

KARYA TULIS ILMIAH

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS
DENGAN ANEMIA BERAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABEPURA JAYAPURA
TAHUN 2007**

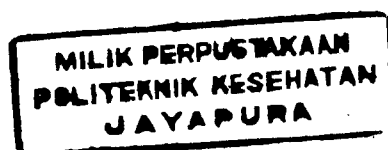


DISUSUN OLEH :

RINI SAYEKTI

NIM : PO .71. 24. 4. 05. 25

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



LEMBAR PERSETUJUAN

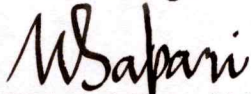
LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
ANEMIA BERAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABEPURA
2007.

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan ke hadapan
Penguji Karya Tulis pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 20 Juli 2007

Menyetujui :

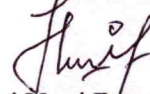
Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681

Pembimbing II



Heni Voni Rerey, SKM

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 DIPLOMA III KEBIDANAN PADA :

HARI : Senin

TANGGAL : 23 Juli 2007

PANITIA UJIAN AKHIR DIPLOMA III KEBIDANAN POLITEKNIK
KESEHATAN JAYAPURA.

KETUA

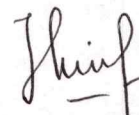


Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681



SEKRETARIS



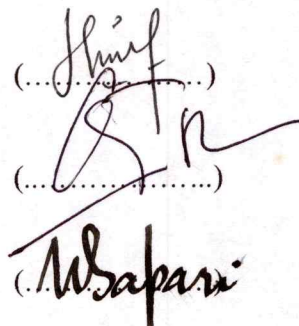
Heni Voni Rerey, SKM

NIP. 140 238 870

DOSEN PENGUJI

1. Heni Voni Rerey, SKM
NIP : 140 238 870
2. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP : 640 009 877
3. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP : 640 010 681

TANDA TANGAN



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Yang Maha Pencipta yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Anemia Berat Di Ruang Kebidanan RSUD Kelas C Abepura tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini penulis susun untuk melengkapi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Sungguh merupakan suatu kebanggaan tersendiri bagi penulis, berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan, atas segala bantuan baik moril maupun materil maka pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Ketua Jurusan kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura dan selaku Dosen pembimbing I dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dosen pembimbing II Karya Tulis Ilmiah dan dosen pembimbing mata kuliah Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Direktur RSUD Kelas C Abepura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis.
5. Kepala Ruangan yang telah banyak memberikan ilmu dan membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Bapak dan ibu dosen beserta staf yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan dan bimbingan.
7. Kepada orang tuaku serta saudara-saudara yang selalu memberikan dukungan moril dan doa.
8. Suami dan anak-anakku tercinta yang selalu memberikan dukungan moril dan materil serta doa tanpa henti.
9. Keluarga Ny. P.A, sebagai pasien yang telah banyak memberikan keterangan dan meluangkan waktunya.
10. Teman-teman angkatan VI tahun 2005 yang telah memberikan dorongan dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu ikut berpartisipasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis telah berupaya agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun dalam bentuk sebaik-baiknya. Meskipun demikian hal ini tidak menjamin kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini, bahkan masih banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan koreksi akan penulis terima dengan besar hati guna kesempurnaan dan mutu Karya Tulis Ilmiah mendatang menjadi semakin baik.

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II TINJAUAN TEORI

I. Nifas	
A. Definisi	6
B. Periode Nifas.....	6
C. Perubahan Fisik Pada Masa Nifas.....	7
D. Perawatan Masa Nifas	11

II.	Anemia	
A.	Definisi	13
B.	Etiologi	14
C.	Patofisiologi.....	15
D.	Gambaran Klinik	16
E.	Diagnosa	16
F.	Komplikasi	17
G.	Klasifikasi dan Penatalaksanaan	18
H.	Pencegahan	19
III.	Manajemen Asuhan Kebidanan	
A.	Definisi	20
B.	Tujuan	20
C.	Proses Manajemen Kebidanan	20
BAB III	TINJAUAN KASUS	
A.	Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus	25
B.	Gambaran Umum Ruang Bersalin RSUD Abepura	27
C.	Kasus	30
BAB IV	PEMBAHASAN	55

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	59
B. Saran	59

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian ibu diseluruh dunia dapat digambarkan sebagai pesawat jet jumbo berpenumpang 250 wanita yang jatuh kelaut setiap 4 jam terus menerus setiap harinya dan sepanjang tahun. Menurut WHO melalui pemantuan kematian ibu meninggal di berbagai belahan dunia memperkirakan bahwa setiap tahun jumlah 500.000 ibu meninggal disebabkan kehamilan, persalinan dan nifas. (Dep-Kes RI, 2002).

Di kawasan ASEAN AKI 142 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di Indonesia AKI 307 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 35/1000 kelahiran hidup jadi AKI di Indonesia merupakan yang tertinggi di Negara ASEAN. (Martaadisoebrata, 2005).

Dalam periode sekarang ini asuhan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayi. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. (Prawirohardjo, 2005).

Masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi 2/3 kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantuan dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ini. (Saifudin,2002).

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, infeksi, dan eklamsi sedangkan penyebab tak langsung kematian ibu adalah anemia, kurang energi kronis dan keadaan 4 terlalu (terlalu muda, tua, sering, dan banyak).

Menurut WHO 40% angka kematianibu di Negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan dan kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. (Saifudin, 2002).

Di Papua angka kematian ibu hamil dengan anemia 48% dan ibu nifas dengan anemia 45%. (Din-Kes, 2003).

Pada tahun 2006 jumlah ibu nifas pada RSUD Abepura adalah 1188 jiwa dari jumlah ibu nifas diperkirakan yang mengalami anemia berat sebanyak 1,010%. (Laporan, R.V.K, 2006).

Upaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi maka Indonesia telah mencanangkan Making Pregnancy Safer (MPS), sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 sebagai bagian dari program Safe Motherhood.

B. Perumusan Masalah

Anemia yang terjadi pada masa nifas, maka dari uraian diatas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap ibu nifas dengan anemia berat ?
2. Bagaimana merumuskan diagnosa ibu nifas dengan anemia berat ?
3. Bagaimana menentukan masalah potensial pada ibu nifas dengan anemia berat ?
4. Bagaimana melakukan penanganan segera pada ibu nifas dengan anemia berat ?
5. Bagaimana membuat rencana tindakan asuhan menyeluruh dengan tepat terhadap ibu nifas dengan anemia berat ?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana asuhan menyeluruh terhadap ibu nifas dengan anemia berat ?
7. Bagaimana melakukan evaluasi terhadap tindakan yang sudah dilakukan pada ibu nifas dengan anemia berat ?
8. Bagaimana membuat dokumentasi terhadap tindakan yang sudah dilakukan pada ibu nifas dengan anemia berat ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Agar dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan di Rumah sakit pada ibu nifas dengan kasus anemia berat sehingga ibu dan bayi selamat.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengumpulan data (pengkajian) secara komprehensif.
- b. Dapat mengidentifikasi secara benar terhadap permasalahan sehingga menentukan diagnosa dengan tepat berdasarkan pengkajian data.
- c. Dapat menentukan masalah potensial yang akan terjadi berdasarkan rangkaian masalah.
- d. Dapat mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera sesuai kondisi klien.
- e. Dapat merencanakan asuhan kebidanan yang komprehensif.
- f. Dapat melaksanakan asuhan kebidanan yang komprehensif.
- g. Dapat mengevaluasi secara menyeluruh dari asuhan yang telah dilaksanakan.
- h. Pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Rumah Sakit

Dapat memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif pada kasus ibu nifas dengan anemia berat.

