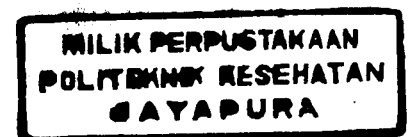




KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN ANEMIA SEDANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan**



OLEH

NAMA : YULIANA A. MERANI

NIM : PO.71.24.4.06.47

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

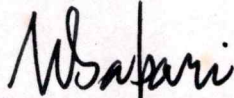
LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang Diruang Bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura Tahun 2008".

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura

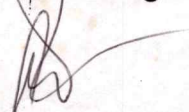
Jayapura, 30 Agustus 2008

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 559

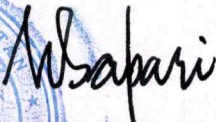
LEMBAR PENGESAHAN

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

Hari : Jumat
Tanggal : 05 September 2008

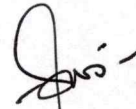
Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

Ketua



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

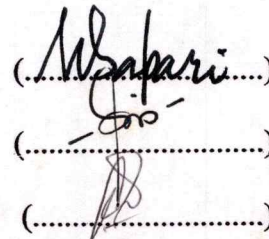
Sekretaris



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

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari. M. Kes
2. Susana Ramandey. S.sos. M. Kes
3. Fredrika Rumaropen. S. ST



(.....)

(.....)

(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO “ Segala ketekunan kita dalam pekerjaan sekecil apapun diperhatikan Tuhan dan akan mendapatkan upah Nya secara adil. “

“ INILAH AKU UTUSLAH AKU “ (Yesaya 6 : 8b).

Karya Tulis ini penulis persembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus
2. Ayahanda Bernard Merani dan Ibunda Yomima Ayomi (Almarhumah), saudara – saudaraku yang telah memberikan dukungan berupa doa, dana dan pikiran, keponakanku serta buah hatiku “ HIZKIA ABIEL REI “ yang memberikan semangat dalam penyelesaian KTI ini.
3. Kekasih ku tercinta “ DANNY” yang setia dalam suka maupun duka dan memberikan dukungan doa, dana serta motivasi yang tinggi dalam perkuliahan dan penyelesaian KTI ini.
4. Almamater ku yang ku junjung tinggi

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Allah yang Maha Tinggi atas Kasih dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Inpartu Dengan Anemia sedang di RSUD Jayapura”.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat guna menyelesaikan Pendidikan D – III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura tahun 2008. Dalam penyelesaian Karya Tulis ini tidak sedikit kendala yang penulis hadapi, namun berkat adanya bimbingan, saran dan dorongan dari berbagai pihak, maka segala kendala tersebut dapat teratasi.

Dalam kesempatan ini juga penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan banyak terima kasih dan penghargaan kepada :

1. J.P Rumaikewi,SKM,MM, Sebagai Direktur Politenik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M. Kes, Sebagai Ketua Jurusan Kebidanan sekaligus sebagai pembimbing I, yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI.
3. Direktur dan Kepala Ruangan Bersalin RSUD Jayapura beserta staf yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengambil kasus ini

4. Fredika Rumaropen, S. ST, selaku Dosen dan Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI ini.
5. Klien (ibu M.A) dan keluarga yang telah membuka diri memberikan data yang akurat sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan KTI ini dengan baik
6. Dosen Kebidanan beserta staf yang turut membantu penulis dalam penyusunan KTI ini.
7. Rekan-rekan mahasiswa atas motivasi, masukan, kritik dan saran bagi penulis.

Penulis menyadari bahwa penilaian Karya Tulis Ilmiah ini banyak kekurangannya. Oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik guna penyempurnaan dari penulisan ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi menuju visi dan misi Indonesia Sehat tahun 2010.

Tuhan Yesus memberkati kita sekalian.

Jayapura , Agustus 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Motto dan Persembahan.....	vi
Daftar Isi.....	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Rumusan Masalah.....	5
D. Manfaat Penulisan.....	6

BAB II LANDASAN TEORI

A. ANEMIA

1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Frekwensi.....	9
4. Gambaran Klinik.....	11

5. Diagnosa.....	11
6. Faktor – faktor yang mempengaruhi pembentukan darah.....	11
7. Komplikasi.....	12
8. Penanganan.....	14
B. MANAJEMEN KEBIDANAN.....	23
1. Definisi.....	23
2. Tujuan	23
3. Hasil yang diharapkan.....	24
4. Proses Manajemen Kebidanan.....	24
5. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan.....	30
 BAB III TINJAUAN KASUS	
Manajemen Kebidanan Kala I.....	33
Manajemen Kebidanan Kala II.....	50
Manajemen Kebidanan Kala III.....	56
Manajemen Kebidanan Kala IV.....	61
 BAB IV PEMBAHASAN.....	67

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....69

B. Saran..... 69

Daftar Pustaka

Lampiran

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Amanat dan pesan mendasar dari UUD 1945 adalah upaya pembangunan nasional yaitu pembangunan di segala bidang guna kepentingan, keselamatan, kebahagiaan dan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia secara terarah, terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Undang – Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga Negara Indonesia melalui upaya promotif, prefentif, kuratif dan rehabilitatif sebagai upaya peningkatan sumber daya manusia yang berkualitas.

Dengan adanya arus globalisasi salah satu focus utama agar mampu mempunyai daya saing adalah bagaimana peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia dibentuk sejak janin di dalam kandungan, masa kelahiran dan masa bayi serta masa tumbuh kembang balita. Hanya sumber daya manusia yang berkualitas, yang memiliki pengetahuan dan kemampuan sehingga mampu *survive* dan mampu mengantisipasi perubahan serta mampu bersaing. (*Wahyuningsih, 2006*).

Masalah anemia merupakan masalah nasional yang memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan, karena mencerminkan nilai kesejahteraan social ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia, sehingga tak jarang anemia dalam kehamilan di sebut “ potential danger to mother and child “ (potensial membahayakan ibu dan anak). (*Manuaba, 1998*).

