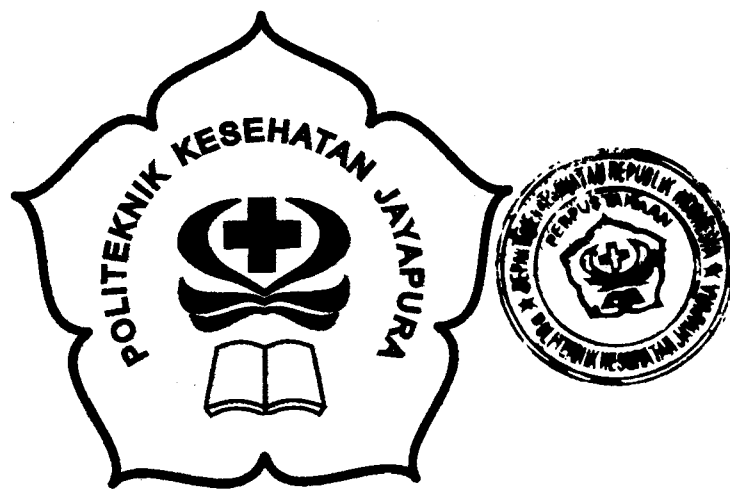


KARYA TULIS ILMIAH
MANAGEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN PREEKLEMPsia BERAT DI RSUD ABEPURA

2007

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



DISUSUN OLEH :

SUSANA. O . MANUHUTU
NIM. PO 71. 24. 4. 05. 28.

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

MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul
“MANAGEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN
PREEKLAMPSIA BARAT DI RSUD ABEPURA”

Di Ruang Bersalin RSUD Abepura

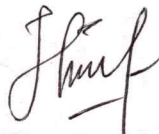
Tahun 2007

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

Jayapura, 21 *pele* 2007

Menyetujui

Pembimbing I



Heni Voni Rerey, SKM.

NIP. 140 238 870

Pembimbing II



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

NIP. 640 010 681

LEMBAR PENGESAHAN

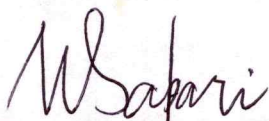
Diterima Oleh Panitia Ujian Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan, Pada :

Hari : Senin

Tanggal : 23 Juli 2007

Panitia Ujuain Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

Ketua



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

NIP. . 640 010 681

Sekretaris



Heni Voni Rerey, SKM

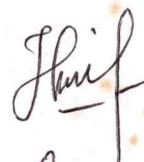
NIP. 140 238 870

DOSEN PENGUJI

TANDA TANGAN

1. Heni Voni Rerey, SKM

NIP. 140 238 870

()

2. Saaty Kadiwaru, S.st.

NIP. 640 009 887

()

3. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

NIP. . 640 010 681

()

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas tuntunan kasih serta pertolongan-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya

Adapun judul penulisan ini adalah “*MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG BERSALIN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA JAYAPURA TAHUN 2007*”.

Karya tulis ini dibuat guna untuk memenuhi persyaratan ujian akhir D-III kebidanan pada politeknik kesehatan Jayapura khususnya jurusan kebidanan.

Dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang baik fisik maupun dalam bentuk material sehingga karya ilmiah ini dapat diselesaikan.

Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi SKM, MM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah bersedia menerima penulis untuk mengikuti pendidikan pada lembaga pendidikan.
2. Ibu Dra Welmintje Sapari, M.Kes, selaku ketua jurusan kebidanan dan juga selaku pembimbing II dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini yang banyak mengarahkan dan membimbing penulis.
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti tugas belajar pada Politeknik kesehatan Jayapura jurusan D-III kebidanan.
4. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abepura telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan praktek dan pengambilan data bagi penulisan karya ilmiah yang dibuat oleh penulis.
5. Ibu Heni Von Rerey SKM, selaku dosen pembimbing I yang meluangkan waktu dan pikiran memberikan masukan dan bimbingan untuk penulis.

6. Bidan Sabina Am.keb, selaku kepala ruangan bersalin beserta stafnya yang secara langsung membimbing penulis dalam praktek di ruangan bersalin Abepura.
7. Para Dosen kebidanan yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan keterampilan, maupun nasehat selama penulis mengikuti pendidikan hingga terselasainya di lembaga pendidikan ini.
8. Ibu / Bapak, anak – anakku tercinta, Jefri dan Diah yang memberikan dorongan dan semangat serta doa selama penulis menjalani pendidikan.
9. Bapak Sakarias Weflay, sekeluarga yang selalu memberikan dorongan, bimbingan dan motivasi serta dukungan doa selama penulis menjalani pendidikan kebidanan maupun dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
10. Rekan – rekan AKBID, Angkatan VI, dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang selama ini telah membantu penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

Semoga semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan dan kemampuan penulis. Oleh sebab itu, kritik dan saran dari berbagai pihak yang bersifat membangun, sangat penulis harapkan dari penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Akhirnya, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat dan berguna bagi kita semua dalam pelaksanaan tugas kemanusiaan di manapun kita bertugas.

Jayapura,Juli 2007

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I	PENDAHULUAN
	A. LATAR BELAKANG
	1
	B. RUMUSAN MASALAH
	2
	C. TUJUAN PENULISAN
	2
	a. TUJUAN UMUM
	2
	b. TUJUAN KHUSUS
	2
	D. MANFAAT
	3
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA
	4
	A. KONSEP DASAR
	4
	B. PENCEGAHAN
	12
	C. PERSALINAN NORMAL
	13
	D. MANAJEMEN KEBIDANAN
	16
BAB III	TINJAUAN KASUS
	A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS
	20
	B. KASUS
	25
BAB IV	PEMBAHASAN
	53
BAB V	PENUTUP
	55
	A. KESIMPULAN
	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN I STRUKTUR ORGANISASI BERSALIN ABEPURA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia dan eklampsia merupakan kesatuan penyakit dan juga merupakan sebab utama kematian ibu, dan kematian perinatal yang tinggi oleh karena itu diagnosa dini preeklampsia yang merupakan tingkat pendahuluan eklampsia, serta penanganannya harus segera dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Perlu ditekankan bahwa sindroma preeklampsia ringan dengan hipertensi oedema dan proteinuria sering tidak diketahui oleh wanita yang bersangkutan, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat timbul preeklampsia berat bahkan eklampsia.

Dengan pengetahuan ini menjadi jelas bahwa pemeriksaan antenatal dan rutin mencari tanda-tanda preeklampsia sangat penting dalam usaha pencegahan preeklampsia berat dan eklampsia. (Prawirohardjo, 2002)

Pada preeklampsia dan eklampsia terjadi penurunan Angiotensin, Renin, dan Aldosteron, tetapi dijumpai Oedema hipertensi dan proteinuria. Frekwensi preeklampsia bervariasi di setiap negara bahkan pada setiap daerah dijumpai berbagai faktor yang mempengaruhi, yaitu meliputi : Primigravida, Multigravida. Keadaan sosial ekonomi perbedaan kriteria dan penentuan diagnosis pada primigravida frekwensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda, diabetes meletus, Molatidatidosa, kehamilan ganda, hidrocefalus, umur lebih dari 35 tahun, dan obesitas merupakan predisposisi untuk preeklampsia. (Prawirohardjo, 2002)

Di Indonesia preeklampsia dan eklampsia merupakan kematian ibu berkisar 15 % sampai 25 %, sedangkan kematian bayi antara 45 % sampai 50 %. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan otak, payah jantung atau payah ginjal dan aspirasi cairan lambung atau oedema paru-paru, sedangkan penyebab kematian bayi adalah asfiksia Intrauterine dan persalinan prematuritas. (Manuaba, 1998)

Menurut catatan medik RSUD Abepura dalam satu tahun, mulai bulan Januari sampai Desember 2006 jumlah persalinan seluruhnya 1281 orang dan terdapat 57 kasus preeklampsia, yang terdiri dari :

- a. Preeklampsia Ringan : 22 kasus (1,71 %)
- b. Preeklampsia berat : 35 orang (2,73 %)

Hal ini berarti 4,44 % dari jumlah persalinan merupakan preeklampsia berdasarkan uraian diatas penulis ingin mengetahui Manajemen Asuhan Kebidanan pada penderita preeklampsia berat ruang bersalin RSUD Abepura.

B. Rumusan Masalah

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan kasus yang penulis tangani, penulis hanya membatasi pada inpartu dengan preeklampsia berat yang mana terdapat 4,44 % dari 128 persalinan diruang bersalin RSUD Abepura.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan diatas maka penulis merumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian pada manajemen kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?
2. Bagaimana melakukan analisa dan menentukan diagnosa aktual pada manajemen kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada manajemen kebidanan dan ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?
4. Bagaimana mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada manajemen kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?
5. bagaimana merencanakan asuhan kebidanan komprehensif pada manajemen kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?
6. bagaimana melaksanakan evaluasi pada manajemen kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat ?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Setelah penulisan karya ilmiah ini, penulis dapat melakukan asuhan kebidanan di harapkan pasien dapat sembuh tanpa komplikasi.

2. Tujuan Khusus

Agar dapat menerapkan asuhan kebidanan dengan metode tujuh langkah, yaitu :

1. Penulis dapat melakukan pengkajian pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.
2. Penulis dapat menganalisis dan menentukan diagnosa actual dan potensial pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.
3. Penulis dapat mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.
4. Penulis dapat membuat rencana asuhan kebidanan komprehensif pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.
5. Penulis dapat melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.
6. Penulis dapat melakukan evaluasi asuha kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.

D. Manfaat

Dalam penerapan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat.

1. Untuk rumah sakit

Sebagai bahan pertimbangan dan masukkan pada Rumah Sakit Umum Daerah Abepura dalam meningkatkan mutu pelayanan.