2. Untuk Pendidikan

Sebagai informasi ilmiah dan menjadi pedoman (referensi) dalam melaksanakan manajemen kebidanan pada kasus ibu nifas dengan anemia berat.

3. Untuk Klien dan keluarga

Memberikan informasi tambahan tentang anemia berat pada masa nifas sehingga dapat dijadikan pedoman dalam pengambilan langkah guna meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

4. Untuk Penulis

Mendapatkan pengalaman yang sangat berharga, menambah wawasan penegetahuan dan ketrampilan karena dapat menerapkan ilmu yang didapat dibangku kuliah dengan kenyataan yang terjadi dilapangan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. Nifas

A. Definisi Nifas

Masa nifas adalah mulai setelah partus dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. (Prawirohardjo, 2005).

Masa nifas adalah dimulai setelah kelahiran placenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Saifuddin, 2002).

B. Periode Nifas

1. Immediate puerperium adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0 – 24 sesudah persalinan).
2. early puerperium adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama).
3. Late puerperium adalah waktu 1 minggu sesudah melahirkan sampai 6 minggu.

C. Perubahan fisik pada masa nifas

1. Involutio uteri

Pada Involutio uteri, jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses proteolitik, berangsur-angsur akan mengecil sehingga pada akhir kala nifas besarnya seperti semula dengan berat 30 gram.

Proses Involutio uteri dan berat

Involutio	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Uri lahir	Sepusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simphisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simphisis	350 gr
6 minggu	Sebesar hamil 2 minggu	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

2. Sistem Vaskuler

Setelah melahirkan, shunt (hubungan pendek antara sirkulasi ibu dan placenta) akan hilang dengan tiba-tiba, volume darah ibu relatif bertambah. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Hal ini terjadi pada hari ke 3 sampai 15 hari post partum (Prawirohardjo, 2005).

3. Involutio Tempat Placenta

Setelah persalinan, implantasi placenta merupakan luka yang besar dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm pada minggu keenam 2,4 cm dan akhirnya pulih (Mochtar, 1998).

4. Cervix

Setelah persalinan, bentuk cervix agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensi lunak, kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 2 – 3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

5. Perubahan Ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retroflexi karena ligamentum rotundum menjadi kendur.

6. Lochea

Lochea adalah cairan sekret (pengeluaran darah dan jaringan nekrotik dari dalam uterus selama masa nifas).

a. Lochea rubra

a. Terjadi pada 1 sampai 3 hari.

b. Terdiri dari sel desidua, vernix caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.

b. Lochea sanguinolenta

a. Terjadi 3 – 7 hari.

b. Berwarna merah kekuningan, berisi darah, dan lendir.

c. Lochea serosa

a. Terjadi 7 – 14 hari.

b. Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi.

d. Lochea alba

a. Setelah 2 minggu.

b. Berwarna putih.

e. Lochea purulenta

Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk

6.6. Lochiostatis : Lochea tidak lancar

(Mochtar, 1998).

7. Buah dada

Payudara mencapai maturitas yang penuh selama masa nifas kecuali jika laktasi disupresi. Payudara menjadi lebih besar lebih kencang, mula-mula lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dimulainya laktasi. Pada hari kedua post partum sejumlah cholostrum disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama setelah kelahiran bayi.

8. Sistem Traktus Urinarius

Buang air kecil sering sulit pada 24 jam pertama. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam setelah melahirkan.

9. Sistem Gastro intestinal

Dibutuhkan waktu 3 – 4 hari sebelum faal usus kembali normal, rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan Buang air besar.

10. Tanda-tanda vital

a. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C), sebagai akibat penyebab mengedan waktu melahirkan , kehilangan cairan dan kelelahan. Biasanya pada hari ke 3 akan naik lagi karena ada pembendungan ASI.

b. Nadi

Biasanya lebih cepat misalnya 100 kali/m karena kelelahan atau adanya perdarahan, rasa nyeri dan infeksi.

c. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah kemungkinan akan rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan.

d. Pernapasan

Biasanya tidak berubah tetap dalam keadaan normal.

(Prawirohardjo, 2005).

D. Perawatan Masa nifas

1. Mobilisasi

Karena lebih sehabis persalinan, maka ibu butuh istirahat 8 jam pasca persalinan. Dan boleh miring kiri dan kanan untuk mencegah trombosio. Pada hari kedua boleh duduk, hari ketiga jalan-jalan, hari keempat dan lima boleh pulang dan sangat tergantung dari komplikasi persalinan nifas dan kesembuhan luka.

2. Diet

Sebaiknya makan bergizi mengandung kalori protein, banyak cairan, sayuran dan buah-buahan.

3. Miksi

Sebaiknya ibu dapat kencing sendiri secepatnya. Kadang ibu susah kencing karena spinter uretra ditekan kepala janin dan spasme oleh iritasi Musculus Spinter Ani selama persalinan, oedema sering terjadi selama persalinan. Bila kandung kemih penuh, maka ibu susah kencing sebaiknya lakukan kateterisasi.

4. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3 – 4 hari post partum. Bila terjadi obstipasi atau berak keras dapat diberikan obat laksans peroral / perrektal.

5. Perawatan payudara

Dimulai sejak kehamilan supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

6. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusukan) sejak dari kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae.

Bila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang secara reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofise. Produk ASI lebih banyak dan involutio uteri akan lebih sempurna.

7. Pemeriksaan pasca persalinan

Pemeriksaan post natal antara lain :

- a. Pemeriksaan umum : Tekanan darah, Nadi, Keluhan dan sebagainya.
- b. Keadaan umum : Suhu badan, selera makan dan lain-lain.
- c. Payudara : ASI, puting susu.
- d. Dinding perut, perineum, kandung kemih, rektum.
- e. Sekret yang keluar misalnya lochea.
- f. Keadaan alat-alat kandungan.

8. Nasehat untuk ibu post natal

- a. Fisioterapi post natal sangat baik bila diberikan.
- b. Sebaiknya bayi disusui sedini mungkin (30 menit pertama).
- c. Kerjakan gimnastik sehabis persalinan.
- d. Untuk kesehatan ibu, bayi, dan keluarga sebaiknya melakukan Keluarga Berencana (KB) untuk menjarangkan kehamilan.

(Mochtar, 1998).

9. Kebersihan diri mencakup :

- a. Mencegah terjadi infeksi didaerah vulva, perineum maupun didalam uterus.
- b. Untuk penyembuhan luka jahitan perineum.

10. Istirahat

Setelah melahirkan, pasien diusahakan agar dapat istirahat untuk memulihkan kesehatannya, setelah banyak mengeluarkan tenaga dan kesakitan waktu melahirkan.

11. Seksual

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan seksual, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 jari atau 2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.
- b. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

(Saifuddin, 2002).

II. Anemia

A. Definisi

1. Anemia adalah Pengurangan sejumlah sel darah merah kualitas haemoglobin dan volume pada sel darah merah (hematokrit) perseratus mililiter darah. Dengan demikian anemia bukan suatu diagnosa melainkan pencerminan dari dasar perubahan patofisiologi, yang

diuraikan oleh anamnesa dan pemeriksaan yang teliti serta didukung oleh pemeriksaan laboratorium.

(Suyono, 2001).

2. Bila seseorang disebut menderita anemia bila kadar Hb kurang dari 10 gr %. Biasa disebut anemia berat atau bila kurang dari 6 gr% disebut Anemia gravis (Mochtar, 1998).
3. Seseorang baik pria maupun wanita dinyatakan menderita anemia apabila kadar haemoglobin dalam darah kurang dari 12 gr / 100 ml.
(Prawirohardjo, 2005).