Menurut WHO, 40 % kematian ibu di Negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan, kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. Frekwensi ibu hamil dengan anemia di Indonesia masih relatif tinggi yaitu 63,5 %, sedangkan di Amerika hanya 6 %. Perbedaan tersebut sangat mencolok di mana yang menjadi predisposisi anemia defisiensi ibu hamil di Indonesia adalah kekurangan gizi dan perhatian yang kurang terhadap ibu hamil. (*Saifudin, 2006*).

Pada saat ini angka kematian ibu (AKI) di Indonesia yaitu 334 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 1997), tertinggi di ASEAN. Upaya penuruna AKI merupakan program prioritas penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, seperti halnya di Negara lain adalah perdarahan, infeksi, dan eklampsia, termasuk didalamnya kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama. Hanya sekitar 5 % kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang

memburuk akibat kehamilan misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronik.

Selain itu keadaan ibu sejak pra hamil dapat berpengaruh pada kehamilannya. Penyebab langsung kematian ibu ini antara lain adalah anemia, kurang energi kronik (KEK) dan keadaan “terlalu” muda /tua, sering dan banyak. Tahun 1995, kejadian anemia ibu hamil sekitar 51% dan kejadian KEK pada ibu hamil (lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm) 30 % . (*Saifudin 2006*).

Menurut catatan medik RSUD Jayapura (Ruang Bersalin) mulai dari bulan Januari sampai bulan Desember 2007, jumlah kunjungan ibu inpartu(melahirkan) dengan kasus anemia sebanyak 250 orang = 0,13 % dari 1798 kunjungan ibu Inpartu, dengan pembagian anemia ringan (HB 9 - 10) = 83 orang = 0,33 %, anemia sedang (HB 7 – 8) = 105 orang = 0, 42 % dan anemia berat (HB < 7 gr %) = 62 orang = 0, 24 %.

Berdasar pada data – data tersebut diatas maka penulis sangat tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul : ” Manajemen Kebidanan pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang ” di RSUD Jayapura.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Menyeluruh pada kasus Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang, dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
- b. Mampu melaksanakan analisis data dan menetapkan diagnosa kebidanan baik aktual dan potensial pada ibu inpartu dengan anemia sedang.
- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa dengan masalah potensial, berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.
- d. Mampu membuat perencanaan kebidanan pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi pada ibu Inpartu dengan anemia Sedang.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan di atas, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian data dasar pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
2. Bagaimana melakukan analisa dan menentukan Diagnosa Aktual pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang
4. Bagaimana melakukan identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
5. Bagaimana merencanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
6. Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komperhensif pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
7. Bagaimana melakukan evaluasi pada Ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.
8. Bagaimana melakukan dokumentasi manajemen kebidanan pada ibu Inpartu dengan Anemia Sedang.

D. Manfaat Penulisan

Dalam penerapan asuhan kebidanan pada ibu Inpartu dengan anemia sedang, maka manfaat penulisan adalah :

1. Bagi Rumah Sakit

Agar setiap bidan dapat meningkatkan pelayanan kebidanan dengan manajemen kebidanan terutama dalam penanganan kasus anemia sedang pada ibu Inpartu.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai acuan dalam beberapa asuhan kebidanan dan menjadi pedoman bagi mahasiswa maupun pihak – pihak dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

3. Bagi Penulis

Dengan ditulisnya studi kasus ini diharapkan dapat melaksanakan asuhan kebidanan yang tepat kepada ibu Inpartu dengan anemia sedang sesuai standar pelayanan kebidanan serta dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan kondisi pasien, dengan menggunakan metode manajemen kebidanan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. ANEMIA

1. Definisi

Anemia dalam selama masa kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin di bawah 11gr% pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr % pada trimester II. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi ibu selama kehamilan terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester II. (*Saifudin, 2001*).

Anemia selama kehamilan adalah karena kekurangan zat besi dengan HB 11 gr % sebagai dasarnya, juga merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah bahkan murah. (*Manuaba, 1998*)

Anemia adalah turunnya kadar hemoglobin kurang dari 12 gr % / 100ml darah pada wanita dan pria dan pada masa kehamilan kurang dari 10,0 gr % / 100 ml darah. (*Moctar . 2003*).

Anemia umumnya didefinisikan sebagai konsentrasi hemoglobin (Hb) kurang dari normal atau konsentrasi SDM dalam darah lebih rendah dari normal. (*Walsh . 2008*).

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dan / atau hitung eritrosit lebih rendah dari harga normal. Dikatakan sebagai anemia bila Hb

< 14 g/dl dan Ht < 41 % pada pria atau Hb < 12g/dl dan Ht < 37% pada wanita. (Mansjoer,2001).

2. Etiologi

Berdasarkan etiologi, sebab anemia yang paling sering di jumpai pada wanita hamil adalah sebagai berikut :

a. Yang didapat (Acquired)

- 1). Anemia defisiensi besi
- 2). Anemia akibat perdarahan akut
- 3). Anemia akibat inflamasi atau keganasan
- 4). Anemia megaloblastik
- 5). Anemia hemolitik yang didapat
- 6). Anemia aplastik atau hipoplastik

b. Herediter (keturunan)

- 1). Thalasemia
- 2). Hemoglobinopathi sel bulan sabit
- 3). Hemoglobinopathi lain
- 4). Anemia hemolitik herediter tanpa Hemoglobinopathi

Dalam masa kehamilan, jumlah darah bertambah (hyperemia/ hipovolemia) karena itu terjadi pengeceran darah karena sel – sel darah tidak sebanding pertambahannya dengan plasma darah.

Perbandingan pertambahan tersebut adalah:

- 1). Plasma darah bertambah 30%
- 2). Sel – sel darah bertambah 13%
- 3). Haemoglobin bertambah 19 %

Secara fisiologis, pengenceran darah ini adalah untuk membantu meringankan beban jantung. (*Mochtar , 2003*).