2. Sebagai bahan pertimbangan dan referensi serta acuan bagi peneliti selanjutnya.

3. dapat menambah pengalaman yang berharga bagi penulis dalam memperluas wawasan dan pengetahuan yang didapati di bangku kuliah.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Definisi

Ada beberapa definisi tentang Preeklampsia, diantaranya adalah:

- 1) Preeklampsia dan Eklampsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil bersalin dan masa nifas yang terdiri dari: Hypertensi, Proteinuria, dan Oedema yang kadang-kadang disertai Konvuli (kejang-kejang) sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya. (Mochtar, 2001)
- 2) Keadaan yang timbul pada masa kehamilan, berupa hipertensi (lebih dari 140/90 mm Hg) yang disertai oedema dan proteinuria. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, selama persalinan atau dalam 48 jam pasca persalinan. (Depkes, 1994)

2. Etiologi

Penyebab penyakit ini sampai sekarang belum diketahui dengan pasti. Banyak teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menerangkan penyebabnya, akan tetapi tidak ada yang dapat memberikan jawaban yang memuaskan.

Teori yang sekarang dipakai sebagai penyebab preeklampsia adalah: "Ikemia Plasenta" (kekurangan darah yang menuju ke plasenta). Namun teori ini belum dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit ini. Teori yang dapat diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut ini:

- 1) Mengapa frekwensi bertambah seiring dengan tuanya kehamilan, umumnya triwulan ketiga.
- 2) Mengapa terjadi perbaikan keadaan penyakit, bila terjadi kematian janin dalam kandungan.
- 3) Mengapa frekwensi menjadi tinggi pada: Primigravida, Molahidatidosa, Hidramion, dan kehamilan ganda.
- 4) Sebab jarang terjadi preeklampsia pada kehamilan berikutnya.
- 5) Penyebab timbulnya hipertensi, proteinuria, oedema dan konvulsi sampai koma.

Dari hal-hal tersebut diatas, jelaslah bukan hanya satu faktor, melainkan banyak faktor yang menyebabkan preeklampsia dan eklampsia. (Mochtar, 1998)

3. Patofisiologi

Terjadi spasme pembuluh darah arterial menuju organ penting dalam tubuh dapat menimbulkan:

- 1) Gangguan peredaran darah, dapat menimbulkan :
 - a. Nekrosis (kematian janin).
 - b. Pendarahan.
 - c. Edema jaringan.
- 2) Gangguan metabolisme jaringan :
 - a. Terjadinya metabolisme anaerobie lemak dan protein.
 - b. Pembakaran yang tidak sempurna menyebabkan pembentukan badan kefon dan asidosis.
- 3) Mengecilnya aliran darah menuju retroplasenta sirkulasi menimbulkan gangguan pertukaran nutrisi CO_2 dan O_2 yang menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Perubahan patologis berbagai organ penting dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Perubahan hati.
 - a. Pendarahan yang tidak teratur.
 - b. Terjadinya nekrosis trombosis pada lubuk hati.
 - c. Rasa nyeri di epigastrium karena perdarahan subkapsuler.
- 2) Retina.
 - a. Spasme arteroit, oedema sekitar discus optikus.
 - b. Aglasio retina (lepasnya retina).
 - c. Menyebabkan penglihatan kabur.
- 3) Otak.
 - a. Spasme pembuluh darah artikel otak menyebabkan anemia jaringan otak, pendarahan dan nekrosis.
 - b. Menimbulkan nyeri kepala.
- 4) Paru-paru.
 - a. Berbagai tingkat edema.
 - b. Brokonpnemonia sampai abses.
 - c. Menimbulkan sesak napas

- 5) Jantung.
 - a. Perubahan degenerasi lemak dan edema.
 - b. Pendarahan sub-endokardial.
 - c. Menimbulkan dekompensasi kordis sampai terhentinya fungsi jantung.
- 6) Aliran darah ke placenta.
 - a. Spasme arteriol yang mendadak menyebabkan asfiksia berat sampai kematian janin.
 - b. Spasme yang berlangsung lama mengganggu pertumbuhan janin.
- 7) Perubahan ginjal.
 - a. Spasme arteriol menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun sehingga filtrasi glomerulus berkurang.
 - b. Penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi air dan garam.
 - c. Edema pada tungkai dan tangan, paru dan organ lain.
- 8) Perubahan pembuluh darah.
 - a. Permeabilitasnya terhadap protein makin tinggi sehingga terjadi vasasi protein ke jaringan.
 - b. Protein ekstrasvaskuler menarik air dan garam menimbulkan edema
 - c. Hemokonsentrasi darah yang menyebabkan gangguan fungsi metabolisme tubuh dan trombosis. (Manuaba, 1998)

4. Klasifikasi Patofisiologi

Preeklampsia dibagi menjadi dua golongan yaitu : preeklampsia ringan dan preeklampsia berat, dengan gejala sebagai berikut :

- 1) Preeklampsia Ringan.
 - a. Tekanan darah 140/90 mm Hg atau lebih yang diukur pada posisi terbaring terlentang atau tekanan sistolik naik 30 mm Hg, tekanan diastolic naik 15 mm Hg dari tekanan darah normal wanita. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada dua kaki pemeriksaan dengan jarak periksa satu jam atau enam jam secara terpisah.
 - b. Edema umum: kaki, jari tangan dan muka, atau kenaikan berat badan satu kilogram sampai 2,5 kilogram atau lebih dalam satu minggu.
 - c. Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih perliter, kualitatif satu plus atau dua plus.

2) Preeklampsia Berat.

- a. Tekanan darah 160/110 mm Hg atau lebih.
- b. Proteinuria 5 gr atau lebih per liter.
- c. Oliguria: jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam.
- d. Adanya gangguan sebral, gangguan virus dan nyeri di epigastrium.
- e. Adanya edema paru dan signosis. (Varney, dkk, 2002)

5. Gambaran Klinik

Gambaran klinik dimulai dari kenaikan berat badan diikuti dengan edema pada kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah dan proteinuria pada preeklampsia ringan, gejala subyektif belum dijumpai, tetapi pada preeklampsia berat diikuti keluhan subyektif:

- 1) Sakit kepala di daerah frontalis.
- 2) Rasa nyeri di daerah epigastrium.
- 3) Gangguan mata, penglihatan menjadi kabur.
- 4) Terdapat mual sampai muntah.
- 5) Gangguan pernapasan sampai sianosis.
- 6) Terjadi gangguan kesadaran.

Dengan pengeluaran proteinuria, keadaan penyakit semakin berat karena terjadi gangguan fungsi ginjal.

6. Diagnosa.

Kejadian preeklampsia dan eklampsia sulit di cegah, tetapi diagnosa dini sangat menentukan prognosa janin. Pengawalan hamil sangat penting karena preeklampsia berat dan eklampsia merupakan penyebab kematian yang cukup tinggi, terutama di negara berkembang.

Diagnosa ditetapkan dengan dua dari trias preeklampsia yaitu : kenaikan berat badan, edema kenaikan tekanan darah dan terdapat proteinuria. (Manuaba, 1998)

7. Penanganan

Tujuan utama penanganan:

- a. Mencegah terjadinya eklempsia.
- b. Hendaknya janin lahir lengkap.
- c. Trauma pada janin seminimal mungkin.

Penanganan preklempsia berat dan eklempsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklempsia.

A. Penanganan Kejang.

- a. Beri obat anti konvulsan.
- b. Perlenkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, sedotan, masker oksigen, dan oksigen).
- c. Lindungi pasien dari kemungkinan trauma.
- d. Aspirasi mulut dan tenggorokan.
- e. Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi trendelenburg untuk mengurangi resiko aspirasi.
- f. Beri O₂ 4-6 liter permenit.

B. Penanganan Umum.

- a. Jika tekanan diastolik lebih 110 mm Hg, berikan anti hipertensi, sampai tekanan diastolik diantara 90 sampai 100 mm Hg.
- b. Pasang infuse ringer lakta dengan jarum besar (16 gauge atau lebih).
- c. Ukuran keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload.
- d. Katerisasi urine untuk pengeluaran volume dan protein.
- e. Jika jumlah urine kurang 30 mm/jam.
- f. Infuse cairan dipertahankan 1 ¹/₈ jam.
- g. Pantau kemungkinan edema paru.
- h. Jangana tinggalkan pasien sendiri, kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- i. Observasi tanda-tanda vital, refleks dan denyut jantung janin setiap jam.
- j. Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda oedema paru krepitasi merupakan tanda oedema paru, jika oedema paru, stop pemberian cairan dan berikan diurectic, misalnya furosimide 40 mg (IV) intravena.

- k. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bebside jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati.

C. Anti Konvulsan.

Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Alternative lain adalah diazepam, dengan resiko terjadinya depresi Neonatal.

1. Diagnosa Awal.

- MgSO₄, 4 gr IV sebagai larutan 20 % selama 5 menit.
- Di ikuti dengan MgSO₄ (50 %) 5 gram Intramuskuler dengan 1 ml lidokain 2 % dalam spuit yang sama.
- Pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO₄

2. Dosis Pemeliharaan.

- MgSO₄ (50 %) 5 gram + Lidokain 2 % 1 ml Intramuskuler setiap 4 jam.
- Lanjutkan sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang terakhir.

3. Sebelum pemberian MgSO₄, periksa :

- Frekwensi pernapasan minimal 16/menit.
- Refleks patella (-).
- Uria minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir.

4. Stop pemberian MgSO₄, jika :

- frekwensi pernapasan < 16/menit.
- Refleks patella (-).
- Urin < 30 ml/jam.

5. Siapkan antidotem.

Jika terjadi henti napas :

- Bantu dengan ventilator.
- Beri kalsium glukonat 2 gram (20 ml dalam larutan 10 %) Intravena, perlahan-lahan sampai pernapasan mulai lagi.

D. Pemberian Intravena.

1. Dosis awal.
 - a. Diazepam 10 mg Intravena pelan-pelan selama 2 menit.
 - b. Jika kejang berulang, ulangi dosis awal.
2. dosis pemeliharaan.
 - a. Diazepam 40 mg dalam 500 ml larutan ringer laktat per infuse.
 - b. Depresi pernapasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis lebih 30 mg/jam.
 - c. Jangan berikan lebih 100 mg/24 jam.

E. Pemberian melalui rectum.

1. Jika pemberian intravena tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per rectal, dengan dosis awal 20 mg dalam sempit 10 ml.
2. jika masih terjadi kejang beri tambahan 10 mg/jam.
3. dapat pula diberikan melalui kateter urine yang dimasukkan ke dalam rectum.

