalinan pada ibu.
11. Siapkan perlengkapan ibu, bayi, alat dan penolong.
12. Pantau kemajuan persalinan
13. Kolaborasi dokter pasang
 - a. Infuse RL 30 tetes/ menit dan pasang oksigen 5 liter/ menit.
 - b. Pasang darah.

Langkah VI : Tindakan Asuhan Menyeluruh

Tanggal : 30- 5- 2008

Jam : 13.45 WIT

1. Mengatur posisi ibu miring kiri
2. Menghadirkan salah satu keluarga
3. Pantau keadaan umum, kesadaran, Tanda – tanda vital (TD 130/70 mmhg, RESP 24 x/m, N 84 x/m, SB 37° C) pukul 13. 45 wit
4. Mengobservasi HIS, BJA, dan pengeluaran pervaginam tiap 15 menit

5. Memberi minum ibu susu 1 gelas dan memberi makan ibu nasi, sayur, ikan dan buah papaya.
6. Membantu ibu BAK di kamar mandi
7. Mengganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
8. Memberi tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada His, posisi yang aman saat melahirkan.
9. Mengajarkan teknik pernapasan di luar HIS.
10. Memberikan dukungan mental dan moril serta penjelasan tentang fisiologis persalinan pada ibu
11. Mempersiapkan perlengkapan ibu, bayi, alat dan penolong.
12. Pukul 13. 50 wit melanjutkan instruksi dokter : pasang infuse RL dengan kecepatan 30 tetes / menit serta pasang oksigen 5 liter/ menit
13. Memantau kemajuan persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam pada jam 17.15 wit, hasilnya dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm (Fase dilatasi maksimal).

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008

Jam : 17.00 WIT

1. keadaan umum agak lemah , kesadaran cm, TTV dalam batas normal
2. HIS : Frekwensi 3-4 x/m dalam 10 menit, durasi 40 detik, kuat, lama, relaksasi ada, BJA 138 x/dopler.
3. Pengeluaran pervaginam : lendir dan darah bertambah banyak.

4. Infus RL kosong dengan kecepatan 30 tetes/menit, sedang menetes dengan baik sedangkan oksigen telah dilepas karena ibu merasa terganggu.
5. Darah 500 cc masuk pada pukul 15.00 wit
5. Perlengkapan ibu, bayi, penolong dan alat telah siap.
6. Ibu tampak bersih, sudah makan dan minum.
7. Ibu siap melahirkan bila sudah waktunya.
8. Pada pemeriksaan dalam pada jam 17.15 wit, pembukaan 4 cm menjadi 9 cm (Fase dilatasi maksimal).

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

Langkah I Pengkajian

Tanggal : 30 – 5 – 2008 Jam : 17. 10 WIT

a. DS

1. Ibu merasa mules semakin kuat dan sering
2. Ibu ingin buang air besar
3. Ibu mengeluh masih terasa pusing
4. Ibu merasa kram di daerah tungkai

b. DO

1. HIS (+) frekwensi 4-5 x dalam 10 menit, durasi 60 detik, interval 2-3 menit/
kuat, BJA 138 x/m.
- 2 Ketuban dipecahkan jam 17.15 wit

4. Perineum meregang dan anus membuka bila ada HIS.
5. Infus RL kosong dengan kecepatan 32 tetes / menit sedang menetes dengan baik. Dibarengi dengan bolus Dextrose 40 % 2 kolf.
6. Pemeriksaan dalam tanggal 30 – 5 – 2008 jam 17. 15 wit
 - a). Portio : Tidak teraba
 - b). Pembukaan : 10 cm
 - c). Ketuban : Negatif (-), dipecahkan
 - d). Presentase : Kepala
 - e). Penurunan : Kepala 0/5
 - f). Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan

Langkah II Interpretasi Data Dasar

Tanggal : 30 – 5 – 2008

Diagnosa ibu : Umur 31 tahun, G IV, P III, A 0, hamil 40-41 minggu,
inpartu kala II dengan anemia berat

Diagnosa janin : Intra utrin, presentase kepala, tunggal, hidup.