Beberapa penyakit yang juga menjadi pencetus etiologi pada anemia umumnya adalah :

- 1). Kurang gizi (malnutrisi)
- 2). Kurang zat besi dalam diet
- 3). Kehilangan darah yang banyak : persalinan yang lalu, haid, dll.
- 4). Penyakit – penyakit kronik : TBC, paru, cacing, usus, malaria, dll.

(*Mochtar, 2003*).

3. Frekwensi

Di seluruh dunia anemia dalam masa kehamilan cukup tinggi berkisar antara 10% dan 20 %. Karena defisiensi makanan memegang peranan yang sangat penting dalam timbulnya anemia maka dapat di pahami frekwensi itu lebih tinggi lagi bagi Negara – Negara yang sedang berkembang di bandingkan dengan Negara – Negara yang sudah maju. Menurut penyelidikan Hoo Swie Tjiong, frekwensi anemia dalam masa kehamilan setinggi 18,5%, pseudoanemia 57,9% dan ibu selama masa kehamilan dengan Hb 12 gr %/100 lm atau lebih sebanyak 23,6 % ; Hb rata

– rata 12,3 gr / ml dalam trimester I, 11,3 gr/100 ml dalam trimester II dan 10,8 gr/100 ml dalam trimester III. Hal itu disebabkan karena pengeceran darah makin nyata dengan selanjutnya masa nifas. (*Winkjosastro, 2005*).

4. Gambaran Klinik

Gejala dan tanda yang sering ditemui pada ibu selama masa kehamilan dengan anemia sedang adalah lemah, pusing, mudah pingsan, malaise, sakit kepala, lidah luka, napsu makan menurun, malnutrisi, mual dan muntah, konsentrasi hilang dan napas pendek. Pada anemia yang parah pada pemeriksaan fisik ditemukan kulit nampak pucat, mukosa mulut, gusi dan kuku – kuku jari pucat, tachikardi, rambut dan kuku rapuh serta lidah licin. (*Varney, dkk, 2000*).

Pada pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dengan menggunakan :

a. Pemeriksaan dengan sahli .

Pada pemeriksaan dengan menggunakan sahli ditemukan kadar haemoglobin kurang dari 11,9 gr%, hal ini dapat menentukan seseorang menderita anemia, tetapi kadar haemoglobin saja belum dapat membedakan type anemia maka perlu ada pemeriksaan lainnya.

b. Pemeriksaan dengan cara menggunakan Hapusan Darah Tepi

Jika tidak tersedia cukup banyak zat besi untuk pembentukan sel – sel darah merah itu menjadi pucat dan ukurannya menjadi kecil, karena

itu disebut Hipokhronin dan Mikrositik, namun jarang ditemukan pada penderita anemia ringan hanya pada penderita anemia sedang.
(*Winkjosastro,2005*)

5. Diagnosa

Untuk menegakkan diagnosis anemia dalam masa kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa , pemeriksaan fisik serta pengawasan Hb dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

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

pemeriksaan dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu : pada trimester I dan pada trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil menga;ami anemia, maka dilakukn pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu – ibu hamil. (*Manuaba 1998*).

6. Faktor – faktor yang mempengaruhi pembentukan darah

- a. Komponen (bahan) yang berasal dari makanan, terdiri dari :
 - 1). Protein, glukosa dan lemak
 - 2). Vitamin B12, B6, asam folat dan vitamin C
 - 3). Elemen dasar : Fe, Ion, Cu, dan Zink

- b. Sumber pembentukan darah di sum –sum tulang.
- c. Kemampuan resorpsi usus halus terhadap bahan yang diperlukan
- d. Umur sel darah merah (eritrosit) terbatas 120 hari. Sel – sel darah merah yang sudah tua dihancurkan kembali menjadi bahan baku untuk membentuk sel darah yang baru.
- e. Terjadinya perdarahan kronik (menahun)
 - 1) Gangguan menstruasi
 - 2) Penyakit yang menyebabkan perdarahan pada ibu seperti mioma uteri, polip serviks, dan penyakit darah.
- f. Parasit dalam usus : askariasis, ankilostomiasis, taenia.

Berdasarkan faktor – faktor tersebut diatas, anemia dapat digolongkan menjadi :

- 1). Anemia defisiensi besi (kekurangan zat besi).
- 2). Anemia megaloblastik (kekurangan vitamin B12)
- 3). Anemia hemolitik (pemecahan sel – sel darah lebih cepat dari pembentukan)
- 4). Anemia hipoplastik(gangguan pembentukan sel – sel darah merah)

(*Manuaba, 1998*).

7. Komplikasi

a. Pengaruh anemia terhadap kehamilan :

- 1). Bahaya selama kehamilan :

- a). Dapat terjadi abortus
- b). Persalinan prematuritas
- c). Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
- d). Mudah terjadi infeksi
- e). Ancaman dekomposisi cordis (Hb < 6gr%)
- f). Mola hidatidosa
- g). Hyperemesis gravidarum
- h). Perdarahan antepartum
- i). Ketuban pecah dini. (*Manuaba, 1998*)

2). Bahaya saat persalinan

- a). Gangguan His / kekuatan saat mengejan
- b). Kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar
- c). Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operatif kebidanan
- d). Kala III dapat diikuti retensi plasenta, dan perdarahan post partum karena atonia uteri
- e). Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri. (*Manuaba, 1998*).

3). Pada masa nifas

- a). Terjadi sub involusio uteri yang menimbulkan perdarahan post partum

- b). Memudahkan infeksi puerperium
- c). Pengeluaran ASI berkurang
- d). Terjadi dekompensasi cordis mendadak setelah persalinan
- e). Anemia saat nifas
- f). Mudah terjadi infeksi mammae. (*Manuaba, 1998*).