F. Anti Hypertensi.

1. Obat pilihan adalah hidrolazin, yang diberikan 5 mg Intravena pelan-pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun.
2. jika perlu, pemberian hidrolazin dapat diulang setiap jam, atau 12,5 mg intramuscular setiap 2 jam.
3. jika hidralizin tidak tersedia, dapat diberikan :
 - a. Nifedipin 5 mg sublingual, jika respon tidak baik setelah 10 menit, beri tambahan 5 mg sublingual.
 - b. Labetolol 10 mg Intravena, yang jika respon tidak baik setelah 10 menit, diberikan lagi labetolol 20 mg intravena.

G. Persalinan.

1. Pada preeklampsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklampsia dalam 12 jam sejak eklampsia timbul.
2. jika terdapat gawat janin atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklampsia) lakukan seksio sesarea.

3. jika seksio sesarea akan dilakukan, perhatian bahwa :

- a. tidak terdapat kongulatif.
- b. Anastesi yang aman atau terpilih adalah anastesi umum, jangan lakukan anastesi local, sedangkan anastesi spiral berhubungan dengan resiko hipotensif.
- c. Jika anastesi yang umum tidak tersedia atau janin mati aterm terlalu kecil lakukan persalinan pervaginaan.
- d. Jika serviks matang lakukan induksi dengan oksitosin 2-5 intravena dalam 500 ml dextrose 10 tetes/menit atau prostaglin.

H. Perawatan Post Partum.

- a. Anti konvulson diteruskan sampai 24 jam post partum atau kejang terakhir.
- b. Teruskan terapi anti hipertensi jika tekanan diastolik masih lebih 110 mm Hg.

I. Rujukan.

Rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap jika :

- a. Terdapat oliguria (< 400ml/24 jam).
- b. Terdapat sindrom HELLP.
- c. Koma berlanjut lebih dari 24 jam sesudah kejang. (Prawihardjo,2002)

8. Komplikasi.

1. Iskemia uteroplasenta.

- a. Pertumbuhan janin terhambat.
- b. Kematian janin.
- c. Persalinan premature.

2. Spasme arteriola.

- a. Gagal jantung, ginjal dan hati.
- b. Gangguan pembekuan darah.
- c. Ablasio retina.
- d. Pendarahan serebral.

3. Kejang dan koma.

- a. Trauma karena kejang.
- b. Aspirasi cairan darah, muntahan, dengan akibat gangguan pernapasan.

4. Penanganan tidak tepat.

- a. Pneumonia.

- b. Infeksi saluran kemih.
- c. Kelebihan cairan.
- d. Komplikasi anestesi.

B. Pencegahan.

Untuk mencegah kejadian preeklampsia ringan dapat dilakukan nasehat yang berkaitan dengan :

1. Diet makanan.

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak, kurangi garam apabila berat badan bertambah atau edema. Makanan bervariasi pada empat sehat lima sempurna, untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahkan satu butir telur setiap hari.

2. Cukup istirahat.

Istirahat yang cukup pada hamil yang semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan disesuaikan dengan kemampuan, sebaliknya kearah punggung janin, agar aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

3. Pengawasan antenatal (hamil).

Bila terjadi perubahanperasaan dan gerak janin dalam rahim, segera datang ketempat pemeriksaan.

Keadaan yang memerlukan perhatian :

1. Uji kemungkinan preeklampsia.

- a. Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya.
- b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri.
- c. Pemeriksaan kenaikan berat badan atau edema.
- d. Pemeriksaan protein dalam urine.
- e. Kalau kemungkinan dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal, hati, gambaran darah umum dan pemeriksaan retina mata.

2. Penilaian kondisi janin dalam rahim.

- a. Pemantaun tinggi fundus uteri.
- b. Pemeriksaan janin : gerak janin dalam rahim, denyut janin, pemantauan air ketuban. (Manuaba, 1998)

C. Persalinan Normal.

1. Definisi :

Persalina adalah proses peneluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

Persalinan normal adalah persalinan yang :

- a. Terjadi pada kehamilan aterm (bukan premature atau postmature).
- b. Mempunyai janin tunggal dengan presentase vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis.
- c. Terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti forcep atau vakum).
- d. Tidak mencakup komplikasi (seperti pendarahan hebat).
- e. Mencakup kelahiran plasenta yang normal.

2. Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan.

1. Teori penurunan hormone.

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesteron yang akan menyebabkan kekencangan pembuluh darah sehingga timbul his.

2. Teori penuaan plasenta :

Akan menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesterone sehingga akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim.

Rahim menjadi besar dan meregang akan menyebabkan ischemia otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

4. Teori Iritasi Mekanik.

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale, yang apabila digeser atau di tekan misalnya oleh kepala akan menimbulkan kontraksi.

5. Induksi Partus.

Partus dapat ditimbulkan dengan jalan:

- a. Gagang laminaria.
- b. Amniotomi.
- c. Oksitosin drips.

3. Klasifikasi persalinan.

Persalinan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan.

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga diluar.

3. Persalinan anjuran

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

4. Faktor-faktor penting dalam persalinan (SP)

1. Power.

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

2. Passenger.

Janin dan plasenta.

3. Passage.

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

4. Psichis ibu.

5. Penolong. (Manuaba, 1998)

5. Tahap-tahap persalinan.

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

PERSALINAN KALA I.

Yang dimaksud dengan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan.

Lamanya kala I untuk primi gravida berlangsung 12 jam, sedangkan multi gravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurnbe friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan gravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

KALA II (KALA PENGELUARAN)

Gejala utama kala II (pengeluaran) adalah:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan karena tertekannya fleksus frankenhouser.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 1. Kepala membuka pintu.
 2. Sub occiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, idung, dan muka, dan kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :
 1. Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik curam keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 2. Setelah bahu kedua lahir, ketiak dikai untuk melahirkan sisa badan bayi.
 3. Bayi lahir diikuti sisa air ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

KALA III (PELEPASAN URI).

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit, dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini:

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi pendarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara Crede pada fundus uteri.

KALA IV (OBSERVASI)

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan post partum paling sering terjadi pada dua jam pertama.

Observasi dilakukan:

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya pendarahan.

Pendarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

D. Manajemen Kebidanan.

1. Definisi.

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

2. Tujuan.

Memberikan asuhan kebidanan yang akurat, komprehensif dan berstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama proses persalinan.

3. Anamnese.

- a. Biodata dan data demografi.
- b. Riwayat kesehatan, termasuk faktor herediter dan kecelakaan.
- c. Riwayat menstruasi.
- d. Riwayat obstetric dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi.
- e. Biopsiko spiritual, pengetahuan klien.

4. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan tanda-tanda vital.

- a. Inspeksi.
- b. Palpasi.
- c. Auskultasi.
- d. Perkusi.

5. Pemeriksaan penunjang.

- a. Laboratorium.
- b. Diagnosa lain, USG, Radiologi.

Catatan terbaru dan sebelumnya. Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya:

Langkah I: Tahap Pengumpulan Data.

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

Langkah II: Interpretasi Data Dasar.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan dirumuskan diagnosa yang berspesifik, masalah psikososial berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita tersebut.

Diagnosa kebidanan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek dan memenuhi “Standar Nomenklatur” diagnosa kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin terjadi pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap menghadapi bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan kebidanan yang aman.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Secara 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 ini berlaku baik asuhan primer periodic dan pada antenatal, juga selama wanita tersebut

bersama bidan misalnya pada masa intranatal data baru harus terus-menerus dikumpulkan data dievaluasi.

Beberapa data mengidentifikasikan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan ibu dan bayi (misalnya pendarahan antepartum, pendarahan post partum, distusia bahu atau pada bayi yang lahir apgar yang rendah).

Beberapa kasus mengidentifikasi situasi yang membutuhkan tindakan segera sambil menunggu tindakan dokter, misalnya pada kasus prolaps tali pusat. Sedangkan pada kasus lainnya tindakan memerlukan tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter, misalnya pada kasus preeklampsia berat atau pada situasi lain yang memerlukan profesi kesehatan lainnya, misalnya social worker, ahli gizi, psikolog dan lain-lain. Bidan yang mengkaji kondisi klien dan menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh.

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 apa 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 socio-kultural, ekonomi atau psikologi.

Setiap rencana asuhan yang diberikan dapat efektif, Karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Yang Efisien Dan Aman.

Melaksanakan asuhan yang menyeluruh yang telah direncanakan pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian klien sendiri atau petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melaksanakan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencana benar-benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya, serta peningkatan asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

Langkah VII : Evaluasi.

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bilamana memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum. Karena proses manajemen ini merupakan suatu yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, karena 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.

Manajemen kebidanan (7) langkah ini merupakan proses berpikir dalam mengambil keputusan klinis, ketika memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan diterapkan dalam setiap situasi. Untuk pendokumentasian atau pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk "SOAP".

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS

I. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah nomor : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dengan surat keputusan nomor : 78 Tahun 1998 pada tanggal 05-Mei-1998 dan selanjutnya diundang-undangkan dengan lembaran daerah Propinsi Dati I Irian Jaya No. : 162 Tanggal 13 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka disusul terpenuhinya persyaratan Rumah Sakit maka disusul untuk pengisian jabatan Struktural dan jabatan Fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang komersial RSUD Abepura memiliki 163 kapasitas tempat tidur dengan beberapa Ruang inap yakni Bangsal Pria, Bangsal Wanita, Bangsal Anak, Bangsal Bedah, Bangsal Kebidanan, Bangsal Perinatologi, Ruang ICU, Ruang VIP dan Ruang kelas.

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

Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1) Struktur Organisasi

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

2) Ketenagaan

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

II. Wewenang dan Tanggung Jawab

a. Tugas Pokok

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

b. Fungsi

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

Gambaran Umum Ruangan Bersalin

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

Wewenang dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan Bersalin

1. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
2. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di Ruang Bersalin
3. Mengembangkan kemampuan Pegawai Ruang Bersalin.
4. Kepala Ruang Bersalin bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Instalasi kebidanan di bagi ke dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin.