B. Etiologi Anemia

1. Penyebab anemia pada umumnya adalah :
 - 1.1 Kurang gizi (malnutrisi).
 - 1.2 Kurang zat besi dalam diet.
 - 1.3 Malabsorpsi.
 - 1.4 Kehilangan darah yang banyak, misalnya : persalinan yang lalu, haid dan lain-lain.
 - 1.5 Penyakit-penyakit kronik misalnya : TBC, Malaria, paru-paru, cacing usus.
(Mochtar, 1998).
2. Hoo Swit tjiong menemukan dalam penyelidikan berangkai pada 21 wanita di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta bahwa dari

kehamilan 8 minggu sampai persalinan dan 40 hari post partum ,bahwa kadar Hb, jumlah eritrosit dan nilai hematokrit, ketiga-tiganya turun selama kehamilan sampai 7 hari post partum. Setelah itu ketiga nilai itu meningkat dan 40 hari post partum mencapai angka yang kiranya sama dengan angka diluar kehamilan.

(Prawirohardjo, 2005)

C. Patofisiologi

Anemia adalah penurunan kuantitas atau kualitas sel-sel darah merah dalam sirkulasi. Anemia dapat disebabkan oleh gangguan pembentukan sel darah merah, peningkatan kehilangan sel darah merah melalui perdarahan kronik atau mendadak atau lisis (destruksi) sel darah merah yang berlebihan.

Hal tersebut terjadi akibat gangguan dalam kualitas pembentukan sel darah merah timbul apabila sel darah merah terlalu kecil (mikrositik) atau terlalu besar (makrositik).

Anemia yang berkaitan dengan kualitas sel darah merah juga terjadi apabila terjadi gangguan pembentukan haemoglobin. Hal ini akan menyebabkan konsentrasi haemoglobin yang tinggi berlebihan (hiperkromik) atau rendah (hipokromik).

(Suyono, 2001).

D. Gambaran Klinik

1. Keletihan dan kelemahan umum dapat merupakan satu-satunya gejala penurunan kapasitas pengangkutan O₂.
 2. Palpitasi atau dispnue saat istirahat atau keduanya jarang terlihat, kecuali Hb < 5 gr %.
 3. Takhikardi, takipnea.
 4. Kulit dan konjungtiva nampak pucat, ikterus dapat terlihat pada anemia haemolitik.
 5. Gambaran fisik lain yang menyertai anemia berat meliputi kardiomegali, hepatomegali, dan splenomegali.
- (Taber. B, 1994).

E. Diagnosa

Anemia dapat ditegakkan dengan pemeriksaan kadar haemoglobin sebagai langkah awal. Pemeriksaan dengan spektrofotometri merupakan standar, namun sulit karena alatnya terbatas. (Saifuddin , 2002).

Hasil pemeriksaan haemoglobin dengan cara sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| a. Haemoglobin 11 gr% | : Tidak anemia |
| b. Haemoglobin 9 – 10 gr% | : Anemia ringan |
| c. Haemoglobin 7 – 8 gr% | : Anemia sedang |
| d. Haemoglobin < 7 gr% | : Anemia berat |

(Manuaba, 1998).

F. Komplikasi Anemia

1. Bahaya selama kehamilan
 - a. Dapat terjadi abortus.
 - b. Persalinan prematurus.
 - c. Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim.
 - d. Mudah terjadi infeksi.
 - e. Ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$).
 - f. Perdarahan antepartum.
 - g. Ketuban pecah dini.
2. Bahaya saat persalinan
 - a. Gangguan His.
 - b. Kala I berlangsung lama.
 - c. Kala II berlangsung lama.
 - d. Kala uri dapat diikuti dengan retensio placenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri.
 - e. Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum.
3. Bahaya pada kala nifas
 - a. Terjadi subin volusi uteri menimbulkan perdarahan post partum.
 - b. Memudahkan infeksi puerperium.
 - c. Pengeluaran ASI berkurang.
 - d. Terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan.
 - e. Mudah terjadi infeksi. (Manuaba, 1998)

G. Klasifikasi dan Penatalaksanaan

1. Anemia defisiensi besi

Dua penyebab utama yang paling sering ditemukan selama kehamilan dan nifas adalah defisiensi zat besi dan perdarahan kronik.

Penanganan :

- a. Mengatasi penyebab perdarahan kronik.
- b. Pemberian preparat fe misalnya : ferosulfat 3 x 325 mg secara oral dan parentral 250 mg / iron dextran (fe 50 mg / ml) diberikan secara Intramuscular.

2. Anemia pada penyakit kronik

Disebabkan berbagai penyakit infeksi, inflamasi kronik, neoplasma.

Penanganan :

- a. Dapat diberikan transfusi darah merah (packed red cell).
- b. Pemberian kobal dan eritropoeitin.

3. Anemia karena perdarahan

3.1. Perdarahan akut

Timbul renjatan bila pengeluaran darah cukup banyak sedangkan penurunan kadar Hb baru terjadi beberapa hari kemudian.

Penanganan :

- a. Mengatasi perdarahan
- b. Transfusi darah atau pemberian cairan perinfus.

3.2. Perdarahan kronik

Pengeluaran darah sedikit-sedikit sehingga tidak diketahui pasien, misalnya : cacingan, menometrohagia.

Penanganan :

- a. Mengobati sebab perdarahan.
- b. Pemberian preparat fe.

(Mansjoer, 2001).

H. Pencegahan

Usaha-usaha pencegahan yang dilakukan sedini mungkin adalah :

1. Makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau tua, tempe, tahu, kacang-kacangan, telur, ikan, daging, dan lain-lain.
2. Minum tablet sulfas ferosus 90 tablet selama hamil dan 40 tablet setelah melahirkan.

(Manuaba, 1998).

III. Manajemen Asuhan Kebidanan

A. Definisi

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisis pikiran serta tindakan berdasarkan teori yang ilmiah. Penemuan-penemuan ketrampilan dalam

rangkaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien.

(Varney, 2002).

B. Tujuan

Agar bidan mampu memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan berstandar pada ibu nifas dengan memperhatikan riwayat ibu selama hamil. Kebutuhan dan respon ibu serta mengidentifikasi penyakit-penyakit yang ada dan mengantisipasinya.

C. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Manajemen asuhan kebidanan antenatal terdiri atas 7 (tujuh) langkah yang berurutan, dimulai dengan pengumpulan data dasar hingga evaluasi.

Langkah 1. Pengumpulan Data Dasar.

Langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan data yang diperlukan untuk penatalaksanaan terhadap pasien secara lengkap. Semua informasi termasuk biodata, diambil secara akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

Semua keluhan pasien harus dicatat, data dasar ini dilengkapi dengan data panjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis lainnya.

Langkah 2. Interpretasi Data dasar.

Langkah kedua ini adalah tahap mengidentifikasi secara benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan pasien berdasarkan

interpretasi data dasar yang dikumpulkan, sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Masalah yang ada selalu diikutsertakan, karena perlu diselesaikan dan butuh penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan. Diagnosa kebidanan : adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan .

Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial dan

Mengantisipasi Penanganannya.

Pada langkah ketiga ini bila mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini memerlukan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati pasien, diharapkan bersiap-siap bila diagnosa masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera atau

Masalah Potensial.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera bidan atau dokter untuk dikonsultasikan dan ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain yang sesuai dengan kondisi pasien. Pada langkah keempat ini adalah mencerminkan kesinambungan serta dari proses manajemen kebidanan.

yang sesuai dengan kondisi pasien. Pada langkah keempat ini adalah mencerminkan kesinambungan serta dari proses manajemen kebidanan.

Langkah 5. Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh.