4). Bahaya Terhadap Janin

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

- a). Abortus
- b). Terjadi kematian intra uterine
- c). Prematuritas
- d). BBLR
- e). Kelahiran dengan anemia
- f). Dapat terjadi cacat bawaan
- g). Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal
- h). Intelegensi rendah. (*Manuaba, 1998*).

8. penanganan

Penanganan anemia berdasarkan penggolongannya :

a. Anemia Defisiensi Besi

Anemia dalam kehamilan yang paling sering dijumpai adalah anemia akibat kekurangan besi. Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan resorpsi. Gangguan penggunaan, atau terlampaui banyaknya besi keluar dari badan, misalnya pada perdarahan. Keperluan akan besi bertambah dalam kehamilan, terutama pada trimester terakhir (hemodilusi mencapai puncaknya pada kehamilan antara 32 sampai 36 minggu). Di Indonesia besi lebih banyak keluar melalui air peluh dan melalui kulit sehingga masuknya besi tiap setiap hari yang dianjurkan tidak sama dengan Negara lain. Untuk wanita tidak hamil, wanita hamil dan wanita yang menyusui untuk Indonesia dianjurkan masing – masing 12 mg, 17 mg, dan 17 mg. (*Wiknjosastro, 2005*).

1). Diagnosis

Diagnosis anemia defisiensi besi yang sedang tidak sulit, karena ditandai ciri – ciri khas yaitu: mikrositosis (meningkatnya jumlah mikrosis) dan hipokromasia. Sifat lain yang khas yaitu kadar besi serum rendah, daya ikat besi serum tinggi, protoporfirin eritrosit tinggi dan tidak ditemukan hemosiderin (timbunan besi) dalam sum-sum tulang. Pengobatan percobaan (*Therapia ex juvantibus*) dengan besi cepat pula dipakai untuk membuktikan

defisiensi besi; jikalau dengan pengobatan jumlah retikulosit, kadar Hb dan besi serum naik sedang daya ikat besi serum dan protoporfirin eritrosit turun, maka anemia itu pasti disebabkan kekurangan besi.

2). Therapi

Pengobatan. dapat dimulai dengan preparat besi porous. Biasanya diberikan garam besi sebanyak 600 – 1000mg perhari, seperti sulfas ferrosus atau glukonas ferrosus. Therapy parenteral baru akan diperlukan apabila penderita tidak tahan akan obat besi ferros, ada gangguan penyerapan, penyakit saluran pencernaan atau apabila selama kehamilannya yang sudah tua. Pemberian preparat 60 mg perhari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr/bulan.

Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 asam folat untuk profilaksis anemia. Pemberian preparat parenteral yaitu dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 ml) intra vena atau 2x 10 ml/im, pada gluteus dapat dinaikkan Hb relative atau lebih cepat yaitu 2 gr%.

Secara intravena preparat besi yang dapat diberikan yaitu ferum oksidan sakkoratum (Ferrigen, ferrifenin, proferrin, vitis) sodium Diferrat (Ferronasein) dan dekstran besi (Imferon).

Transfuse darah sebagai pengobatan anemia dalam selama kehamilan sangat jarang diberikan walaupun Hbnya kurang dari 6 gr/100 ml apabila tidak terjadi perdarahan.

3). Pencegahan

Di daerah – daerah dengan frekwensi anemia selama kehamilan yang tinggi sebaiknya setiap ibu diberikan sulfas ferrosus atau glukonas ferrosus, cukup satu tablet sehari. Selain itu ibu dinasehatkan pula untuk makan lbh banyak protein dan sayur – sayuran yang mengandung banyak mineral serta vitamin dan pemberian kalori 300 kalori/ hari.

4). Prognosis

Prognosis anemia defisiensi besi dalam masa kehamilan umumnya baik bagi ibu dan anak.

b. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik dalam masa kehamilan disebabkan karena defisiensi asam folik (pteroylglutamiacid), jarang sekali karena defisiensi vitamin B 12 (Cyanocobalamin), dalam hal ini erat hubungannya dengan defisiensi makanan. Dalam masa kehamilan defisiensi asam folik sering berdampingan dengan defisiensi besi.

1). Diagnosis

Diagnosis anemia megaloblastik dibuat apabila ditemukan megaloblas atau promegaloblas dalam darah atau sum – sum tulang. Pemeriksaan asam formimino- glutamik dalam air kencing (figlu- test) juga dapat membantu dalam diagnosis. Namun kadar asam folik tidak dapat dipakai sebagai diagnostikum. Diagnosis pasti baru dapat di buat dengan percobaan penyerapan (absorption test) dan percobaan pengeluaran (clearance test) asam folik.

2). Therapi

Dalam pengobatan anemia megaloblastik dalam selama masa kehamilan sebaiknya bersama – sama dengan asam folik diberikan pula besi.

- Asam folik 15 – 30 mg/ hari
- Vitamin B 12 3x1 tablet/ hari
- Sulfas ferrosus 3x` tablet/ hari
- Pada kasus sedang dan pengobatan peroral hasilnya lamban dapat diberikan transfuse darah.

3). Pencegahan

Pada umumnya asam folik tidak diberikan secara rutin kecuali di daerah daerah dengan frekwensi anemia megaloblastik yang tinggi. Apabila pengobatan anemia dengan besi saja tidak berhasil, maka besi harus di tambah dengan asam folik.

4). Prognosis

Anemia megaloblastik dalam kehamilan umumnya mempunyai prognosis cukup baik. Pengobatan dengan asam folik hampir selalu berhasil. Tetapi anemia megaloblastik yang dalam masa kehamilan tergolong sedang dan yang tidak diobati mempunyai prognosis yang kurang baik.

c. Anemia Hipoplastik

Anemia pada ibu selama kehamilan yang disebabkan karena sum – sum tulang kurang mampu membuat sel – sel darah baru, dinamakan anemia hipoplastik dalam kehamilan.