Ruang Bersalin terdiri dari 3 bagian yaitu kamar bersalin (UK), Nifas, Ruang Pre Operasi dan Post Operasi dan masing-masing ada penanggung jawabnya.

Ruang Bersalin memiliki 5 kamar rawat nginap yang, terdiri dari :

- a. Kamar kelas I dua buah, dengan 4 tempat tidur.
- b. Kamar kelas II satu buah, dengan 4 tempat tidur.
- c. Kamar kelas III dengan 13 tempat tidur.

Jumlah Tenaga Dokter

Dokter Spesialis Kebidanan (SPoG) : 2 orang

Dokter Umum : 1 orang

Dengan jumlah 17 orang yang terdiri dari :

- a. D III Kebidanan : 8 orang
- b. D III Keperawatan : 1 orang
- c. Bidan A/C : 9 orang
- d. Perawat : 2 orang

Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing ruangan (UK, Nifas, Pre dan Post Operasi), adalah :

Kamar Bersalin / UK

1. Tugas dan Tanggung Jawab

Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang Fisiologi dan Patologi, Manganamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda Vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan kasus-kasus Gynekologi serta Partus Gynekologi serta kasus Partus Patologi ke Dokter Spesialis penanggung jawab UK, petugas

bertanggung jawab menolong pasien yang akan Bersalin Normal sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN), membantu Dokter dalam melakukan tindakan Persalinan Abnormal/Patologik dalam ruangan UK.

2. Fasilitas pelayanan di Ruang Bersalin Abepura, terdiri dari :

- a) 4 buah Partus set
- b) 4 buah Curetage set
- c) 1 buah vacuum set
- d) 1 buah alat Forcep set
- e) 1 buah alat Steril
- f) 4 Troli
- g) 6 Tempat Tidur/tempat tidur Gynekologi
- h) 1 buah lampu sorot
- i) oksigen
- j) Lemari obat dan obat-obatan dan alkes
- k) Petunjuk 60 langkah
- l) Tromol-tromol berisi kasa, kapas lidi, tampon, Handscoen yang sudah steril
- m) Ember dengan larutan Clorin di waskom guna untuk rendam alat, tempat sampah untuk isi plasenta, tempat sampah medis dan non medis
- n) Timbangan BB
- o) Pengukuran tinggi BB
- p) Standar infuse, infuse set, transfuse set dan cairan infus
- q) Hecting set 4 buah.
- r) Cateter metal dan Nelaton serta urine bag.
- s) Status pasien obstetric maupun ginekologi
- t) Alat komunikasi dan ATK (alat tulis kantor)
- u) Alat non medis lainnya

- v) Alat pemantau tanda-tanda vital seperti Tensi meter, Thermometer, Stetoskope
- w) Dopler 1 buah

Alat-alat maupun obat-obatan digunakan sesuai dengan kebutuhan.

B. KASUS

Tanggal Pengkajian : 28- 03- 2007
 Hari / Jam : Rabu / 10⁰⁰ WIT
 Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura

Manajemen Kebidanan Kala I

Langkah I Pengkajian

I. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama ibu : Ny. L
 Umur : 27 Tahun
 Agama : Kristen Protestan
 Pendidikan : SMA
 Suku / Bangsa : Batak / Indonesia
 Nikah ke : I
 Lama Nikah : 4 1/2 Tahun
 Alamat : Expo Waena
 Pekerjaan : IRT

Nama Suami : Tn. J. M.
 Umur : 32 Tahun
 Agama : Kristen Protestan
 Pendidikan : SMA
 Suku / Bangsa : Batak/ Indonesia
 Nikah ke : I
 Lama Nikah : 4 1/2 Tahun
 Alamat : Expo Waena
 Pekerjaan : Sopir

2. Data Biologis / Fisiologis

a. Keluhan Utama

Ibu masuk ke Ruang Bersalin dengan keluhan sakit pada Sympisis menjalar ke tulang belakang, kedua kaki bengkak, kepala pusing dan penglihatan sering kabur.

b. Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan sakit pada perut bagian bawah mulai jam 07⁰⁰ wit Disertai keluar lender bercampur darah dari vagina, kaki oedema sejak 2 bulan yang lalu, kepala pusing sudah 3 hari yang lalu penglihatan sering kabur dan nyeri ulu hati.

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. Gravida : G_{II} P_I A-
2. HPHT : 21-6-2006
3. TP : 28-3-2007
4. ANC : 6^x
5. Imunisasi (TT) : 1^x
6. Pergerakan janin dirasakan ibu
7. Cukup bulan menurut ibu
8. Obat-obatan yang diminum selama hamil

d. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Umur kehamilan	Jenis	Penolong	BB	Keadaan	Lama	Usia
		Persalinan	Persalinan	Bayi	ibu dan bayi	ASI	anak
1.	9 Bulan	Spotan	Bidan	3000	baik	8 bulan	3 ¹ / ₂ tahun
2.	Hamil ini						

- e. Riwayat Keluarga Berencana : Tidak pernah
- f. Riwayat Reproduksi
 - a) Menarche : 14 tahun
 - b) Siklus Haid : 28 hari
 - c) Durasi Haid : 4 hari
 - d) Banyaknya : 2 kali ganti Duk/hari
 - e) Bau / warna : amis / merah tua
 - f) Sifat darah haid : Encer
 - g) Gangguan Haid : Nyeri perut menjelang haid
- g. Riwayat kesehatan lalu
 - a) Penyakit waktu anak-anak : Ispa, Malaria, dan Diare
 - b) Riwayat Opname : tidak pernah
 - c) Riwayat Operasi : tidak pernah
 - d) Penyakit serius saat ini : Preeklampsia
- h. Riwayat penyakit keluarga
 - a) Penyakit Menular dalam keluarga : Tidak ada
 - b) Penyakit Menahun dalam keluarga : Tidak ada
 - c) Penyakit Keturunan dalam keluarga : Tidak ada
 - d) Riwayat dalam keluarga yang meninggal : Tidak ada
 - e) Riwayat persalinan kembar
 - Pihak suami : Tidak ada
 - Pihak istri : Tidak ada
- i. Keadaan psikologik
 - 1. Klien : Ibu merasa cemas dengan kehamilan dan janin yang dikandungnya.
 - 2. Suami : Turut mengkhawatirkan keadaan istrinya, serta berharap istri dan janinnya selamat.
 - 3. Keluarga : Kedua belah pihak keluarga mengkhawatirkan dan mencemaskan keadaan mereka yang akan melahirkan dan keadaan janin yang akan dilahirkan.

j. Latar Belakang Sosial Budaya

Klien dan suami sama-sama berasal dari suku Batak dan mereka memegang teguh adat istiadat.

k. Dukungan Keluarga

Perhatian dari pihak keluarga klien dan suami mengharapkan keselamatan ibu serta janin yang akan dilahirkannya.

l. Keadaan Sosial Ekonomi

Pekerjaan suami sopir taxi dan mampu menghidupi kehidupan keluarga setiap hari.

m. Masalah-Masalah Selama Kehamilan

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

n. Riwayat Aktivitas Sehari-hari

No	Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Pola nutrisi			
	a. pola makan	Nasi/ubi, sayur, lauk.	Nasi/ubi, sayur, lauk.	Nasi/ubi, sayur, lauk.
	b. frekwensi makan	3 X sehari	3 X sehari	3 X sehari
	c. nafsu makan	kurang	Cukup	Cukup
	d. makanan kesukaan	Buah dan ubi.	Ubi dan sayur	Nasi/ubi, sayur, lauk.
	e. jumlah minuman/hari	5 gelas/hari	6-7 gelas/hari	7-8 gelas/hari
2.	kebiasaan yang mempengaruhi kehamilan			
	a. merokok	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	b. obat penenang	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	c. minuman beralkohol	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	d. jamu dan obat-obat tradisional	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
3.	eliminasi			
	BAB			
	a) frekwensi	2 X sehari	2 X sehari	2 X sehari
	b) bau/warna	amoniak/kuning kecoklatan	amoniak/kuning kecoklatan	amoniak/kuning kecoklatan
	c) konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak
	BAK			
	a) frekwensi	4-6 ^x /hari	5-7 ^x /hari	6-8 ^x /hari
	b) bau/warna	Amis/The tua	Amis/Teh tua	Amis/Teh tua
4.	Pola tidur dan istirahat			
	a. Tidur siang	1-2 jam	1-2 jam	1-2 jam
	b. Tidur malam	5-6 jam	5-6 jam	7-8 jam

5.	Olah raga dan rekreasi			
	Nonton TV	Tidak	Tidak	Tidak
	Dengar radio	Ya	Ya	Ya
	Rekreasi	Tidak	Tidak	Tidak
	Olahraga	Tidak	Tidak	Tidak
6.	Kebersihan diri			
	Frekwensi mandi	1-2 ^x /hari	1-2 ^x /hari	2-3 ^x /hari
	Pakai sabun mandi	Ya	Ya	Ya
	Dikeringkan dengan handuk	Ya	Ya	Ya
	Frekwensi sikat gigi	1-2 ^x /hari		
	Sikat gigi dengan odol	Ya	2 ^x /hari	2 ^x /hari
	Frekwensi cuci handuk	1 ^x /minggu	Ya	Ya
	Memakai sampo	Ya	1 ^x /minggu	1 ^x /minggu
			Ya	Ya

II. DATA OBYEKTIF

1. pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Penampilan : Kusut
- d. Ekspresi wajah : Cemas
- e. TD : 150/110 Mm Hg
- f. SB : 37 °C
- g. N : 84 ^x/m
- h. R : 24 ^x/m
- i. Berat badan dan tinggi badan
 - a) Berat badan sebelum hamil : 52 Kg
 - b) Tinggi badan : 146 Cm
 - c) Berat badan setelah hamil : 60 Kg
 - d) Kenaikan berat badan : 8 Kg
 - e) LILA : 25 Cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala
 - a) Inspeksi : Rambut hitam, kulit kepala bersih
 - b) Palpasi : Tidak ada benjolan
- b. Muka
 - a) Oedema : Ada
 - b) Clousma Gravidarum : Tidak ada
- c. Mata
 - a) Conjungtiva : Tidak anemia.
 - b) Sclera : Tidak dapat icterus
- d. Hidung
 - a) Pengeluaran cairan : Tidak ada
 - b) Kebersihan : Baik