Dasar :

a. DS

- Ibu mengeluh merasa mules semakin sering dan kuat
- Ibu ingin buang air besar
- Ibu mengeluh merasa pusing
- Ibu merasa kram di daerah tungkai

b. DO

1. HIS (+) frekwensi 4-5 x dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat dan relaksasi ada.
2. Pemeriksaan dalam tanggal 30 – 5 – 2008 jam 17.15 wit
 - a). Portio : Tidak teraba
 - b). Pembukaan: 10 cm
 - c). Ketuban : Negatif (+)
 - d). Presentasi : Kepala
 - e). Penurunan : Hodge IV
 - f). Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan
3. Perineum menegang dan anus membuka
4. Nampak rambut di vulva apabila ada HIS dengan Diameter 5 cm.
5. DJJ (+) frekwensi 150 x/m
6. Terasa pergerakan janin

Langkah III Diagnosa Potensial

1. Potensial terjadi gawat janin

Dasar :-Anemia berat (HB 3 gr %)

_ HIS semakin sering dan kuat

2. Potensial terjadi partus macet

Dasar : - Anemia berat (HB 3 gr %)

- Ibu mengeluh merasa pusing dan agak lemah

Langkah IV Tindakan segera

1. Pimpinan persalinan
2. Pantau cairan infuse + masukan dextrose 40 % 2 kolf

Langkah V Rencana Asuhan

Tanggal : 30 - 5 – 2008

1. Atur posisi ibu setengah duduk
2. Persiapan penolong, alat dan ibu
3. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik di luar his
4. Ingatkan keluarga memberi minum saat tidak ada HIS
5. Observasi HIS, DJJ dan pantau cairan infuse
6. Lakukan pertolongan persalinan
7. Pimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat, beri pujian apabila kepala bayi maju, pada pukul 17.20 wit
8. Letakkan handuk kering diatas perut ibu
9. Tahan perineum dengan doek steril saat kepala janin mencapai diameter 5 – 6 cm.
10. Lakukan fleksi ringan
11. Lakukan fleksi ringan
12. Lahirkan kepala
13. Periksa lilitan tali pusat
14. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan

15. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang
16. Lahirkan badan bayi dengan sangga susur
17. Letakkan bayi diatas perut ibu , dikeringkan, ganti kain bersih, bungkus bayi
18. Cek Fundus uteri
19. Berikan injeksi Oksitosin 10 UI / IM
20. Jepit lalu potong/ gunting tali pusat
21. Pantau cairan infuse serta masukan dextro 40 % 2 kolf

Langkah VI Implementasi

Tanggal : 30-5-2008

Jam : 17.15 WIT

1. Mengatur posisi ibu setengah duduk
2. Mempersiapkan ibu, alat dan penolong
3. Mengajarkan ibu cara mengedan di luar HIS
4. Mengingatkan keluarga memberi minum susu ultra 3 kotak saat tidak ada HIS
5. Mengobservasi HIS, DJJ dan mamantau cairan infuse dan dibarengi dengan memberikan dextro 40 % 2 kolf
6. Melakukan pertolongan persalinan pada pukul 17 .20 wit
7. Memimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat dan memberi pujian pada ibu apabila kepala bayi maju hingga nampak di vulva
8. Meletakkan handuk diatas perut ibu

9. Menahan perineum dengan doek steril saat kepala bayi mencapai diameter 5-6 cm
10. Melakukan fleksi ringan
11. Melahirkan kepala
12. Memeriksa lilitan tali pusat
13. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar dengan spontan
14. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang
 - a. Kedua tangan penolong mencekap kepala bayi secara biparietal
 - b. Kepala diarahkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan
 - c. Kemudian keatas untuk melahirkan bahu belakang
15. Melakukan sangga susur untuk melahirkan badan bayi
 - a. Tangan kanan berada diantara kepala dan bahu
 - b. Tangan kiri menelusuri, bokong dan mencekap kedua kaki
 - c. Maka lahirlah bayi diatas tangan penolong
16. Jam 17.30 wit bayi lahir spontan dan menangis diatas tangan penolong, meletakkan bayi diatas perut ibu, dikeringkan, ganti kain yang bersih dan bungkus bayi.
18. Mengecek fundus uteri dan ternyata bayi tunggal
19. Meminta ijin pada ibu dan memberikan suntikan Oksitosin 10 UI / IM pada pukul 17. 32 wit
20. Menjepit tali pusat dan menggunting tali pusat pada pukul 17.35 wit