Pada langkah kelima ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

Pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa saja yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap pasien tersebut seperti apa yang diperkirakan atau terjadi berikutnya. Apakah diperlukan penyuluhan, konseling atau rujukan. Masalah pasien bukan hanya masalah fisik melainkan masalah yang berkaitan dengan sosio, kultural, ekonomi dan psikologi.

Dengan kespesifikan asuhan yang diberikan harus disetujui oleh kedua belah pihak, karena sebagian asuhan ada kalanya dilakukan oleh klien sendiri.

Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Bila dilakukan sendiri oleh bidan, atau sebagian oleh bidan, sebagian

oleh pasien, atau petugas kesehatan lainnya secara tim. Jika bidan tidak melakukan sendiri, maka bidan bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Bidan harus mengontrol bahwa langkah-langkah tersebut benar-benar terarah. Bila bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani masalah komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab. Terlaksananya asuhan sesuai dengan rencana bersama secara menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien.

Langkah 7. Evaluasi

Langkah ini adalah yang terakhir dalam proses manajemen kebidanan untuk mengontrol keefektifan asuhan yang telah dilakukan. Pada langkah ini dilihat apakah kebutuhan pasien benar – benar terpenuhi sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Dalam evaluasi tidak semua rencana dapat terlaksana atau mencapai tingkat keberhasilan upaya pemecahan masalah pasien dan kekurangan itu pun hendaknya dituangkan dalam langkah ini

Manajemen asuhan merupakan tindakan yang teratur secara terus – menerus, maka keefektifan harus dikaji, hasil yang tidak efektif, di cari penyebabnya kemudian disusun rencana yang sesuai dengan permasalahan yang dihadapi dan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Abepura termasuk tipe C dengan Peraturan daerah Nomor : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dan Surat Keputusan Nomor : 78 Tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di Undang – Undangkan dengan lembaran Daerah Propinsi Daerah Tingkat I (DATI I) Irian Jaya Nomor : 163, tanggal 13 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka disusul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang Non Komersial. Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 162 kapasitas tempat tidur, dengan beberapa ruang rawat nginap yakni : bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan perinatologi, ruang ICU, VIP dan ruang kelas.

Tercapainya kriteria sebagai Rumah Sakit Tipe C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

1. Wewenang

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

b.1. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.

b.2. Menyelenggarakan pelayanan medis.

b.3. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.

b.4. Menyelenggarakan pelayanan dan rujukan.

b.5. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.

b.6. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

2. Struktur Organisasi Dan Ketenagaan

a. Struktur Organisasi

1. Direktur

2. Seksi Keperawatan

3. Seksi Pelayanan

4. Sub. Bagian

5. Sub. Seksi

6. Urusan

7. Instalasi Kebidanan

8. Komite Medis dan staf media fungsional

b. Ketenagaan

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 1. Jumlah Dokter Spesialis | : 16 orang |
| 2. Jumlah Dokter Umum | : 11 orang |
| 3. Dokter Gigi | : 4 orang |
| 4. Perawat | : 104 orang |
| 5. Bidan | : 17 orang |
| 6. Gizi | : 31 orang |
| 7. Kesehatan lingkungan | : 6 orang |

B. Gambaran Umum Ruang Bersalin RSUD Abepura

Ruang bersalin RSUD Abepura terdiri dari 2 tempat pelayanan, yaitu Ruang VK dan Ruang nifas, sedangkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pertolongan persalinan normal maupun persalinan patologi, perawatan nifas dan perawatan ginekologi. Ketenagaan yang ada yaitu :

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. Dokter Spesialis | : 1 orang |
| 2. Dokter Umum | : 2 orang |
| 3. D III Kebidanan | : 10 orang |
| 4. D III Keperawatan | : - orang |
| 5. Perawat Bidan | : 7 orang |
| 6. Perawat | : 1 orang |

Ruang bersalin memiliki kamar rawat inap yaitu :

1. Kamar kelas I dua buah dengan 4 tempat tidur.
2. Kamar kelas II satu buah dengan 4 tempat tidur.
3. Kamar kelas III dua buah dengan 13 tempat tidur.
4. Kamar VIP tiga buah dengan 4 tempat tidur.

Fasilitas pelayanan di Ruang Bersalin RSUD Abepura terdiri dari :

1. 4 Partus Set
2. 4 Curetase Set
3. 3 Vacum Set
4. Forcep
5. 4 Troli
6. 6 Tempat Tidur
7. 1 Buah lampu Sorot
8. Oksigen
9. Lemari Obat dan Obat-obatan serta alat kesehatan
10. Petunjuk APN 60 langkah
11. Tromol-tromol berisi kasa, kapas lidi, tampon, dan handscoen
12. Ember untuk larutan clonin, baskom untuk merendam alat tempat untuk mengisi placenta, tempat sampah medis dan non medis.
13. Timbangan Berat Badan dan Pengukur Tinggi Badan
14. Standart infus, infus set, transfusi set dan cairan infus
15. Hacting Set

16. Cateter Nelaton dan Metal
17. Status pasien obstetri maupun ginekologi
18. Alat komunikasi dan ATK
19. Alat pemantau tanda-tanda vital
20. Dobler 1 buah
21. Haemoglobin Meter (Hb meter)
22. USG
23. Alat Non Medis lainnya

C. Kasus**Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas****Dengan Anemia Berat**

Tanggal Pengkajian : 2 April 2007

Tempat : RSUD Abepura

A. Data Subyektif**1. Biodata**

Nama Ibu : Ny.P.A

Nama Suami : Tn.N

Umur : 26 Tahun

Umur : 30 Tahun

Agama : K.Protestan

Agama : K.Protestan

Suku/Bangsa : Sorong / INA

Suku/Bangsa : Sorong / INA

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Nikah Ke : I

Nikah ke : I

Lama Nikah : 6 Tahun

Lama Nikah : 6 Tahun

Alamat : Buper

Alamat : Buper

1. Data Biologis / Psikologis

a. Keluhan Utama : Ibu mengeluh perut terasa mules, kepala sering pusing, badan terasa cepat lelah. Ibu mengatakan nyeri pada alat kemaluan.

a) Riwayat Keluhan Utama :

1. Ibu melahirkan 6 jam yang lalu.
2. Kepala pusing, mudah lelah dirasakan sejak kehamilan 7 bulan karena kurang darah Hb 7,4 (trimester III).

b) Riwayat Kehamilan Sekarang :

1. Riwayat haid :

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| a. Menarche | : 13 tahun |
| b. Siklus haid | : 28 hari |
| c. Durasi haid | : 5 hari |
| d. banyaknya | : 3 – 4 x ganti pembalut |
| e. Sifat darah haid | : encer |
| f. HPHT | : 26 – 7 – 2006 |
| g. TP | : 1 – 4 – 2007 |

2. Pergerakan janin yang dirasakan ibu : sejak kehamilan 5 bulan
3. Jumlah kunjungan antenatal : Puskesmas Waena
4. Imunisasi TT : 2 kali
5. Penyakit yang diderita selama hamil : Malaria + Anemia
6. Pemeriksaan Hb trimester III : 7,4 gr %

7. Obat yang diminum selama hamil : SF, Calk, Vit C, B Kompleks

c) Riwayat Keluarga Berencana :

Pernah ikut KB suntik dan pil KB

d) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas masa lalu

No.	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	BB/PB	Masa Nifas	Usia Anak
1.	9 bulan 12 hari	Spontan	Bidan	2800 gram	Baik	4 thn
2.	10 bulan	Spontan	Bidan	3000 gram	Baik	2 thn
3.	40 minggu	Spontan	Bidan	2650/49 cm	Baik	-

e) Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit yang pernah diderita : Ispa, malaria
2. Riwayat Transfusi : Tidak pernah
3. Riwayat Operasi : Tidak pernah
4. Riwayat Serius Saat Ini : Anemia

f) Riwayat Penyakit Keluarga

1. Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
2. Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada
3. Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada
4. Riwayat persalinan kembar : Tidak ada

g) Keadaan Psikologis :