- e. Telinga
 - a) Pengeluaran : Tidak ada
 - b) Kebetsihan : Baik
- f. Mulut / Gigi
 - a) Stomatitis : Tidak ada
 - b) Lidah : Bersih
 - c) Mukosa mulut : Lembab
 - d) Caries : Tidak ada
 - e) Kebersihan : Bersih
- g. Leher
 - a) Pembesaran Kelenjar Tiroit : Tidak ada
 - b) Pembesaran Kelenjar Limfe : Tidak ada
- h. Dada dan Perut
 - Inspeksi
 - a) Bentuk Dada : Simetris
 - b) Pergerakan Dada : Normal
 - c) Massa : Tidak ada benjolan
 - d) Frekuensi Pernapasan : 24 ^x/m
 - e) Jenis Pernapasan : Dada
 - Palpasi
 - a) Nyeri tekan : Tidak ada
- i. Payudara
 - Inspeksi
 - e) Kulit tegang : Ya
 - e) Membesar : Ya
 - e) Hyperpigmentasi Aerola : Ya
 - e) Puting susu kiri/kanan : Terbentuk
 - e) Kebersihan puting : Baik

Palpasi

a) Pengeluaran : Ada (Colostrum)

b) Pembesaran pada kelenjar aksila : Tidak ada

j. Abdomen

a) Perut : membesar

b) Striae : Tidak ada

c) Keadaan perut : sesuai usia kehamilan

d) Bekas operasi : Tidak ada

k. Vulva dan Vagina

a) Keadaan : Normal

b) Flour Albous : Tidak ada

c) Varises : Tidak ada

d) Pengeluaran : Lendir / Darah

l. Tungkai Atas : Normal

m. Tungkai Bawah

Oedema : Ada (+/+)

Varises : Tidak ada

Refleks Stendont : Ada (+/+)

3. Pemeriksaan Obstetric

a. Palpasi secara Leopold

a) Leopold I : 30 Cm (39 minggu) Teraba Bokong

b) Leopold II : letak Janin memanjang punggung kiri

c) Leopold III : bagian terendah kepala

d) Leopold IV : bagian terendah sudah masuk Pintu Atas Panggul
(4/5 bagian)

His

a) Prekuensi : 3 X dalam 10 menit

b) Durasi : 30 – 40 detik

c) Kekuatan : Sedang

d) Relaksasi : Ada (baik)

- e) Gerakan janin : Ada
- f) Tafsiran berat janin : $35-11 \times 155 = 3720 \text{ kg}$
(menurut Jhonton).

b. Auscultasi

- a) Denyut jantung janin : Ada
- b) Frekwensi : $176^x/\text{menit}$
- c) Irama : Tidak jelas dan cepat

- c. Perkusi : Refleks Patela $^x/x$

d. Pemeriksaan dalam

Tanggal 28 – 3 – 2007, Jam : 10⁰⁰ WIT, oleh Susana Manuhutu

Hasil :

- a) Vulva / Vagina : Tidak ada kelainan
- b) Portio : Melingkar
- c) Pembukaan : 7-8 cm
- d) Ketuban : (+)
- e) Presentase : Kepala
- f) Penurunan : II/III
- g) Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
- h) Nilai panggul
 - a) In let : Tidak dapat nilai
 - b) Mid pelvis : Dinding samping lurus
: spina ischiadika tumpul
: Distansia Interspinarum > 10,5 cm
: Sakrum konkaf
 - c) Outlet : Arkus Pubis $\geq 90^0$
 - d) ICP : Baik (Normal)
 - e) Kesan panggul : Cukup

e. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium : tanggal 28 – 3 – 2007

- 1) Urine

- a) Protein : Positif (++)
- b) Reduksi : Positif (++)
- 2) Darah
 - a) Golongan darah : “ O “
 - b) DDR : negative
 - c) HB : 12 gram %
 - d) Leukosit : tidak dilakukan
- 5. Rontgen : Tidak dilakukan
- 5. USG : Tidak dilakukan

Langkah II Interpretasi Data Dasar

- Diagnosa :
- Ibu : Umur 27 tahun G_{II} P_I A, hamil 39 minggu, inpartu kala I, fase aktif dengan preklempsia berat.
- Janin : Intra uterin, presentase kepala, tunggal hidup dengan gawat janin.
- Dasar :
- DS
 - c) G_{II} P_I A
 - c) HPHT : 21 – 6 – 2006
 - c) TP : 28 – 3 - 2007
 - c) Ibu mengatakan sakit pada symphysis menjalar ke tulang belakang
 - c) Keluar lender campur darah
 - c) Ibu merasakan gerakan janin
 - c) Penglihatan sering kabur
 - c) Sakit kepala
 - c) Kadang-kadang nyeri ulu hati

b. DO

- a) Usia kehamilan : 39 minggu
- b) Palpasi : Tinggi Fundus Uteri 35 cm, letak kepala, punggung kiri kepala sudah masuk PAP (4/5 bagian)
- c) Auscultas : Djf (+) 176 x / menit
- d) Tafsiran berat janin : $35-11 \times 155 = 3720$ gram
- e) Tanda-tanda vital
 - 1) Tensi : 150/110 mm Hg
- f) Pemeriksaan dalam
Tanggal 28-3-2007, jam 10⁰⁰ WIT, oleh Susana Manuhutu
 - a. Pembukaan : 7-8 cm
 - b. Ketuban : (+) menonjol
 - c. Presentase : kepala
 - d. Penurunan : Hodge II-III
 - e. Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan
- g) Pemeriksaan Penunjang
Laboratorium tanggal 28-3-2007
 - a. urine
 - Protein : ++
 - Reduksi : ++

Langkah III Diagnosa Potensial

1. Ibu :

- a. Potensial terjadi eklempsia

Dasar :

Ds :

- a) Nyeri ulu hati

- b) Penglihatan sering kabur

c) Sakit kepala

Do :

2. Tekanan darah : 150/110 mm Hg

2. Protein : ++

b. Solution plasenta

Dasar :

Ds :

Do : TD 150/110 mm Hg

2. Janin :

a. Potensial IUFD

Dasar :

Ds :

Do :

a) TD : 150/110 mm Hg

b) Protein uri : ++

c) DJJ : 176^x/menit

b. Potensial terjadi asfiksia

Dasar :

Ds :

Do : DJJ 176^x/menit**Langkah IV Tindakan Segera**

1. konsul dengan dokter.

2. Kolaborasi dengan dokter, therapy

-) Pasang oksigen 5 liter/jam
-) Nifedipin 10 mg sublingual
-) Infuse ringer laktat + oxitocyn 5 IV dengan kecepatan 20 tetes/menit
-) MgSO₄ + lidocain 1 ampul, 10 cc bokong kanan 15 menit kemudian 10 cc bokong kiri Intramuskuler/6 jam.
-) Pasang dower cateter.

Langkah V Rencana Asuhan Kebidanan

1. Atur posisi ibu tidur miring kiri
2. Hadirkan keluarga/suami
3. konsultasi dengan dokter
 - a) Pasang oksigen 5 liter/jam
 - b) Nifedipin 10 mg sublingual
 - c) Infuse ringer laktat + oksitosin 5 IV dengan kecepatan 20 tetes/menit
 - d) MgSO_4 4 gram + lidocain 1 ampul.
 - e) Pasang dower kateter.
4. Observasi His, Bja, dan pengeluaran pervagina tiap 15 menit.
5. observasi keadaan umum, kesadaran dan Tanda Tanda Vital tiap 30 menit
6. lakukan PD setiap 4 jam atau bila ada indikasi
7. ukur produksi urine per 24 jam
8. observasi tanda-tanda kejang
9. persiapan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong
10. ajarkan teknik pernapasan diluar his
11. berikan dukungan mental dan moril pada ibu keluarga.
12. berikan nutrisi dengan diet : rendah garam, rendah lemak, rendah karbohidrat dan tinggi protein
13. ganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
14. siapkan oksitosin, partus set
15. Siapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya
16. beritahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada his, posisi yang aman pada saat melahirkan

Langkah VI Tindakan Asuhan Menyeluruh

Tanggal 28-3-2007

Jam 10⁴⁵WIT

2. Mengatur posisi ibu tidur miring kiri
2. Menghadirkan keluarga/suami

3. Melakukan konsultasi dengan dokter
 - a) Pasang oksigen 5 liter/jam
 - b) Nifedipin 10 mg sublingual
 - c) Infuse ringer laktat + oxitocyn 5 IV dengan kecepatan 20 tetes/menit
 - d) MgSO_4 4 gram + lidocain 1 ampul.
 - e) Pasang dower cateter.
4. Mengobservasi His, Bja, dan pengeluaran pervagina tiap 15 menit.
5. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran dan TTV tiap 30 menit
6. Melakukan PD pada jam 10⁴⁵ WIT, atas indikasi ibu ingin mendedan
7. Mengukur produksi urine
8. Mengobservasi tanda-tanda kejang
9. Mempersiapkan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong
10. Mengajarkan teknik pernapasan diluar his
11. Memberikan dukungan mental dan moril pada ibu keluarga.
12. Memberikan nutrisi dengan diet : rendah garam, rendah lemak, rendah karbohidrat dan tinggi protein
13. Mengganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
14. Menyiapkan oxitocin, partus set dan hecing set
15. Menyiapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya
16. Memberitahu ibu cara mendedan yang baik pada saat ada his, posisi yang aman pada saat melahirkan

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 28-3-2007

Jam 10⁴⁵ WIT

1. Ibu tidur dalam posisi miring
2. Ibu ditemani keluarga terdekat
3. Instruksi dokter sudah terlaksanakan
 - a) Terpasang oksigen 5 liter/jam
 - b) Nifedipin sudah terpasang