Etiologi belum dapat diketahui secara pasti, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar roentgen, racun atau obat – obatan. Dalam hal yang terakhir anemia dianggap sebagai komplikasi selama masa kehamilan.

1). Diagnosis

Untuk diagnosis diperlukan pemeriksaan :

- a) Darah tepi lengkap
- b) Fungsi sternal
- c) Retikulasi, dan lain – lain.

2). Therapi :

Transfuse darah (yang kadang – kadang perlu diulang sampai beberapa kali).

d. Anemia Haemolitik

Anemia Haemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Ibu dengan anemia haemolitik sukar terjadi pada masa kehamilan, apabila ia selama masa kehamilan maka anemianya biasanya menjadi sedang. Sebaliknya mungkin pula bahwa selama masa kehamilan menyebabkan krisis haemolitik dapat di bagi dalam dua golongan besar yaitu :

- 1). Golongan yang disebabkan oleh faktor intrakorpuskuler, seperti anemia haemolitik hereditas, thalassemia, anemia sel sabit, haemoglobinopatia C,D,G,H,I dan lain – lain.
- 2). Golongan yang disebabkan oleh faktor ekstrakorpuskuler, seperti pada infeksi (malaria, sepsis< dsb), keracunan arsenikum, antagonismusrhesus atau ABO, leukemia, penyakit hati, dll.

a). Gejala :

Gejala yang lazim dijumpai adalah gejala – gejala proses hemolitik, seperti anemia, hemoglobinemia, haemoglobunuria, hiperbilirubinemia, hiperurobilinuria dan sterkobilin lebih banyak dalam faeses juga terdapat pula

tanda regenerasi darah dan hyperplasia erithropoesis dalam sum – sum tulang. Pada hemolisis yang berlangsung lama sampai pembesaran limpa dan anemia haemolitik yang hereditier. Kadang – kadang di sertai kelainan roentgenologis pada tengkorak dan tulang- tulang lain.

b). Pengobatan :

Pengobatan anemia haemolitik selama kehamilan tergantung pada jenis dan sedangnya. Obat obat penambah darah tidak memberi hasil transfuse darah, yang kadang – kadang di ulangi beberapa kali diperlukan pada anemia sedang untum meringankan penderitaan ibu dan mengurangi hipoksia bayi, splenektomi dianjurkan pada anemia haemolitik – bawaan dalam trimester I dan III. (*Winkjosastro,2005*).

c). Pencegahan

Ibu memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki – laki karena terjadi menstruasi dengan perdarahan sebanyak 50 sampai 80 cc setiap bulan dan kehilangan zat besi sebesar 30 sampai 40 mgr.

Di samping itu selama masa kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah bayi dan plasenta.

Makin sering seorang ibu mengalami masa kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi makin anemis.

Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap masa kehamilan :

- 1). Meningkatkan sel darah ibu 500 mgr Fe
- 2). Terdapat dalam placenta 300 mgr Fe
- 3). Untuk darah bayi 100 mgr Fe

Jadi secara keseluruhan kebutuhan zat besi selama kehamilan yaitu 900 mgr.

Jika tersedia cadangan Fe minimal, maka setiap selama kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya. Pada kehamilan relative terjadi anemia karena darah ibu selama kehamilan mengalami haemodilusi (pengenceran).

Bila Hb ibu sebelum masa kehamilan sekitar 11 gr% maka dengan terjadinya haemodilusi akan menyebabkan anemia selama masa kehamilan fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 gr %. (*Manuaba,1998*).

B. MANAJEMEN KEBIDANAN

Bidan dalam manajemen kesehatan mempunyai peranan yang penting dalam penurunan angka kematian ibu dan anak dan sebagai ujung tombak pemberian asuhan kebidanan. Dalam memberi asuhan, bidan sebagai individu yang memegang tanggung jawab terhadap tugas pada kliennya, memberi pelayanan yang komprehensif. (*Simatupang, 2008*).

1. Definisi

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

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

2. Tujuan

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

Hasil yang diharapkan : terlaksananya asuhan segera/ rutin pada saat ibu intra partum (Kala I/kala IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera

baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang di buat pada langkah sebelumnya. (*Varney, 1997 dalam Simatupang 2008*).

3. Hasil yang diharapkan

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

4. Proses Manajemen

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

Ketujuh langkah tersebut adalah :

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data

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

Data diperoleh melalui :

1). Anamnese :

(a). Bio data, data demografi

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

(a). Riwayat menstruasi

(b). Riwayat obstetric dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi

(c). Biopsikospiritual

(d). Pengetahuan klien

3). Pemeriksaan fisik, sesuai kebutuhan dan tanda – tanda vital

4). Pemeriksaan khusus

(a). Inspeksi

(b). Palpasi

(c). Auskultasi

(d). Perkusi

5). Pemeriksaan penunjang

(a). Laboratorium

(b). Diagnosa lain : USG, Radiologi

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

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosis dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.(Simatupang EJ, 2008). Sebagai contoh masalah psikososial yang berkaitan dengan hal – hal yang sedang dialami oleh klien dengan Gr, P, A, kehamilan, inpartu, Kala I janin intra uteri, presentase, tunggal, hidup/ mati dengan Anemia Sedang.

Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi “ standar nomenklatur” (tata nama) diagnosa kebidanan. (*Varney, 1997 dalam Salmah,2006*)

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

1). Pada ibu potensial terjadinya

(a). Perdarahan post partum

(b). Infeksi

2). Pada janin potensial terjadi

(a). Hipoksia

(b). Gawat janin

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

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

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

Beberapa kasus mengindikasikan situasi yang membutuhkan tindakan segera sambil menunggu tindakan dokter, misalnya pada kasus prolaps tali pisat. Sedang pada kasus lainnya tidak memerlukan tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter, misalnya pada kasus per- eklamsi berat atau pada situasi lain yang memerlukan profesi kesehatan lainnya, ahli gizi, psikolog dll. Bidan yang mengkaji kondisi klien dan menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Komprehensif

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

Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio-kultural, ekonomi atau psikologi. Setiap rencana asuhan harus

disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

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

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

g. Langkah VII. Evaluasi

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

perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen, untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah – langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berpikir, yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik.