21. Memantau cairan infuse.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008

1. Tanggal 30 – 5 – 2008 jam 17.30 wit bayi lahir spontan, letak belakang kepala, jenis kelamin laki – laki , hidup, A/S 8/9, cacat, caput (-), bayi ditangani oleh petugas Perinatologi.
2. Keadaan umum ibu : baik
3. Tinggi fundus uteri : setinggi pusat
4. Ibu mengatakan masih mules pada perut bagian bawah dan sangat gembira karena bayinya telah lahir dengan selamat.
5. Injeksi oksitosin 10 UI / IM pukul 17.32 wit
6. Jumlah perdarahan 100 cc
7. Placenta belum lahir
8. Cairan RI kosong dengan kecepatan 30 tetes / menit masih menetes dengan baik.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

Langkah I Pengkajian

Tanggal : 30 – 5 – 2008

Jam : 17.35 WIT

Pengumpulan data dasar

DS : a.Ibu mengatakan perut masih terasa mules

- b. Ibu mengatakan pusing berkurang
- c. Ibu merasa lelah dan haus
- d. Ibu mengatakan bersyukur karena anaknya telah lahir

DO : a. Palpasi

1) Tinggi fundus uteri : Setinggi pusat

2) Kontraksi uterus : Baik

b. Placenta belum lahir

1). Keadaan umum : Baik

2). Kesadaran : CM

3). Tanda – tanda vital :

- TD : 120/70 mmHg

- ND : 88 x/m

- R : 24 x/m

- SB : 37° C

c. Ada pengeluaran darah sedikit

d. Tes pelepasan placenta secara kustner, placenta belum lepas

e. Vesika urinaria : Kosong

f. Perineum : Utuh

Langkah II Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : P IV, A 0, Inpartu kala III dengan Anemia Berat

Dasar :

DS :

- a. Ibu mengatakan perut mules
- b. Ibu merasa lelah dan haus

DO :

- a. Palpasi, tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi baik
- b. Test pelepasan secara kustner : placenta belum lahir
- c. Kandung kemih : kosong
- d. Perineum : Utuh
- e. Keadaan umum baik, kesadaran : CM, TD 120/70 mmHg, N 88 x/m, R 24 x/m, SB 37° C.
- f. Perdarahan ada

Langkah III : Diagnosa Potensial

1. Potensial terjadinya perdarahan postpartum

Dasar : Ibu lelah

2. Potensial terjadinya retensio placenta

Dasar : Placenta belum lahir

Langkah IV : Tindakan Segera

1. Pantau cairan infuse + Oksitosin 1 ampul drip + Metergin 1 Ampul/IM

2. Manajemen aktif kala III

Langkah V : Rencana Asuhan

Tanggal : 30-5-2008 Jam : 17.30 WIT

1. Obsevasi keadaan umum
2. Observasi tanda – tanda vital
3. Berikan intek nutrisi
4. Periksa vesika urinaria
5. Lahirkan placenta secara kustner
6. Periksa kelengkapan placenta.
7. Lakukan masase kontraksi uterus dan ajari ibu menilai kontraksi uterus
8. Ukur jumlah perdarahan
9. Bersihkan ibu dari lendir dan darah
10. Pantau cairan infuse

Langkah VII : Implementasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008 Jam : 17.35 WIT

1. Pantau tanda – tanda vital (TD 120/70 mmHg, N 88 x/m, R 24 x/m, SB 37° C)
2. Meletakkan kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen
3. Memberikan ibu minum teh hangat 1 gelas
4. Melahirkan placenta secara Peregangan Tali Pusat Terkendali :
 - a). Tangan kanan memindahkan klem pada tali pusat $\pm$ 5 – 10 cm dari depan vulva.