1. Klien

Klien cemas dari hamil selalu kurang darah

2. Suami

Suami cemas melihat keadaan istri

h) Keadaan Sosial Budaya :

1. Kehamilan yang direncanakan : Tidak direncanakan
2. Susunan keluarga yang tinggal serumah : Suami, istri, kedua anak, mertua, dan 2 adik ipar.
3. Dukungan keluarga atas kehamilan : Keluarga sangat senang dan mengharapkan ibu dan bayi dalam keadaan kondisi sehat.
4. Pendapatan rata-rata keluarga : Relatif ± Rp. 800.000,-
Rp. 1.000.000,-

i) Latar Belakang Sosial Budaya :

Suami dan istri berasal dari suku Sorong, mereka memiliki adat istiadat yang sama dan dapat membaur dengan lingkungan sekitarnya.

j) Budaya Keluarga Terhadap Ibu dan Bayi :

Terhadap ibu : tidak boleh banyak tidur karena nanti darah putih naik
ke otak

Terhadap bayi : tidak ada

k) Keadaan Keagamaan

Suami dan istri rajin beribadah

l) Masalah-masalah kehamilan Sekarang

No	Keluhan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
a.	Mual,muntah	Ya	-	-
b.	Nyeri Ulu Hati	-	-	-
c.	Perut Kembung	Ya	-	-
d.	Sakit Perut	-	-	-
e.	Pusing - pusing	-	-	Ya
f.	Mudah Lelah	-	-	Ya
g.	Sakit Kepala	-	-	-
h.	Gangguan Pernapasan	-	-	-
i.	Nyeri Pinggang	-	Ya	Ya
j.	Obstipasi	-	-	-
k.	Ngilu – ngilu	-	-	-
l.	Sakit gigi	-	-	-
m.	Haemorhoid	-	-	-
n.	Poli uri	-	-	-

m) Pola Kegiatan Sehari-hari

No.	Kegiatan	Sebelum hamil	Saat hamil	Nifas
1.	Nutrisi			
	a. Pola Makan	Teratur	Teratur	Teratur
	b. Frekuensi makan	3 x / hari	3 – 4 x / hari	3 – 4 x / hari
	c. Napsu makan	Ada	Kurang	Ada
	d. Makanan kesukaan	Bakso	Tidak ada	Tidak ada
	e. Gangguan pantangan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	f. Jumlah minum	7 – 8 gelas/hari	7 – 8 gelas/hari	7 – 8 gelas/hari
2.	Kebiasaan yang Mempengaruhi			
	a. Merokok	Tidak Pernah	Tidak Pernah	Tidak Pernah
	b. Obat Penenang	Tidak Pernah	Tidak Pernah	Tidak Pernah
	c. Minuman keras	Tidak Pernah	Tidak Pernah	Tidak Pernah
	d. Jamu	Tidak Pernah	Tidak Pernah	Tidak Pernah
3.	Eliminasi			
	a. BAB			
	1. Frekuensi	1 x perhari	1 x perhari	1 x perhari
	2. Bau	Busuk	Busuk	Busuk
	3. Warna	Kuning, kecoklatan	Kecoklatan	Kecoklatan
	4. Konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak
	5. Gangguan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK			
	1. Frekuensi	5 – 6 x / hari	6 – 7 x / hari	5 – 6 x /hari
	2. Bau	Amoniak	Amoniak	Amoniak
	3. Warna	Kuning muda	Kuning muda	Kuning muda

	4. Kosistensi	Cair	Cair	Cair
	5. Gangguan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
No.	Kegiatan	Sebelum hamil	Saat hamil	Nifas
4.	Pola tidur dan istirahat			
	1. Tidur siang	2 jam	1 ½ jam	1 ½ jam
	2. Tidur malam	7 – 8 jam	8 jam	8 jam
5.	Olah Raga dan Rekreasi			
	a. Olah Raga	Tidak pernah	Jarang	Tidak Pernah
	b. Rekreasi	Tidak pernah	Jarang	Tidak Pernah
6.	Hygiene Perorangan			
	a. Frekuensi Mandi	2 x sehari	2 x sehari	2 x sehari
	b. Pakai Sabun	Ya	Ya	Ya
	c. Dikeringkan dgn handuk	Ya	Ya	Ya
	d. Frekuensi Sikat Gigi	2 x sehari	2 x sehari	2 x sehari
	e. Pakai Odol	Ya	Ya	Ya
	f. Frekuensi cuci rambut	2 x seminggu	2 x seminggu	2 x seminggu
	g. Pakai Shampo	Ya	Ya	Ya
	h. Gunting Kuku	1 x seminggu	1 x seminggu	1 x seminggu
	i. Ganti Pakaian Dalam	2 x sehari	2 x sehari	2 x sehari

n) Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Spontan tanggal 2 – 4 – 2007 jam 03.08 wit

o) Lama Persalinan

Kala I : 9 jam

Kala II : 25 menit

Kala III : 45 menit

Kala IV : 2 jam

p) Jumlah Perdarahan : 350 cc

Penyakit selama persalinan : Anemia

q) Tindakan / Pengobatan pada masa persalinan

1. Kala III : Injeksi Piton 10 IU 2 menit setelah anak lahir, 15 menit

kemudian injeksi piton 1 amp (10 IU)

2. Manual Placenta

a. Infus Dextrose 5% + piton 10 IU kecepatan 20 tetes / menit

b. Injeksi cefotaxime 1 gr

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Ekspresi wajah : Nampak kesakitan dan pucat

b. Keadaan Umum : Sedang

c. Kesadaran : Compos Mentis (CM)

2. Tanda – tanda Vital (TTV)

a. Tekanan darah (TD) : 90 / 60 mmhg

b. Nadi (N) : 88 x / menit

c. Respirasi (R) : 28 x / menit

d. Suhu Badan (SB) : 36,8 ° C

3. Pemeriksaan Fisik

- a. BB / TB : 50 kg / 146 cm
- b. BB sebelum hamil : 50 kg
- c. BB selama hamil : 59 kg
- d. BB sekarang : 52 kg
- e. LILA : 23 cm

4. Kepala

- a. Rambut : Keriting
- b. Kebersihan : Baik

5. Wajah

- a. Ekspresi Wajah : Pucat, lesu
- b. Bentuk Wajah : Oval

6. Mata

- a. Simetris : Simetris
- b. Kebersihan : Baik
- c. Konjungtiva : Pucat
- d. Selera : Ikterus
- e. Kejelasan Penglihatan : Jelas

7. Hidung

- a. Polip : Tidak Ada
- b. Secret Cairan : Tidak Ada
- c. Kebersihan : Baik

8. Telinga

- a. Simetris : Simetris
- b. Keadaan telinga luar : Tidak ada kelainan
- c. Pendengaran : Jelas

9. Mulut dan Gigi

- a. Stomatitis : Tidak Ada
- b. Caries : Tidak Ada
- c. Lidah : Lembab, Pucat
- d. Mukosa Mulut : Lembab

10. Leher

- a. Inspeksi : Tidak ada kelainan
- b. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar thiroid, limfe dan Vena Yugularis.