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

h. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan. Langkah – langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinik untuk mengatasi masalah.

Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan kepada klien, yang didalamnya tersirat proses berpikir yang sistematis seorang bidan dalam menghadapi seorang klien sesuai langkah – langkah dalam proses manajemen kebidanan.

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

1. S (subjektif)

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

2. O (objektif)

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

3. A (assessment)

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

- a). Diagnosis/masalah
- b). Antisipasi diagnosis/masalah potensial
- c). Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter,
konsultasi/kolaborasi dan /atau rujukan sebagai langkah 2,3,
dan 4 Varney.

4. P (plan)

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

Beberapa alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian

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

(Salmah, 2006)

BAB III

TINJAUAN KASUS

KASUS

Tanggal pengkajian : 26-05-2008

Jam : 02.10 wit

Tempat : Kamar Bersalin RSUD Jayapura

Diagnosa Medis : Anemia Sedang

Oleh : Yuliana Aleda Merani

Langkah Pertama : Pengkajian

1. Data

a. Biodata

Nama klien : Ny. M

Umur : 19 Thn

Agama : Kristen Protestan

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Suku/bangsa : Sorong/Indonesia

Nikah ke : I

Alamat : Polimak II Asri

b. Suami : Tn. A

Umur : 26 Thn

Agama : Kristen Protestan
Pendidikan : Perguruan Tinggi
Pekerjaan : Swasta / Ojek
Suku/bangsa : Sorong/ Indonesia
Nikah ke : I
Alamat : Polimak II Asri

2. Data Biologis dan Psikolosis

a. Keluhan Utama :

Tanggal: 26 – 5 – 2008 jam 02. 10 wit

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

b. Riwayat Keluhan Utama :

Sejak tanggal 25 -5 - 2008 jam 08.00 wit Ibu mengatakan mulai merasa mules pada perut bagian bawah namun kadang – kadang saja dan merasakan adanya pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir, gerakan janin kuat.

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1). Gravida : G I P0 A0
- 2). HPHT : Agustus 2007

- 3). TP : Mei 2008
- 4). ANC : 1 x (dr. Daniel U)
- 5). Imunisasi TT : Tidak pernah
- 6). Pergerakan janin dirasakan ibu : Memasuki bulan kelima
- 7. Cukup bulan menurut ibu : Bulan Januari 2008.

d. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu : Tidak pernah

e. Riwayat Keluarga Berencana

Ibu tidak pernah ber KB karena baru pertama kali hamil

f. Riwayat Reproduksi

- 1). Menarche : 14 tahun
- 2). Siklus Haid : 28 hari
- 3). Durasi Haid : 3 – 4 hari
- 4). Banyaknya : 2 x ganti doek
- 5). Sifat darah haid : Encer
- 6). Bau/warna : Amis / merah
- 7). Gangguan waktu haid : Tidak ada

g. Riwayat Kesehatan Lalu

- 1). Penyakit waktu anak-anak : Malaria
- 2). Riwayat opname : Tidak pernah
- 3). Riwayat pembedahan : Tidak pernah
- 4). Penyakit serius saat ini : Tidak pernah

h. Riwayat Penyakit Dalam 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

i. Keadaan Psiko social

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

j. Latar belakang social

- 1). Ibu dan suami sama –sama berasal dari suku/bangsa yang sama (Sorong) dan mereka sudah lama menetap di Jayapura.
- 2). Mereka tidak memegang teguh adapt istiadat/ tradisi budaya dari daerah mereka, dan kehidupan mereka sudah membaur dengan masyarakat sekitarnya,

k. Keadaan keagamaan

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

l. Dukungan dari keluarga

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

m. Keadaan social ekonomi

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

n. Masalah – masalah selama kehamilan sekarang

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

o. Pola kegiatan sehari – hari

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

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

3.Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1). Keadaan umum : Agak lemah
- 2). Kesadaran : Cm
- 3). Penampilan : Kurus tinggi
- 4). Ekspresi wajah : Cemas
- 5). Tanda – tanda vital
 - a). TD : 120/80 mmHg
 - b). SB : 37° c
 - c). N : 84 x/m

- d). R : 24 x/m
- 6). Tinggi badan : 158 cm
- 7). Berat badan sebelum hamil: ibu tidak tahu
- 8). Berat badan setelah hamil : 65 kg
- 9). Kenaikan berat badan :
- 10). Lila : 26 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1). Kepala

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

2). Muka

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

3). Mata

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

4). Hidung

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

5). Telinga

- a). Pengeluaran cairan : Tidak ada

b). Kebersihan : Baik

6). Mulut / gigi

a). Stomatitis : Tidak ada

b). Lidah : Bersih

c). Mukosa mulut : Lembab

d). Caries : Tidak ada

e). Kebersihan : Bersih

7). Leher

a). Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada

b). Pembesaran kelenjar lymfe : Tidak ada

8). Ekstermitas atas :

a). Bentuk : Normal

b). Turgor kulit : Baik

c). Kelainan : Tidak ada

9). Dada dan Perut

a). Inspeksi

(1). Bentuk dada : Simetris

(2). Pergerakan dada : Ada, Mamae kiri/kanan normal

(3). Masa : Tidak ada benjolan

(4). Frekwensi pernapasan : 24 x/m

(5). Jenis pernapasan : Normal

b). Palpasi

Nyeri tekan : Tidak ada

10). Jantung

a). Inspeksi : Ada gerakan

b). Auskultasi : Tidak dilakukan

11). Payudara**a). Inspeksi**

(1). Kulit tegang : Ya

(2). Membesar : Ya

(3). Hiperpigmentasi : Ya

(4). Putting susu kiri/kanan : Terbentuk

(5). Kebersihan putting : Baik

b). Palpasi

(1). Pengeluaran : Ada (kolostrum)