- b). Tangan kiri menekan bagian atas symphysis dengan telapak tangan menghadap ke fundus uteri, menunggu uterus berkontraksi
 - c). Lakukan dengan tangan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang dengan hati – hati
 - d). Setelah placenta lepas meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan atas sesuai survey jalan lahir
 - e). Placenta terlihat di introitus vagina, selanjutnya lahirkan placenta dengan menggunakan kedua tangan, memegang placenta dengan hati – hati dan memutar placenta sehingga selaput placenta terpelin
 - f). Melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut sehingga uterus berkontraksi.
- Pukul 17. 35 wit placenta lahir di tangan penolong.

- 7. Memeriksa kelengkapan placenta, kotiledon lengkap
- 8. Mengajari ibu menilai kontraksi uterus dan masase uterus
- 9. Mengukur jumlah perdarahan
- 10. Memantau cairan infuse RL + Oksitosin drip 32 tetes /menit dan dilanjutkan dengan injeksi Metergin 1 ampul IM pukul 17. 40 wit

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008

Jam : 17.45 WIT

- 1. Placenta lahir lengkap dengan kotiledon dan selaput placenta secara maternal

- Ukuran 18 x 17 x 2 cm, berat 350 gram, insersi sentralis, panjang tali pusat $\pm$ 45 cm pukul 17.35 wit.
2. Palpasi tinggi fundus uteri : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik
 3. Cairan infuse RL + Oksitisin 1 ampul drip dengan kecepatan 32 tetes / menit masih terpasang dengan baik dan metergin 1 ampul telah diberikan secara IM pada pukul 17.40 wit
 4. Perdarahan kala III $\pm$ 100 cc
 5. Keadaan umum : Baik dan kesadaran : Compus Mentis

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Tanggal 30 – 5 – 2008

Jam : 17. 35 WIT

Langkah I Pengkajian

a. DS

1. Ibu mengatakan perut mules
2. Ibu merasa haus
2. Ibu merasa lelah dan capek
4. Ibu merasa tidak nyaman karena belum dibersihkan

b. DO

1. Keadaan umum : baik, kesadaran : compus mentis
2. Palpasi tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus (+)
3. Placenta lahir lengkap dengan selaput jam 17 .35 wit

4. Perdarahan kala III $\pm$ 100 cc

5. Perineum utuh

6. Cairan RL + Oksitosin 1 ampul drip dengan kecepatan 32 tetes / menit masih menetes dengan baik

7. Tanda – tanda vital

TD : 120/70 mmHg

N : 88 x/m

R : 24 x/m

SB : 37° C

8. Ibu tampak kecapean

9. Periksa Hb post partum 3 gram %

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : P I, A 0, partus kala IV (2 jam post partum) dengan Anemia Berat

DS :

- a. Ibu merasa perut mules dan lelah
- b. Ibu merasa haus
- c. Ibu merasa tidak nyaman karena belum dibersihkan

DO :

a. Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmHg

N : 88 x/m

R : 24 x/m

SB : 37° C

b. HB post partum 3 gram %.

c. Data dasar

- 1). Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat
- 2). Jam 17.35 wit placenta lahir lengkap dengan kotiledon dan selaputnya
- 3). Kontraksi uterus baik, perdarahan kala III ± 100 cc

Langkah III Identifikasi Masalah Potensial

Potensial terjadi perdarahan post partum

Dasar : anemia berat HB 3 gr %

Potensial terjadi syok

Dasar : - Anemia berat HB 3 gr %

- Perdarahan post partum ± 100 cc

Langkah IV Tindakan Segera

Ganti cairan RL dengan kantong darah 1000 cc

Langkah V Rencana Asuhan

1. Observasi tanda – tanda vital dan kandung kemih
2. Nilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase
3. Bersihkan ibu dengan air DTT pada daerah sekitar ibu, ganti kain kering dan bersih, berikan softeks dan pakaian
4. Berikan makan dan minum

5. Motivasi ASI eksklusif
6. Observasi 2 jam post partum, control uterus, TTV, fundus uteri, tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
7. Anjurkan ibu istirahat yang cukup
8. Rendam instrument dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit
9. Buang bahan – bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai
10. Bersihkan alat tenun/ atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % dan air DTT
11. Cuci tangan pada air mengalir
12. Ganti cairan RL dengan kantong darah 1000 cc dan atur cairan 28 tetes / menit
13. Dokumentasi kegiatan