- c) Infuse ringer laktat terpasang menetes dengan baik
- d) MgSO_4 sudah diberikan
- e) Terpasang dower cateter, jumlah urine 400 cc
- 4. Keadaan umum baik, kesadaran Compomentris, Tanda-tanda vital TD $^{150}/_{110}$ mm Hg, SB 37°C , N $84^{\times}/_{\text{m}}$, R $24^{\times}/_{\text{m}}$
- 5. His $4-5^{\times}$ dalam 10 menit, durasi 60 detik, relaksasi ada, Bunyi jantung anak $168^{\times}/_{\text{m}}$ pengeluaran pervagianm lender bercampur darah.
- 6. Hasil Periksa Dalam, Jam 11^{00} WIT
 - a. V/V : tidak ada kelainan
 - b. Portio : tidak teraba
 - c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
 - d. Ketuban : (-) baru pecah spontan, putih keruh
 - e. Presentase : kepala
 - f. Penurunan : Hodge IV
 - g. Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan
- 1. Kejang : (-) tidak ada

Manajemen Kebidanan Kala II

Langkah I Pengkajian

Tanggal 28-3-2007

Jam 11^{00} WIT

A. DS

- 1. Ibu mengatakan mules makin kuat dan sering
- 2. Ibu gelisah pada saat ada his
- 3. Ibu mengatakan seperti ingin membuang air besar
- 4. Ibu mengatakan nyeri pad ulu hati dan kepala masih terasa pusing

B. DO

- 1. Keadaan umum : baik
- 2. Kesadaran : cm
- 3. His (+) frekwensi $4-5^{\times}$ dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.

4. Ketuban pecah spontan jam 11⁵⁵ WIT putih keruh
5. Perineum meregang dan anus membuka
6. Cairan infuse masih menetes dengan baik (ringer laktat + oxitocin 5 IV)
dengan kecepatan 20 tetes/menit
7. Dower cateter masih terpasang :urine tampung 250 cc
8. Nampak rambut divulva bila ada his
9. Pemeriksaan dalam tanggal 28-3-2007, Jam 11⁰⁰ WIt
 - a. Vulva vagina : tidak ada kelainan
 - b. Portio : tidak teraba
 - c. Pembukaan : 10 cm
 - d. Ketuban : negatif
 - e. Presentase : kepala
 - f. Penurunan : Hodge IV
 - g. Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan
10. Djj (+) 168 ^x/m
11. Pemeriksaan laboratorium : protein urine (++)
12. Tanda-tanda vital
 - a. TD : 150/110 mm Hg
 - b. Nadi : 84 ^x/m
 - c. Respirasi : 24 ^x/m
 - d. SB : 37 ⁰C

Langkah II Interpretasi Dasar

Diagnosa :

Ibu : Umur 27 tahun G_{II} P_I A hamil 39 minggu Inpartu kala II, dengan PEB.

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

A. DS

1. Ibu mengatakan mules makin kuat dan sering
2. Ibu gelisah pada saat ada his
3. Ibu mengatakan seperti ingin membuang air besar

4. Ibu mengatakan nyeri pad ulu hati dan kepala masih terasa pusing

B. DO

4. Keadaan umum : baik
4. Kesadaran : cm
4. His (+) frekwensi 4-5 ^x dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.
4. Ketuban pecah spontan jam 11 ⁵⁵ WIT putih keruh
4. Perineum meregang dan anus membuka
4. Cairan infuse masih menetes dengan baik (ringer laktat + oxitocin 5 iv) dengan kecepatan 20 tetes/menit
4. Dower cateter masih terpasang :urine tampung 250 cc
4. Nampak rambut divulva bila ada his
4. Pemeriksaan dalam tanggal 28-3-2007, Jam 11 ⁰⁰ WIt
 - a. Vulva vagina : tidak ada kelainan
 - b. Portio : tidak teraba
 - c. Pembukaan : 10 cm
 - d. Ketuban : negatif
 - e. Presentase : kepala
 - f. Penurunan : Hodge IV
 - g. Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan
4. Djj (+) 168 ^x/m
4. Pemeriksaan laboratorium : protein urine (++)
4. Tanda-tanda vital
 - d. TD : ¹⁵⁰/₁₁₀ mm Hg
 - d. Nadi : 84 ^x/m
 - d. Respirasi : 24 ^x/m
 - d. SB : 37 ⁰C

Langkah III Diagnosa Potensial

1. Ibu :

a. Potensial terjadi eklampsia

Dasar :

Ds :

- a) Ibu mengatakan kepala masih terasa pusing
- b) Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati

Do :

- a) Tekanan darah : 150/110 mm Hg
- b) Protein : ++

2. Janin :

Potensial IUFD

Dasar :

Do :

- a) TD : 150/110 mm Hg
- b) Protein uri : ++
- c) Djj : (+) 168 ^x/m

Langkah IV Tindakan Segera

1. Pimpin Persalinan
2. Lakukan Episiotomi bila ada indikasi
3. Kolaborasi medis dengan petugas perinatal dalam penanganan bayi baru lahir

Langkah V Rencana Asuhan

1. Pantau cairan infuse.
2. Pantau keadaan umum dan kesadaran ibu
3. Observasi his, bja dan pantau cairan infus

4. Lakukan kolaborasi dengan petugas perinatologi untuk penanganan bayi baru lahir
5. Alat-alat didekatkan dan petugas memakai atribut
6. Atur posisi ibu setengah duduk
7. Penolong cuci tangan dan pakai handscoen
8. Beri minum air diluar his dan beri pujian apabila kepala bayi maju
9. Pimpin ibu mengedan bila ada his yang adekuat dan pantau tetesan cairan infus
10. Handuk diletakkan diperut ibu
11. Tahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm
12. Bantu kepala melakukan flexi ringan
13. Lahirkan kepala bayi dan usap muka dengan kasa steril
14. Periksa lilitan tali pusat
15. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
16. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang
17. Lahirkan badan bayi dengan sanggah susur.
18. Letakkan bayi diatas perut ibu, dibungkus, jepit tali pusat dan potong
19. Serahkan bayi ke petugas perinatologi
20. Pantau cairan infuse
21. Pantau urine tampung

Langkah VI Implementasi

Tanggal 28-3-2007 jam : 11⁰⁰

1. Memantau cairan infuse.
2. Memantau keadaan umum dankesadran ibu
3. Megobservasi his, bja dan pantau cairan infus
4. Melakukan kolaborasi dengan petugas perinatologi untuk penanganan bbl
5. Mendekatkan alat-alat dan petugas memakai atribut
6. Mengatur posisi ibu setengah duduk
7. Menenolong cuci tangan dan pakai handscoen

8. Memberi minum air diluar his dan beri pujian apabila kepala bayi maju
9. Memimpin ibu mengedann bila ada his yang adekuat dan pantau tetesan cairan infus
10. Meletakkan handuk diperut ibu
11. Menahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm
12. Membantu kepala melakukan flexi ringan
13. Melahirkan kepala bayi dan usap muka dngan ksa steril
14. Memeriksa lilitan tali pusat
15. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
16. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang, dengan cara :
 - a. Kedua tangan penolong mencekap kepala bayi secara biparietal.
 - b. Kepala diarahkan kebawah untuk melahirkan bahu depan
 - c. Kemudian keatas untuk melahirkan badan bayi
17. Melakukan sanggah susur untuk melahirkan badan bayi, dengan cara :
 - a. Tangan kanan berada dianatara kepala dan bahu
 - b. Tangan kiri secara perlahan menelusuri punggung, bokong dan mencekap kedua kaki bayi.
 - c. Maka lahirlah bayi diatas tangan penolong
18. Meletakkan bayi diatas perut ibu, dibungkus, jepit tali pusat dan potong
19. Menyerahkan bayi ke petugas perinatologi
20. Memantau cairan infuse
21. Memantau urin tampung

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 28-3-2007

Jam 11¹⁵ WIT

1. Tgl 28-3-2007, Jam 11¹⁵, bayi lahir spontan, letak belakang kepala, jenis kelamin perempuan Hidup, $\frac{a}{s} \frac{8}{9}$, BB 3000 gram, PB 50 cm, Caput (-) Cacat (-)
2. Keadaan umum baik
3. TTV : TD 150/110 mm Hg, N : 80^x/m

4. Infuse RL + oxytocin 5 IV masih menetes
5. Urin tampung : 250 cc

Manajemen Kebidanan Kala III

Langkah I Pengkajian

Tanggal 28-3-2007, jam 11¹⁵ Wit

DS :

- 1) Ibu mengeluh perut masih sakit
- 2) Ibu mengatakan nyeri pad perineum
- 3) Ibu mengatakan senang bayinya telah lahir.