11. Dada

- a. Jantung : Normal
- b. Paru-paru / Hepar : Normal
- c. Payudara
 - Pembesaran : Ya
 - Kebersihan : Cukup
 - Kulit : Tegang
 - Simetris : Ya
 - Putting Susu : Menonjol ka/ki

Pengeluaran : Ada
Nyeri Tekan : Tidak Ada
Benjolan : Tidak Ada
Areola Mamae : Hiperpigmentasi

d. Axila : Normal

12. Abdomen

a. Pembesaran : 1 jari bawah pusat
b. Striae : Ada
c. Bekas Operasi : Tidak Ada
d. Lien : Tidak Ada Pembesaran
e. Kandung Kemih : Kosong

13. Genetalia

a. Kebersihan : Baik
b. Pengeluaran Pervaginam : Darah
c. Varices : Tidak Ada
d. Oedem : Tidak Ada
e. Pembesaran Kelenjar bartolini : Tidak Ada
f. Perineum : Lecet
g. Anus : Tidak Ada Haemorhoid

14. Ekstremitas Atas

- a. Simetris : Ya
- b. Pergerakan : Normal

15. Ekstremitas bawah

- a. Simetris : Simetris
- b. Varises : Tidak Ada
- c. Oedema : + / +
- d. Refleks patela : + / +

16. Pemeriksaan Obstetrik

- a. TFU : 1 jari bawah pusat
- b. Jarak simphysis – FU : 14 cm
- c. Kontraksi : Baik
- d. Konsistensi : Keras

17. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium :

1) Urine

- a. Protein : (-) Negatif
- b. Reduksi : (-) Negatif

2) Darah

- a. Golongan darah : “ O “
- b. Hb : 6,2 gr %

c. DDR : Negatif

d. Leukosit : 10.000

3) Faeces

Faeces : Protozoa : (-), Cacing (-)

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

1. Diagnosa : Ibu umur 26 tahun, P III, A O, nifas 6 jam post partum dengan anemia berat.

2. Dasar

DS :

- a. Ibu berumur 26 tahun, P III A O
- b. Ibu mengeluh perut terasa mules
- c. Nyeri pada alat kelamin
- d. Kepala pusing sejak kehamilan 7 bulan dan mudah lelah. Pernah menderita penyakit malaria tertiana dan pemeriksaan Hb akhir 7,4 gr %.
- e. Badan terasa lemah
- f. Ibu cemas dengan kondisinya

DO : a. Ku : Sedang

b. Kesadaran : Compos Mentis (CM)

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL**1. Potensial terjadinya perdarahan post partum**

Dasar :

S : Ibu mengatakan badan lemah dan kepala pusing

O : TTV:TD : 90/60 mmHg, N: 88 x/mnt, R : 28 x/mnt, SB : 36,8°C

Perdarahan : 350 cc

Pemeriksaan obtetrik : Kontraksi baik, Konsistensi keras

Lab : Hb 6,2 gr%

2. Potensial terjadi infeksi nifas

S : Ibu mengatakan nyeri pada alat kelamin

Ibu mengeluh perut terasa sakit

O : Ku : Sedang

Kesadaran : Compos Mentis (CM)

TTV:TD : 90/60 mmHg, N: 88 x/mnt, R : 28 x/mnt, SB : 36,8°C

Perdarahan persalinan : 350 cc

Fisik : muka pucat

Conjunctiva : pucat

Genetalia : Perineum : lecet

Pengeluaran : darah

Bau : amis

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dokter

1. Transfusi darah 3 labu, infus NaCl, kecepatan 20 tts/mnt, injeksi lasix 1 ampul, injeksi dexamethasone 1 ampul.
2. Ambil contoh darah dan darah lengkap.
3. Terapi
 - a. Asam mefenamat
 - b. Cefadroxil
 - c. Viferon

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Informasikan hasil pemeriksaan terakhir pada ibu.
2. Observasi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital tiap 30 menit.
3. Observasi perdarahan, kontraksi uterus dan fundus uteri setiap 2 jam.
4. Ajarkan ibu cara masage uterus.
5. Penuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan makanan bergizi Tinggi Kalori Tinggi Protein .
6. Mandikan klien ditempat tidur dan lakukan vulva hiegene.
7. Anjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup.
8. Kontrol Buang air besar (BAB) dan Buang air kecil (BAK).
9. Kolaborasi Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi .
10. Ambil contoh darah untuk persiapan transfusi darah.

11. Anjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis dan teratur.
12. Berikan informasi yang adekuat mencegah kecemasan ibu dan menambah pengetahuan ibu.
13. Lakukan pemeriksaan Hb post partum

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 2 – 4 – 2007

Jam : 08.00 Wit

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan terakhir.
2. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 30 menit.
3. Mengobservasi perdarahan, kontraksi uterus dan fundus uteri setiap 2 jam.
4. Mengajarkan ibu cara masage uterus.
5. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan makanan bergizi Tinggi kalori Tinggi Protein .
6. Memandikan klien ditempat tidur dan lakukan vulva hiegene
7. Menganjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup.
8. Mengontrol Buang Air Besar dan Buang Air Kecil.
9. Melakukan kolaborasi Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi .
 - a. Transfusi darah 3 kantong : Infus NaCl, Injeksi Lasix 1 ampul, Injeksi Dexamethasone 1 ampul.
 - b. Ambil contoh darah dan darah lengkap

c. Terapi oral :

Cefadroxil

Asam mefenamat

Viferon

10. Mengambil contoh darah untuk persiapan transfusi darah.
11. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis dan teratur.
12. Memberikan informasi yang adekuat tentang nifas dengan anemia.
13. Melakukan pemeriksaan Hb post partum

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 2 – 4 – 2007

Jam 14.00 Wit

1. Ibu sudah mengetahui tentang keadaannya.
2. TTV : TD : 90 / 60 mmHg, N : 88 x / mnt, R : 28 x / mnt, SB : 36,8 °C.
3. Perdarahan : 150 cc, kontraksi baik, fundus uteri 1 jari bawah pusat.
4. Ibu sudah mengerti cara masage uterus.
5. Ibu sudah makan 1 porsi dan minum 1 gelas teh manis.
6. Ibu nampak segar setelah dimandikan.
7. Ibu dapat tidur dengan tenang.
8. Ibu sudah BAK dan BAB lancar.
9. Contoh darah sudah diambil : golongan “ O “
10. Jam 13.00 – 17.00 ibu sudah transfusi darah labu ke 1. Jam 14.00 sisa darah 200 cc. Jam 20.00 – 24.00 ibu sudah transfusi darah labu ke 2.

11. Obat sudah diminum sesuai dosis dan teratur.
12. Ibu sudah mengerti tentang informasi dan anjuran yang diberikan.
13. Hb post partum 6,2 gr%.

PERAWATAN HARI KE II

Tanggal : 3 – 4 – 2007

Jam 08.00 Wit

Subyek :

1. Ibu mengatakan pusing sudah berkurang tetapi masih agak lemas.
2. Perut masih terasa mules
3. Nyeri pada alat kelamin sudah tidak
4. Ibu sudah tidak cemas lagi

Obyek :

1. Ku : Sedang, Kesadaran : Compos Mentis (CM).
2. TTV : TD : 100 / 80 mmHg, N : 80 x /mnt, R : 20 x /mnt, SB : 37°C.
3. Pemeriksaan Fisik :

Muka : Pucat tidak ada

Conjungtiva : Pucat tidak ada

Lidah : Tidak pucat

Extremitas : Oedem +/+

Varices : - / -

Reflex patela : + / +

5. Ibu nampak segar karena sudah dapat mandi sendiri.
6. Ibu sudah minum obat sesuai dosis dan teratur.
7. Jam 11.00 – 15.00 transfusi darah labu ke 3 sudah selesai. Jam 14.00 sisa darah 50 cc.
8. Ibu mengerti tentang penyuluhan yang diberikan kepadanya.