Langkah VI Implementasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008 Jam : 17.50 WIT

1. Mengobservasi tanda – tanda vital, kandung kemih
2. Menilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase
3. Membersihkan ibu dengan air DTT pada daerah sekitar ibu, ganti kain kering dan bersih dan memakaikan softeks serta pakaian
5. Memberikan makan roti dan minum teh hangat
6. Memotivasi ASI eksklusif

7. Mengobservasi 2 jam post partum, control uterus, fundus uteri tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua
9. Menganjurkan istirahat yang cukup
10. Merendam instrument dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit
11. Membuang bahan – bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai
12. Membersihkan alat tenun / atribut penolong dengan larutan clorin 0,5 % dan air DTT
13. Mencuci tangan pada air mengalir
14. Mengganti cairan RL kosong dengan kantong darah 1000 cc dengan tetesan 28 tetes / menit
15. Dokumentasi kegiatan persalinan

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 30 – 5 – 2008 Jam : 17.55 WIT

S : - Ibu sudah makan dan minum

- Ibu merasa capek dan mengantuk

O :-Keadaan umum ibu baki, kesadaran Compus Mentis namun agak pucat.

-Pukul 19. 30 Wit, tanda tanda vital ibu TD120/70mmHg, ND 88 x/m,

RES 24 x/m, SB 37 ° C.

- Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras

-Perdarahan kala IV 50 cc

A : Ibu umur 31 tahun, P IV, A0 Inpartu Kala IV dengan Anemia Berat

- P :-Cairan transfuse darah masih menetes dengan baik dengan kecepatan 28 tetes / menit
- Semua hasil tindakan telah di dokumentaikan pada buku register pasien maupun ruangan
 - Tanggal 30 – 5 – 2008 , jam 24.00 wit memindahkan ibu ke ruang rawat gabung.

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan yang diberikan pada Ny. Y.M, ibu Inpartu dengan Anemia berat di kamar bersalin RSUD Abepura tanggal 30 – 05 – 2008 wit sesuai dengan tahapan manajemen kebidanan. Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yaitu masalah dengan teori sesuai kenyataan yang telah dilaksanakan.

Pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang lengkap dengan cara yang akurat. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Kemudian dari data yang terkumpul penulis melakukan interpretasi data dasar dan menemukan bahwa masalah anemia yang dialami oleh klien kemungkinan sudah ada sebelum klien hamil dan selama masa kehamilan masalah tersebut makin nampak karena tidak ditunjang dengan asupan nutrisi yang adekuat serta volume pemeriksaan kehamilan yang hanya 1 x dengan mengkonsumsi preparat besi 30 tablet dari Puskesmas dan semua ini terjadi akibat penghasilan suami yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin.

Berdasar pada masalah tersebut diatas maka penulis dapat merumuskan diagnosa/ masalah potensial. Pada langkah ketiga ini penting sekali untuk melakukan asuhan yang aman tetapi juga mengantisipasi dengan

melakukan perencanaan untuk mengatasi masalah kemungkinan terjadi diagnosa potensial. Pada kasus ini mengantisipasi kemungkinan terjadi partus macet dan gawat janin. Langkah keempat adalah mengidentifikasi tindakan segera, yaitu permintaan kantong darah sebanyak 1000 cc.

Langkah V adalah merencanakan asuhan menyeluruh berdasarkan masalah kesehatan yang ditemui serta kebutuhan klien sesuai dengan kondisi kesehatan yang dialaminya. Dan dilanjutkan dengan langkah ke enam yang merupakan implementasi / tindakan yang diberikan sesuai perencanaan. Dalam implementasi penulis bekerja sama dengan tim medis (bidan, dokter) dan petugas kesehatan lainnya.

Terakhir dalam penerapan asuhan kebidanan adalah evaluasi terhadap keefektifan dari asuhan yang telah dilakukan meliputi masalah kesehatan yang dialami klien dan kebutuhan klien yang berhubungan dengan anemia.