DO :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) Kesadaran compos mentis
- 3) Palpasi fundus uteri : setinggi pusat
- 4) Kontruksi uterus baik
- 5) Placenta belum lahir
- 6) Pendarahan sedikit
- 7) Tanda-tanda Vital
 - a. Tekanan darah: $150/110$ mmHg
 - b. Nadi : $80 \frac{x}{M}$
 - c. Pernafasan : $24 \frac{x}{M}$
 - d. Suhu badan : $37^{\circ}C$
- 8) Infuse RL + oxitocin 5 IV 20 tetes/menit
- 9) Dower cateter masih terpasang : urine tampung 400 cc

Langkah II Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : umur 27 tahun PI A Kala III dengan PEB

DS :

1. Ibu mengatakan ~~perut~~ terasa mules
2. Ibu mengatakan nyeri pada perineum

DO :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Palpasi fundus uteri : setinggi pusat
4. Kontruksi uterus baik
5. Placenta belum lahir
6. Pendarahan sedikit
7. Tanda-tanda Vital
 - a. Tekanan darah : $150/110$ mmHg
 - b. Nadi : $80 \frac{x}{M}$
 - c. Pernafasan : $24 \frac{x}{M}$
 - d. Suhu badan : $37^{\circ}C$
8. Infuse RL + oxitocin 5 IV 20 tetes/menit
9. Dower cateter masih terpasang : urine tampung 400 cc

Langkah III Identifikasi Diagnosa Potensial

1. Potensial terjadinya Retensio Placenta
 2. Potensial Terjadinya pendarahan post partum
- Dasar : inpartu kala III, plasenta belum lahir

Langkah IV Tindakan Segera

6. Infuse dilanjutkan
7. Inj oxytocin : 10 IV/IM

Langkah V Rencana Asuhan Menyeluruh

1. Observasi keadaan umum ibu
2. Observasi tanda-tanda vital
3. Letakkan kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen
4. Beritahu ibu bahwa akan di suntik
5. Berikan suntikan oxitocin 10 iv/im
6. Berikan ibu minum
7. Lahirkan plasenta secara dtt

8. Periksa kelengkapan plasenta
9. Lakukan masase uterus
10. Ajari ibu menilai kontraksi uteri dan masase uterus
11. Pantau cairan infuse
12. Ukur jumlah pendaahan
13. Observasi urin tampung

Langkah VI Implemetasi

Tanggal 28-3-2007, jam 11²⁵ wit

8. Mengobservasi keadaan umum ibu
9. Mengobservasi tanda-tanda vital
10. Meletakkan kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen
11. Memberitahu ibu bahwa akan di suntik
12. Memberikan suntikan oxitocin 10 iv/im
1. Memberikan ibu minum
2. Melahirkan plasenta secara DTT
 - a. Tangan kanan memindahkan klem pada tali pusat kurang lebih 5-10 cm dari depan vulva
 - b. Tangankiri menekan bagian atas simpisis dengan telapak tangan menghadap ke fundus uteri, menunggu uterus bereaksi
 - c. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang dengan cara hati-hati
 - d. Setelah plasenta terlepas meminta ibu menekan sambil meanarik tali pusat kearah bawah dan keatas ssesuai kurve jalan lahir
 - e. Plasenta terlihat di intoitus vagina, pegang plaseenta dengan ke 2 tangan dan dengan hati-hati memuta plasenta sehingga selaput ketuban terpilin
 - f. Melakukan massage uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi
1. Memeriksa kelengkapan plasenta

2. Melakukan masase uterus
12. Mengajari ibu menilai kontraksi uteri dan masase uterus
12. Memantau cairan infuse
12. Mengukur jumlah pendarahan
12. Mengobservasi urin tampung

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 28-3-2007, jam 11²⁵ wit

1. Plasenta lahir lengkap dengan kotiledon dan selaputnya, ukuran 20x20x2 cm, berat $\pm$ 500gr, inserti sentralis, panjang tali pusat $\pm$ 50 cm.
1. Palpasi tfu 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik
1. Pendarahan kala iii $\pm$ 150 cc
1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

Manajemen Kebidanan Kala IV

Langkah I Pengkajian

A. DS :

1. Ibu mengatakan masih mules-mules pada perut.
2. Ibu mengatakan gembira nyeri pada daerah perineum.

B. DO :

1. Keadaan umum baik,
2. Kesadaran cospos mentis
3. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat
4. kontraksi uterus baik
5. Placenta lahir spontan lengkap dengan selapunya jam 11.²⁵ wit
6. Perdarahan kala III $\pm$ 150 CC
7. Infus terpasang dextrose 5% kolf II dengan kecepatan 20 tetes/menit.
8. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : $^{150}_{/110}$ mm HG

Nadi : 80 ^X/_m

Pernafasan : 24 $\times$ /m
 Suhu Badan : 37 $^{\circ}$ C

Langkah II Inter Prestasi Data Dasar

Diagnosa : P.II A kala IV dengan PEB

DS : Ibu mengatakan perut masih rasa mules

DO :

1. Keadaan umum baik,
2. Kesadaran cospos mentis
3. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat
4. Kontraksi uterus baik
5. Placenta lahir spontan lengkap dengan selapunya jam 11.²⁵ wit
6. Perdarahan kala III $\pm$ 150 CC
7. Infus terpasang dextrose 5% kolf II dengan kecepatan 20 tetes/menit.
8. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 150/110 mm HG
 Nadi : 80 $\times$ /m
 Pernafasan : 24 $\times$ /m
 Suhu Badan : 37 $^{\circ}$ C

Langkah III Identifikasi Masalah Potensial

1. Potensial terjadi pendarahan post partum

Dasar : Ibu partus dengan PEB

Langkah IV Tindakan Segera

Melakukan kolaborasi dengan dokter, instruksi :

1. Infuse dipertahankan dextrose 5 % kolf II, kecepatan 20 tetes/menit.
2. Obat oral : amoxsilin 3x500 mg, Sf 2x1, B. Kompleks 3x1

Langkah V Rencana Asuhan

1. Observasi keadaan umum dan kesadaran

2. Nilai kontraksi uterus dan pendarahan, dan mengajarkan ibu cara melakukan message dengan baik dan benar
3. Observasi tanda-tanda vital
4. Bersihkan ibu dengan dtt, berikan pakaian dan softex
5. Beri makan dan minum
6. Motivasi asi eksklusif
7. Anjurkan ibu istirahat
8. Rendam instrument dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
9. Buang bahan-bahan terkontaminasi kedalam tempat sampahnya masing-masing.
10. Bersihkan alat tenun/atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % air dtt.
11. Cuci tangan pada air mengalir.
12. Pantau cairan infuse rl + oksitosin 5 iv, dengan kecepatan 20 tetes/menit.
13. Observasi urine tampung.
14. Dokumentasi kegiatan.

Langkah VI Asuhan Tindakan

Tanggal 28-3-2007 Jam 11²³ WIT

1. Mengobservasi keadaan umum dan kesadaran.
2. Menilai kontraksi uterus dan pendarahan, dan mengajarkan ibu cara melakukan message dengan baik dan benar.
3. Observasi tanda-tanda vital :td $150/100$ mm hg, nadi 80^x /menit, sb 37^0 c, rr 24^x /menit.
4. Membersihkan ibu dengan dtt, berikan pakaian dan softex
5. Memberikan makan dan minum : makanan rendah lemak, rendah garam, rendah karbohidrat dan protein yang tinggi
6. Memotivasi asi eksklusif
7. Menganjurkan ibu istirahat
8. Merendam instrument dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

9. Membuang bahan-bahan terkontaminasi kedalam tempat sampainya masing-masing.
8. Membersihkan alat tenun/atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % air dtt.
8. Mencuci tangan pada air mengalir.
8. Memantau cairan infuse rl + oksitosin 5 iv, dengan kecepatan 20 tetes/menit.
8. Mengobservasi urine tampung.
8. Mendokumentasi kegiatan.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 28-3-2007

14. Keadaan umum baik, kesadaran Compos mentis

14. Kontraksi uterus : baik, perdarahan biasa (doek tidak basah)

14. TTV 1 jam pertama

TD : 150/100 mm Hg

Nadi : 80 ^x/menit

Respirasi : 24 ^x/menit

SB : 37 ^oC

14. ibu sudah mandi dan sudah bersih

14. Ibu sudah makan dan minum.

14. ibu memahami dan mau melakukannya

14. Pantau urine tampung : 400 cc.

14. Ibu sudah istirahat.

14. Semua alat sudah di bersihkan dan disterilkan.

14. Jam 13²⁵ wit, ibu dipindahkan keruang nifas

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan selama melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan preeklampsia berat diruangan bersalin RSUD Abepura.

Pada pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang lengkap, akurat, dan sistematis dengan cara anamnese/wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Ibu masuk ruangan bersalin RSUD Abepura denan keluhan sakit pada synpisis menjalar ke tulang belakang, keluar lender bercampur darah, kaki bengkak, kepala pusing pemeriksaan fisik yang dilakukan sehubungan dengan kondisi ibu adalah GII PI AO Ibu inpartu dengan preeklampsia berat.

Palpasi : tinggi fundus uteri 3 jari bawah Px, punggung kanan, bagian terendah kepala, kepala bayi sudah masuk PAP.

Emosi ibu stabil sehingga selama tahap pengkajian, ibu kooperatif dalam pemeriksaan fisik tanda-tanda vital 150/110, ND : 84 ^x/menit, RR : 24 ^x/menit, SB : 37 ^oC.

Pemeriksaan penunjang laboratorium

Darah DDR	: Negatif
Hb	: 12 gr %
Protein	: Positif ++
Reduksi	: Positif ++

Pada kasus yang ditemukan tidak semua gejala yang dirasakan sesuai dengan teori yang didapat. Pada hasil laboratorium ditemukan reduksi (++) kerana keterbatasan waktu maka hasil reduksi (++) dengan kemungkinan inpartu diabetes mellitus. Penulis tidak melakukan sosialisasi secara menyeluruh.

Kebutuhan yang harus dipenuhi adalah mendapatkan penjelasan yang akurat tentang penyakit yang diderita dan pengobatan atau tindakan yang diberikan.

Dalam melakukan tindakan segera pada penanganan ibu inpartu dengan kasus preeklampsia berat adalah melakukan kolaborasi dan konsultasi dengan dokter, yaitu :

1. Pasang O² 5 liter/jam.
2. Pemberian infuse Ringer Laktat + oxytocin 10 iu dengan kecepatan 20 tetes/menit.
3. Pasang down Cateter.
4. Nifedipin 10 mg Sublingual.
5. Mg SO₄ 4 gr % + Lidocain 1 ampul diberikan 10 cc bokong kanan, 15 menit kemudian 10 cc bokong kiri Intramuskuler/6 jam. Dan dalam pemberian terapi ini tidak ada reaksi alergi selama melakukan tindakan.

Pada tahap rencana asuhan kebidanan menyeluruh, tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut.

Seperti apa yang sudah diperkirakan akan terjadi berikutnya, rencana asuhan yang dibuat sebagai berikut :

1. pada kala I, advis dokter pasang infuse ringer laktat + oxytocin 10 iu dengan kecepatan 20 tetes/menit, Nifedipin 10 mg sublingual, Mg SO₄ 4 gr % bokong kanan, dan bokong kiri masing-masing 10 cc Intramuskuler/6 jam.
2. lakukan PD setiap 4 jam, siapkan perlengkapan bayi, ibu dan alat-alat.
3. pada kala II, penolong cuci tangan, memakai atribut, sarung tangan.
4. pimpin ibu mengedan bila ada his yang adekuat dan pantau cairan infuse.
5. Bantu persalinan sesuai APN hingga bayi lahir.
6. pada kala III, observasi tanda-tandavital dan letakkan kain diperut ibu palpasi.
7. berikan suntikan oxytocin 10 41 Im.
8. lahirkan plasenta secara DTT, plasenta lahir lengkap dengan kotiledonnya.
9. pada kala IV, observasi TTV, nilai kandung kemih, nilai kontraksi uterus dan perdarahan.
10. bersihkan ibu, alat-alat direndam, ibu diberi minum dan makan.

Rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh mengacu pada diagnosa/masalah yang dikemukakan yaitu partus spontan pervagina, untuk mengetahui majunya persalinan dan kondisi janin, penulis menggunakan monitoring dan partograf setiap 4 jam dan direncanakan ibu akan partus tidak lebih dari 24 jam.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan Preeklampsia Berat (PEB), dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney, maka penulis dapat simpulkan bahwa :

1. Pengkajian data merupakan langkah pertama yang memuat semua data dan informasi yang bersumber dari klien, keluarga, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Semua data dan informasi yang dikumpulkan diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Untuk itu bidan sebagai pelaksana asuhan diperlukan mempunyai kejelian, pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dalam mengumpulkan data-data yang dibutuhkan/diperlukan, sehingga asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien.
2. Identifikasi masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien ditentukan berdasarkan data yang dikumpulkan pada langkah pertama. Data yang dikumpulkan harus akurat dan benar sehingga mempermudah menegakkan diagnosa dan masalah.
3. Identifikasi diagnosa potensial berdasarkan masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan terjadi dan diperlukan tindakan pencegahan. Untuk itu diharapkan bidan memiliki pengetahuan yang cukup dan mantap dalam menegakkan diagnosa potensial dan antisipasi.
4. Identifikasi kebutuhan segera sangat diperlukan karena merupakan suatu tindakan penyelamatan. Oleh karena itu, bidan diharapkan mempunyai analisis yang tajam dan bekerjasama dengan dokter.
5. Rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Bidan sebagai perumus rencana, dimana dalam membuat rencana bersama dengan klien, semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar konstan berdasarkan teori.
6. Pelaksanaan rencana dilakukan oleh bidan dan dokter. Bidan akan melakukan semua tindakan sesuai dengan anjuran dokter dan tindakan—tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan keterampilan yang dimilikinya secara efisien dan aman.
7. Evaluasi merupakan langkah terakhir untuk mengetahui keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, dimana dilakukan pengecekan kembali apakah semua kebutuhan klien sudah terpenuhi atau belum.

Dalam melaksanakan asuhan pada kasus ini dengan menggunakan proses manajemen 7 langkah pada setiap kala, pada prinsipnya dapat berjalan dengan baik.

Hal ini tidak terlepas dari kerjasama yang baik antara penulis, pembimbing dilahan praktek dan klien. Pada kasus ibu inpartu dengan preeklampsia berat dapat terjadi bahaya pada ibu dan janin yang akan dilahirkannya, ternyata tidak ditemukan, seperti inpartu dengan kasus preeklampsia berat ditakutkan akan terjadi eklampsia dan sulitio plasenta dan pada bayi ditakutkan terjadi gawat janin sampai dengan IUFD, maka kesimpulannya kasus ibu inpartu dengan preeklampsia berat, dapat diatasi dengan menggunakan asuhan kebidanan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulils menyarankan sebagai berikut :

1. Pihak Ruang Bersalin RSUD Abejura

Dalam memberikan pelayanan khususnya ibu inpartu agar lebih diperhatikan dan ditingkatkan mutu pelayanan seperti diterapkan proses persalinan dengan menggunakan asuhan persalinan normal.

2. Pihak Institusi

Mohon penyediaan buku-buku kebidanan agar mempermudah mahasiswa dalam mencari referensi untuk pembelajaran.

3. Pihak Klien

Dianjurkan agar klien dapat memeriksakan kehamilannya secara teratur sehingga masalah-masalah yang timbul dapat terdeteksi sedini mungkin.

4. Pihak Organisasi

- a. Keberhasilan bidan sangat ditunjang oleh komunikasi untuk itu baik bidan maupun profesi lainnya dapat menggunakan komunikasi teraupetik dengan klien dan keluarga.
- b. Bidan diharapkan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa berpedoman pada peran, tugas dan tanggungjawab sesuai dengan kebutuhan klien.
- c. Agar secara kontinyu mensosialisasikan tentang penanganan kasus-kasus kebidanan khususnya inpartu dengan menggunakan proses APN.

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI, 194, *Penanganan Kegawat – Darurat Obstetric Ditingkat Pelayanan dasar*, Dirjen Binkesmas, Jakarta.

Manuaba, IBG, 1998, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*, cetakan pertama, EGC, Jakarta.

Mochtar. R, 1998, *Synopsis Obstetrik, Fisiologi dan, Patologi*, EGC, Jakarta.

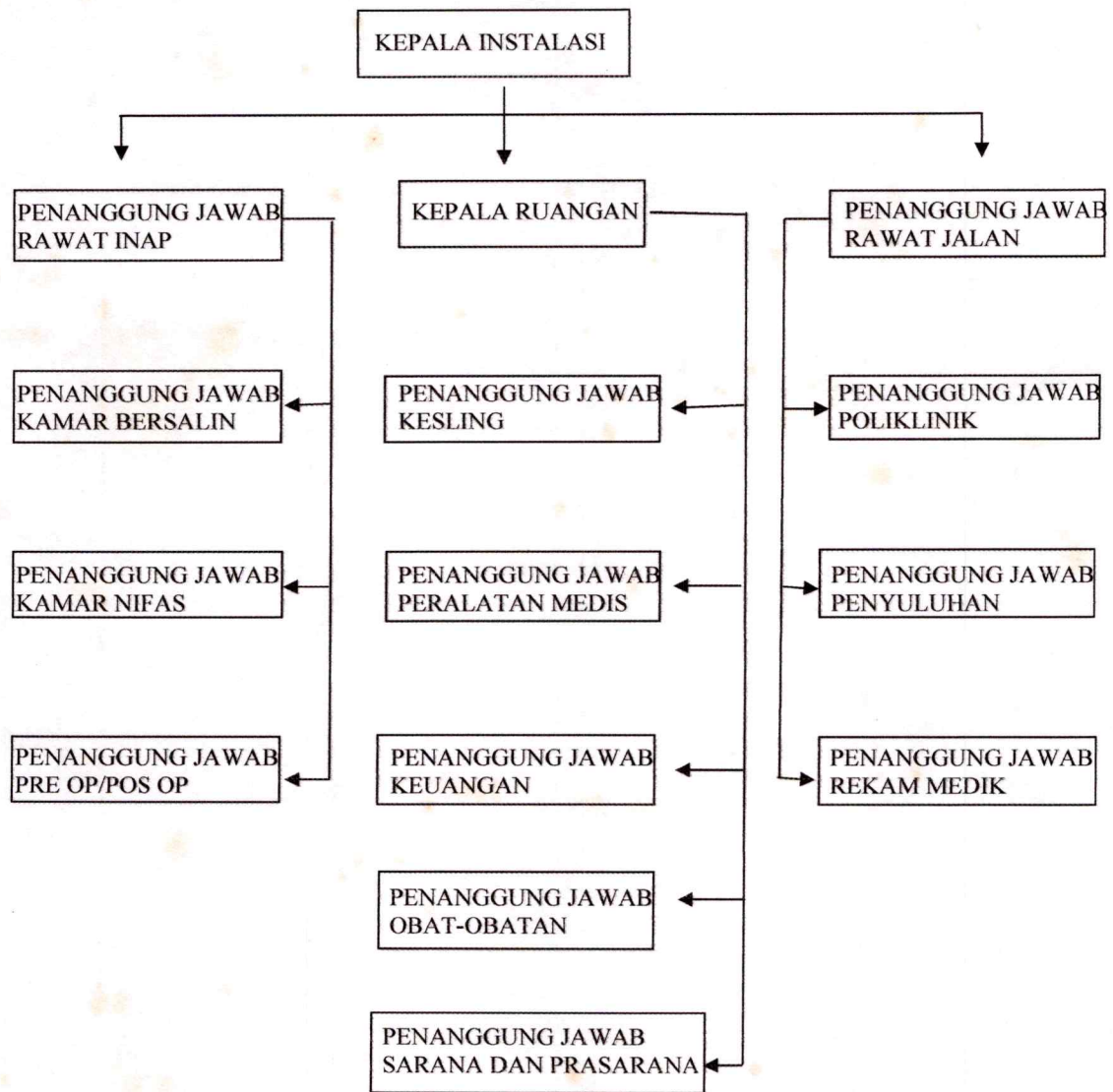
Prawirohardjo S, 2002 *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, YBP – SP, Jakarta.

Varney. H, 1997, *Manajemen Kebidanan*. Jakarta.

Varney H, dkk, 2002, *Buku Saku Bidan*, Cetakan Pertama, EGC, Jakarta

Lampiran I.

STRUKTUR ORGANISASI KAMAR BERSALIN ABEPURA





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

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

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

Nama : SUSANA OKTOVIN MANUHUN
Nim : 00.71.24.5.5.28

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
2/7-07	Bab I & II - Rumusan masalah - Tinjauan klinis Landasan teori	self	ubah teori persalinan normal Konsultasi dg Bab III
3/7-07	Bab I & II acc - Bab III = • perhatikan singkatan, diuraikan	self	
5/7-07	Bab III acc	self	konsul bab IV + V
10/7-07	Bab Buat pembahasan sesuai permasalahan yang ditemukan	self	konsul balik jika sudah selesai
14/7-07	Bab IV + V Acc	self	



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

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

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

Nama : SUSANA OKTOVIN MANUHUN
Nim : 10.11.24.5.5.28

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
18-7-07	Bab I, II, III, IV, V Daftar Pustaka	MSafari	Kembali tgl 19-7-07.
19-7-07	Ace → Gandakan, Serahkan kejurusan	MSafari	