PERAWATAN HARI KE III

Tanggal : 4 – 4 – 2007

Jam 08.00 Wit

Subyek :

1. Ibu mengatakan sudah tidak pusing lagi, badan tidak lemas lagi.
2. Perut mules sudah berkurang
3. Buang Air Kecil maupun Buang Air Besar lancar

Obyek :

1. Keadaan umum Ibu baik, Kesadaran : Compos mentis (CM).
2. TTV : TD : 100 / 80 mmHg, N : 80 x / mnt, R : 20 x /mnt, SB : 37,2 °C.
3. Pemeriksaan Fisik
 - a. Muka dan Conjunctiva : Tidak Pucat
 - b. Lidah : Warna merah jambu
 - c. Extremitas : Oedem : +/+
Varices : -/-
Refleks patela : +/+

4. Pemeriksaan Obstetrik

Fundus Uteri	: 2 jari bawah pusat
Jarak simphisis – FU	: 13 cm
Kontraksi/Kosistensi	: Baik / keras
Perdarahan	: $\pm$ 50 cc
Lochea	: Rubra

ANALISA

Ibu umur 26 tahun, P III A , Nifas hari ke 2 dengan anemia berat.

PERENCANAAN

5. Observasi keadaan umum, kesadaran , TTV tiap 2 jam.
6. Observasi perdarahan, kontraksi uterus dan Fundus Uteri setiap 2 jam.
7. Penuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan makanan bergizi Tinggi kalori Tinggi Protein .
8. Anjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup.
9. Berikan penyuluhan tentang personal hiegene dan vulva hiegene.
10. Anjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis dan teratur.
11. Lakukan transfusi darah labu ke 3 sesuai instruksi dokter.
12. Berikan penyuluhan tentang mobilisasi tubuh.

IMPLEMENTASI :

Tanggal : 3 – 4 – 2007

Jam 08.00 Wit.

1. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, TTV tiap 2 jam.
2. Mengobservasi perdarahan, kontraksi uterus dan fundus uteri , lochea setiap 2 jam.
3. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan makanan bergizi dengan menu seimbang.
4. Menganjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup.
5. Memberikan penyuluhan tentang personal hiegene dan vulva hiegene.
6. Menganjurkan ibu untuk minum sesuai dosis dan teratur.
7. Melakukan transfusi darah labu ke 3 sesuai instruksi dokter.
8. Memberikan penyuluhan tentang mobilisasi tubuh.

EVALUASI

Tanggal : 3 – 4 – 2007

Jam 14.00 Wit

1. Keadaan umum ibu baik, Kesadaran : Compos Mentis (CM).Pusing, perut mules dan nyeri pada alat kelamin sudah berkurang.
TTV : TD : 100 / 80 mmHg, N : 80 x /mnt, R : 20 x /mnt, SB : 37°C.
2. Fundus Uteri : 2 jari bawah pusat (13 cm), kontraksi baik, perdarahan ± 50 cc, Lochea : Rubra.
3. Ibu sudah makan dan minum.
4. Ibu dapat tidur dan istirahat yang cukup.

5. Ibu nampak segar karena sudah dapat mandi sendiri.
6. Ibu sudah minum obat sesuai dosis dan teratur.
7. Jam 11.00 – 15.00 transfusi darah labu ke 3 sudah selesai. Jam 14.00 sisa darah 50 cc.
8. Ibu mengerti tentang penyuluhan yang diberikan kepadanya.

PERAWATAN HARI KE III

Tanggal : 4 – 4 – 2007

Jam 08.00 Wit

Subyek :

1. Ibu mengatakan sudah tidak pusing lagi, badan tidak lemas lagi.
2. Perut mules sudah berkurang
3. Buang Air Kecil maupun Buang Air Besar lancar

Obyek :

1. Keadaan umum Ibu baik, Kesadaran : Compos mentis (CM).
2. TTV : TD : 100 / 80 mmHg, N : 80 x / mnt, R : 20 x /mnt, SB : 37,2 °C.
3. Pemeriksaan Fisik
 - a. Muka dan Conjunctiva : Tidak Pucat
 - b. Lidah : Warna merah jambu
 - c. Extremitas : Oedem : +/-
Varices : -/-
Refleks patela : +/-

4. Pemeriksaan Obstetrik

- a. Fundus Uteri : 3 jari bawah pusat
- b. Jarak simphisis – FU : 12 cm
- c. Kontraksi : Baik
- d. Konsistensi uterus : Keras
- e. Perdarahan : $\pm$ 50 cc
- f. Lochea : Rubra

5. Hasil pemeriksaan Hb Sahli : 10,8 gr

ANALISA :

Ibu umur 26 tahun, P III A : O, nifas hari ke 3

PERENCANAAN :

1. Informasikan pada ibu pemeriksaan terakhir.
2. Observasi perdarahan, kontraksi, fundus uteri, dan lochea, keadaan umum dan tanda-tanda vital setiap 4 jam.
3. Periksa HB ulang.
4. Berikan penyuluhan tentang perawatan payudara.
5. Anjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya.
6. Berikan penyuluhan tentang cara mencegah penyakit malaria
7. Berikan penyuluhan tentang keluarga berencana (KB).
8. Beri penyuluhan tentang perawatan bayi baru lahir dan imunisasi.

IMPLEMENTASI :

Tanggal : 4 – 4 – 2007

Jam : 08.00 wit

1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan terakhir.
2. Mengobservasi perdarahan, kontraksi, Fundus uteri, lochea, keadaan umum, kesadaran dan tanda-tanda vital setiap 4 jam
3. Memeriksa Hb ulang setelah transfusi 3 labu.
4. Memberikan penyuluhan tentang perawatan payudara.
5. Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya.
6. Memberikan penyuluhan tentang cara mencegah penyakit malaria.
7. Memberikan penyuluhan tentang keluarga berencana (KB).
8. Memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi baru lahir dan imunisasi.

EVALUASI

Tanggal : 4 – 4 – 2007

Jam 14.00 Wit

1. Ibu sudah mengetahui bahwa kondisinya sehat. Keluhan pusing tidak ada, badan sudah tidak lemas, tetapi perut masih terasa mules.
2. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis.
TTV : TD : 110 / 80 mmHg, N : 80 x / mnt, R : 20 x / mnt, SB : 37 °C.
Fundus Uteri 3 jari bawah pusat, kontraksi baik, perdarahan $\pm$ 50 cc, lochea : rubra.
3. Hb ulang setelah transfusi 750 cc darah 10.8 gr %.
4. Ibu sudah dapat menyusui bayinya.

5. Ibu ingin mengikuti keluarga berencana (KB) spiral.
6. Ibu mengerti tentang penyuluhan dan anjuran yang diberikan kepadanya.
7. Ibu diperbolehkan pulang atas instruksi dokter, ibu pulang jam 12.15 Wit.

BAB IV

PEMBAHASAN

Seorang wanita menderita anemia bila kadar haemoglobin kurang dari 10 gr %. Nilai normal haemoglobin wanita adalah 12 – 15 gr %.