Pada kasus ini, baik teori maupun penerapan manajemen kebidanan secara menyeluruh dapat mengatasi masalah dan kebutuhan klien. Pada akhirnya keadaan ibu menunjuk pada anemia sedang Hb 7 gr % (Manuaba 1998).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan Anemia Berat dan berdasarkan pembahasan dari tiap – tiap bab, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

1. Kasus anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan social ekonomi masyarakat dan pengaruhnya sangat besar pada ibu dan anak .
2. Asupan nutrisi yang adekuat dan pemberian preparat fe 90 tablet selama kehamilan dapat meningkatkan sel darah merah dan membentuk sel darah merah dari janin ke plasenta sehingga kemungkinan komplikasi selama proses persalinan dapat ditekan dan proses laktasi (penyiapan ASI) dapat dilaksanakan dengan baik.
3. Manajemen kebidanan merupakan solusi yang tepat karena dengan penerapan manajemen kebidanan secara menyeluruh dan professional serta focus pada masalah yang dikaji maka masalah klien dapat teratasi.

B. Saran

Adapun saran saran yang dapat penulis berikan adalah :

1. Untuk Klien

- a). Mengharapkan pada klien agar selalu memeriksakan diri secara teratur di RSUD atau puskesmas terdekat sampai kadar Hb menunjukkan tidak anemia lagi.
 - b). Melibatkan keluarga dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi ibu dengan meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat
2. Untuk RSUD Abepura
- a). Mengingat banyaknya komplikasi anemia berat pada ibu inpartu, maka sangat diharapkan kerjasamanya dengan PMI dalam penyediaan stok darah untuk kebutuhan segera klien.
 - b). Pelaksanaan asuhan kebidanan ibu inpartu dengan anemia sedang membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat serta pendokumentasian yang baik dan benar.
3. Untuk Politeknik Kesehatan Papua
- a). Dapat menyiapkan / melengkapi buku – buku dengan referensi terbaru setiap tahunnya bagi semua jurusan agar memudahkan mahasiswa dalam proses belajar.
 - b). Khusus untuk jurusan kebidanan mohon memyediaakan buku – buku kebidanan dengan referensi terbaru setiap tahunnya agar mempermudah mahasiswa dalam mencari referensi untuk pembelajaran dan penyusunan KTI.

4. Sesama rekan bidan harus dapat mengembangkan diri dengan banyak membaca dan membuka diri terhadap perkembangan IPTEK agar siap menghadapi visi dan misi Indonesia Sehat 2010.



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulah II Abepura, Telp: (0967) 588983

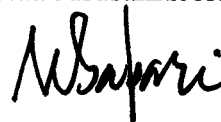
NAMA : SURIANI BUW
NIM : 207124.4.06.58
PEMBIMBING I : Dra. WELMINTJE S. NI. ICS
PEMBIMBING II : PREDIKA, RUMAROPEN, S. ST.

N o	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	20/08 7	Bab I	① Perbaiki redaksi latar belakang, - manfaat penelitian ② Bawa Bab III ntle bulah.	
2	23/08 1/8 2009	Bab I A - B. x	revisi redaksi hal. 3 x hal 4, buat mengacu pada syair klausur. Bawa II	
3	3/8-08	Bab I Bab II →	OK. (ukur ketik huruf 12). ukur kertas klausur. Revisi Format, redaksi	
4	5/8-08	Bab. II →	perbaiki format Bawa Bab III	
5	7/8-08	Bab II Bab III →	OK. Revisi format	

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	8/8-08	Bab III Bab IV	ok, refreni redaksi Tinjau kembali Bab V	
7	11/8-08	Bab III Bab IV Bab V	ok ok- ok	
8				
9				
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



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



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : EULIACCI BUDU
NIM : 00712440638
PEMBIMBING I : Dra. WELNAINITJE - S.Kelkes
PEMBIMBING II : FREDIKA KUNDIAZOPEN - S.ST

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	20-8-08	Bab I II III IV V Perbaiki	Kembali tgl 23-8-08 jam 13.00	MS.
2	25-8-08	Daftar pustaka Bab III IV V Perbaiki	Kembali tgl 27-8-08 jam 19.00	MS.
3	26-8-08	Bab III Bab IV V Daftar pustaka Perbaiki	Kembali tgl 29-8-08 jam 19.00	MS.
4	29-8-08	Ace → Gendakan		MS.
5				

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6				
7				
8				
9				
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

W. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681