Anemia yang dialami klien Ny. P.A dimulai sejak kehamilan trimester III dengan pemeriksaan Hb Sahli terakhir 7,4 gr %. Penyebabnya yaitu klien 3 x terserang penyakit malaria tertiana. Anemia tersebut belum teratasi dan berlanjut pada saat persalinan, sehingga klien mengalami perdarahan sebanyak 350 cc akibat retensio placenta. Pada saat persalinan pemeriksaan golongan darah dilakukan setelah terjadi perdarahan dan keberadaan PMI yang jauh sehingga klien terlambat mendapatkan tranfusi darah. Perdarahan tersebut memperburuk kondisi ibu setelah persalinan sehingga anemia yang dialami klien menjadi lebih berat dengan pemeriksaan Hb Sahli post partum 6,2 gr%. Untuk pemeriksaan golongan darah pada ibu anemia dengan Hb <10 gr % sebaiknya dilakukan lebih awal pada saat klien masuk ruang bersalin setelah ada tanda-tanda inpartu dan PMI harus berada di dekat wilayah Rumah sakit Abepura agar mempermudah pengambilan darah transfusi bila dibutuhkan segera.

Dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan terhadap klien Ny. P.A dengan kasus nifas dengan anemia berat di Rumah Sakit Abepura selama 3 hari. Penulis menggunakan asuhan kebidanan yang mempunyai 7 langkah Varney,

yaitu : Pengkajian, Interpretasi Data Dasar, Masalah Potensial, Penanganan Segera, Rencana Kebidanan dan Implementasi Kebidanan, Komprehensif serta Evaluasi.

Pengkajian data subyektif, penulis kaji sesuai dengan keluhan yang dirasakan dan dialami klien yaitu perut terasa mules, kepala sering pusing, badan terasa cepat lelah. Sedangkan data obyektif sangat mendukung keluhan utama yang dialami klien terutama dalam pemeriksaan Hb sahli 6 jam post partum 6,2 gr % sehingga timbul kesenjangan antara teori dengan kasus yang sedang dikaji.

Dalam pengambilan data-data di ruang nifas, penulis mengalami hambatan disebabkan data yang kurang lengkap atau tidak terperinci karena tidak adanya tenaga administrator.

Di ruang nifas, pemeriksaan Hb Sahli dan laboratorium merupakan tindakan rutin yang dilakukan pada setiap ibu nifas hari pertama. Pada Kasus Ny. P.A. interpretasi data dasar dan pemeriksaan Hb Sahli dan laboratorium menunjang diagnosa kebidanan yaitu : “ Ibu umur 26 tahun, P III, A O, Nifas dengan anemia berat “.

Pada kasus klien Ny.P.A dengan nifas anemia berat dilakukan perencanaan dan implementasi secara komprehensif . sehingga sudah ada kesenjangan antara teori dan kasus yang penulis lakukan dilapangan.

Perawatan hari pertama Asuhan Kebidanan yang dilakukan adalah :

Menginformasikan hasil akhir pemeriksaan terakhir, mengobservasi tanda-tanda vital tiap 30 menit, mengobservasi perdarahan, kontraksi uterus dan fundus uteri setiap 2 jam, mengajarkan ibu cara masage uterus, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan

makanan bergizi tinggi kalori tinggi protein, memandikan ibu ditempat dan lakukan vulva hygiene, menganjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup, mengontrol buang air besar dan buang air kecil, melakukan kolaborasi dokter SpOG: tranfusi darah 3 labu (infus NaCl, Injeksi Lasix 1 ampul, Injeksi Dexamethasone 1 ampul), ambil contoh darah dan darah lengkap, terapi oral (Cefadroxil, Asam mefenamat, Viferon), mengambil contoh darah untuk persiapan transfusi darah, menganjurkan ibu minum obat sesuai dosis dan teratur, memberikan informasi yang adekuat tentang nifas dengan anemia, melakukan pemeriksaan Hb post partum.

Perawatan hari kedua Asuhan Kebidanan yang dilakukan adalah :

Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital tiap 2 jam, mengobservasi perdarahan, kontraksi uterus, fundus uteri dan lochea tiap 2 jam, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan makanan bergizi tinggi kalori tinggi protein, menganjurkan ibu untuk tidur dan istirahat yang cukup, memberikan penyuluhan tentang personal hygiene, vulva hygiene dan mobilisasi tubuh, menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis dan teratur, melakukan transfusi darah sesuai instruksi dokter..

Perawatan hari ketiga Asuhan Kebidanan yang dilakukan adalah :

Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan terakhir, mengobservasi perdarahan, kontraksi uterus fundus uteri, lochea, keadaan umum, kesadaran dan tanda-tanda vital setiap 4 jam, memeriksa Hb ulang setelah transfusi darah selesai, menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya, memberikan penyuluhan tentang perawatan payudara, cara mencegah penyakit malaria, KB, perawatan bayi baru lahir dan imunisasi.

Pada evaluasi semua masalah dapat teratasi secara bertahap setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 3 hari di ruang nifas Rumah Sakit Umum Daerah Abepura. Ditandai dengan ibu mengatakan pusing, badan lemas sudah tidak dirasakan. Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD 100/80 mmHg N 80 x/m R 20 x/m SB 37. Muka dan conjungtiva tidak pucat, kontraksi uterus baik, perdarahan 30 cc, lochea rubra, hasil Hb setelah transfusi 750 cc darah yaitu 10,8 gr %. Untuk penanganan tindak lanjut, diperlukan surat keterangan ke puskesmas agar ibu dapat dipantau selama $\pm$ 6 minggu. Akan tetapi di ruang nifas Rumah Sakit Umum Daerah Abepura belum melakukan hal tersebut.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Anemia berbahaya bagi ibu dan anak (potensial danger to mother and child). Anemia yang terjadi dalam masa nifas memerlukan perhatian serius dan penanganan jangka panjang $\pm$ 6 minggu hingga alat-alat reproduksi kembali seperti semula. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada klien Ny. P.A. dengan kasus nifas dengan anemia berat, penulis menggunakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney dengan metode 7 langkah sehingga masalah dapat teratasi dengan baik.

B. Saran

1. Rumah Sakit

Perlu adanya tenaga administrator agar data-data dan dokumentasi di ruangan nifas (bersalin) menjadi lengkap.

2. Institusi Pendidikan

Memberikan kesempatan yang cukup kepada mahasiswi kebidanan untuk mengimplementasi manajemen pada praktek nyata serta menambah jam praktek khusus dilaboratorium sehingga dapat meningkatkan ketrampilan dan kreatifitas mahasiswi.

3. Institusi Pelayanan Kesehatan.

- a. Pada masa nifas perlu diberikan tablet tambah darah sebagai profilksis.
- b. Perlu adanya surat keterangan tindak lanjut pada masa nifas ke puskesmas selama $\pm$ 6 minggu hingga alat-alat reproduksi kembali seperti semula.

DAFTAR PUSTAKA

- Dep.Kes RI,2002,***Modul I Masalah Kematian Ibu***,Edisi 2,Jakarta.
- Mansjoer.A.dkk,2001,***Kapita Selekta Kedokteran***,FKUI,Jakarta.
- Martaadisoebrata.D.dkk,2005,***Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial***,
YBS-SP,Edisi I Cetakan I,Jakarta.
- Manuaba.I.G,1998,***Ilmu Kebidanan,Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana
untuk Pendidikan Bidan***,ECG,Cetakan I,Jakarta.
- Mochtar.R,1998,***Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi***,EGC,Jilid I,Edisi II,
Jakarta.
- Prawirohardjo.S,2005,***Ilmu Kebidanan***,YBP-SP,Edisi III,Cetakan VII,Jakarta.
- Saifuddin.AB,2002,***Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan
Neonatal***,Edisi I,Cetakan III,Jakarta.
- ,2002,***Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***,YBP-SP,Edisi I
Cetakan III,Jakarta.
- Suyono.S.dkk,2001,***Ilmu Penyakit Dalam***,FKUI,Jilid II,Edisi III,Jakarta.
- Taber,B.dkk,1994,***Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi***,EGC,Cetakan I,Jakarta.
- Varney.H.dkk,2002,***Buku Saku Kebidanan***,Cetakan I,Jakarta.