(2). Pembesaran pada kelenjar aksila : Tidak ada

12). Abdomen

a). Perut : Membesar

b). Striae : Gravidarum

c). Keadaan perut : Sesuai usia kehamilan

d). Bekas operasi : Tidak ada

13). Vulva / Vagina

a). Keadaan : Baik, tidak ada kelainan

b). Flour albus : Tidak ada

c). Varices : Tidak ada

d). Pengeluaran : Lendir dan darah

14). Tungkai bawah

a). Oedema : Tidak ada

b). Varices : Tidak ada

c). Refleks : Ada (+) / (+)

c. Pemeriksaan Obstetrik

1). Palpasi

a). Leopold I : 3 jari bawah px (30 cm)

b). Leopold II : Memanjang, punggung kanan

c). Leopold III : Bagian terendah kepala

d). Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (3/5) bagian

e). His

(1). Frekwensi : 3x dalam 10 menit

(2). Durasi : 30 – 40 detik

(3). Kekuatan : Kuat

(4). Relaksasi : Baik

(5). Keteraturan : Teratur

f). Gerakan Janin : Ada, kuat

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

Johnson

2). Auskultasi

a). Denyut jantung janin : Ada

b). Frekwensi : 136 x/dopler

c). Irama : Teratur

3). Pemeriksaan dalam

Tanggal : 26-5-2008 Jam : 02.10

Oleh : Mahasiswa : Yuliana Merani

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

b). Dinding vagina : Tidak ada kelainan

c). Portio : Tipis melingkar

d). Pembukaan : 8 cm

e). Ketuban : (+), dipecahkan jam 05.00 wit

f). Presentasi : Kepala

g). Petunjuk : Ubun ubun kecil kiri depan

h). Penurunan : Hodge II / III

i). Kesan panggul : Luas

j). Pengeluaran : Lendir darah

d. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium :

Darah

Gol. Darah : O

DDR : Negatif

HB : 8 gr%

Langkah Kedua : Interpretasi Data Dasar**1. Diagnosa :**

- a. Ibu 19 tahun, G I P0 A0, kehamilan aterm, inpartu kala I fase aktif dengan Anemia sedang
- b. Janin Intra uterin, presentasi kepala, tunggal, hidup.

2. Dasar :

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

- DO : a. Keadaan Umum : agak lemah
- b. Kesadaran : compos mentis (cm)
- c. Pemeriksaan Lab : Darah : HB 8 gr %
- d. Palpasi : TFU 30 cm, letak janin memanjang punggung kanan, bagian terendah kepala, kepala sudah masuk PAP (3/5) bagian.
- e. Kontraksi : 3 x / 10 menit, lamanya 30-40 detik, kuat

Auskultasi : BJA (+) 136x/dopler,jelas teratur dan kuat.

f. Pemeriksaan Dalam : Jam 02.10 Wit

a). Vulva/Uretra : Tidak ada Kelainan

b). Dinding vagina : Tidak ada kelainan

c). Portio : Tipis melingkar

d). Pembukaan : 8 cm

e). Ketuban : (+), dipecahkan jam 05.00 wit

f). Presentasi : Kepala

g). Petunjuk : Ubun ubun kecil kiri depan

h). Penurunan : Hodge II / III

i). Kesan panggul : Luas

j). Pengeluaran : Lendir darah

Langkah ketiga : Identifikasi dan Masalah Potensial

Potensial terjadi pad ibu :

1. Gangguan His

2. Partus lama

3. Infeksi

Potensial terjadi pada bayi :

1 Gawat Janin

2. Hipoksia

Dasar

DS : kadang – kadang merasa pusing

DO : a. KU ibu agak pucat (+)

b. Pemeriksaan fisik

conjunktifa : agak pucat

Sklera : nampak ikterus

c. Pemeriksaan Lab. Darah : HB : 8 gr%

D. Langkah Keempat : Tindakan Segera / Kolaborasi

a. Mengatur posisi ibu miring kiri

b. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, tanda –tanda vital, his dan BJA

c. Kolaborasi dokter untuk penanganan anemia sedang :

Pasang infuse, cairan RL kecepatan 20 tetes / menit

Permintaan darah sebanyak 750 cc

E. Langkah Kelima : Perencanaan

Tanggal 26 – 5 – 2008

Jam 02. 10 WIT

1. Atur posisi ibu

2. Hadirkan keluarga

3. Pantau keadaan umum, kesadaran , tanda – tanda vital (TD,N,RES,SB) tiap

4 jam

4. Observasi HIS, BJA dan pengeluaran pervaginam tiap 15 menit

5. Penuhi kebutuhan nutrisi dan elektrolit ibu

6. Kosongkan kandung kemih

7. Ganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
8. Beri tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada HIS, posisi yang aman saat melahirkan.
9. Ajar ibu teknik pernapasan di luar His
10. Berikan dukungan mental serta penjelasan tentang fisiologis persalinan pada ibu.
11. Siapkan perlengkapan ibu, bayi, alat dan penolong.
12. Penilaian kemajuan persalinan tiap 4 jam atas indikasi
13. Kolaborasi dokter
 - a). pasang infuse RL 20 tetes/ menit
 - b). Pasang darah

Langkah VI : Tindakan Asuhan Menyeluruh

Tanggal : 26- 5- 2008

Jam : 02.20 WIT

1. Mengatur posisi ibu miring kiri
2. Menghadirkan salah satu keluarga
3. Pantau keadaan umum, kesadaran, Tanda – tanda vital (TD 120/90 mmhg, RESP 24 x/m, N 84 x/m, SB 37° C) pukul 02. 20 wit
4. Mengobservasi HIS, BJA, dan pengeluaran pervaginam tiap 15 menit
5. Memberi minum ibu susu 1 gelas dan memberi makan ibu roti
6. Membantu ibu BAK di kamar mandi
7. Mengganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah

8. Memberi tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada His, posisi yang aman saat melahirkan.
9. Mengajarkan teknik pernapasan di luar HIS.
10. Memberikan dukungan mental serta penjelasan tentang fisiologis persalinan pada ibu
11. Mempersiapkan perlengkapan ibu, bayi, alat dan penolong.
12. Pukul 02. 30 wit melanjutkan instruksi dokter : pasang infuse RL dengan kecepatan 20 tetes / menit sementara permintaan darah belum ada (masih menunggu)
13. Melakukan pemeriksaan dalam pada jam 05.00 wit, hasil :
 - a). Vulva / vagina : Tidak ada kelainan
 - b). Portio : Tidak teraba
 - c). Pembukaan : 10 cm
 - d). Ketuban : Negatif (-)
 - e). Presentasi : Kepala
 - f). Penurunan : Kepala 0/5
 - g). Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan

Langkah VII evaluasi

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Jam : 05. 00 WIT

1. Keadaan umum : Baik

2. HIS : Frekwensi 3-4 x/m dalam 10 menit, durasi 40 detik, kuat, lama, relaksasi ada, BJA 138 x/m.
3. Pengeluaran pervaginam : lendir dan darah bertambah banyak.
4. Infus RL kosong dengan kecepatan 20 tetes/menit, sedang menetes dengan baik, permintaan darah belum ada
5. Perlengkapan ibu, bayi, penolong dan alat telah siap.
6. Ibu tampak bersih, sudah makan dan minum.
7. Ibu siap melahirkan bila sudah waktunya.
8. Hasil pemeriksaan dalam tanggal 26 – 5 – 2008 jam 05.00 wit

Oleh : Bidan Yuliana Merani

- | | |
|------------------|--------------------------|
| a). Vulva vagina | : Tidak ada kelainan |
| b). Portio | : Tidak teraba |
| c). Pembukaan | : 10 cm |
| d). Ketuban | : Negatif (-) |
| e). Presentasi | : Kepala |
| f). Penurunan | : 0/5 |
| g). Petunjuk | : Uzun – bun kecil depan |

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

Langkah I Pengkajian

Tanggal : 26 – 5 – 2008

A. DS

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

B. DO

1. HIS (+) frekwensi 4-5 x dalam 10 menit, durasi 60 detik, interval 2-3 menit/
kuat, BJA 138 x/m.
3. Ketuban dipecahkan jam 05.00 wit
4. Perineum meregang dan anus membuka bila ada HIS.
5. Infus RL kosong dengan kecepatan 20 tetes / menit sedang menetes dengan baik.
6. Pemeriksaan dalam tanggal 26 – 5 – 2008 jam 05. 00 wit
 - a). Portio : Tidak teraba
 - b). Pembukaan : 10 cm
 - c). Ketuban : Negatif (-)
 - d). Presentase : Kepala
 - e). Penurunan : Kepala 0/5
 - f). Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan

Langkah II Interpretasi Data Dasar

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Diagnosa ibu : Umur 19 tahun, G I, P 0, A 0, hamil aterm, inpartu kala II fase aktif dengan anemia sedang.

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

Dasar :

A. DS

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

B. DO

1. HIS (+) frekwensi 4-5 x dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat dan relaksasi ada.
2. Pemeriksaan dalam tanggal 26 – 5 – 2008 jam 05.00 wit
 - a). Portio : Tidak teraba
 - b). Pembukaan: 10 cm
 - c). Ketuban : Negatif (+)
 - d). Presentasi : Kepala
 - e). Penurunan : Hodge IV
 - f). Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan
3. Perineum menegang dan anus membuka
4. Nampak rambut di vulva apabila ada HIS dengan Diameter 5 cm.

5. DJJ (+) frekwensi 150 x/m

6. Terasa pergerakan janin

Langkah III Diagnosa Potensial

1. Potensial terjadi gawat janin

Dasar :-Anemia sedang (HB 8 gr %)

_ HIS semakin sering dan kuat

2. Potensial terjadi partus macet

Dasar : - Anemia sedang (HB 8 gr %)

- Ibu mengeluh merasa pusing dan agak lemah

Langkah IV Tindakan segera

1. Pimpinan persalinan

2. Pantau cairan infuse

Langkah V Rencana Asuhan

1. Atur posisi ibu setengah duduk

2. Persiapan penolong, alat dan ibu

3. Ajarkan ibu cara mengedan yang baik di luar his

4. Ingatkan keluarga memberi minum saat tidak ada HIS

5. Observasi HIS, DJJ dan pantau cairan infuse

6. Lakukan pertolongan persalinan

7. Pimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat, beri pujian apabila kepala

bayi maju

8. Letakkan handuk kering diatas perut ibu
9. Tahan perineum dengan doek steril saat kepala janin mencapai diameter 5 – 6 cm.
10. Lakukan fleksi ringan
11. Lakukan fleksi ringan
12. Lahirkan kepala
13. Periksa lilitan tali pusat
14. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
15. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang
16. Lahirkan badan bayi dengan sangga susur
17. Letakkan bayi diatas perut ibu , dikeringkan, ganti kain bersih, bungkus bayi
18. Cek Fundus uteri
19. Berikan injeksi Oksitosin 10 UI / IM
20. Jepit lalu potong/ gunting tali pusat
21. Pantau cairan infuse

Langkah VI Implementasi

Tanggal : 26-5-2008

Jam 05.05 WIT

1. Mengatur posisi ibu setengah duduk
2. Mempersiapkan ibu, alat dan penolong
3. Mengajarkan ibu cara mencedan di luar HIS
4. Mengingatkan keluarga memberi minum saat tidak ada HIS

5. Mengobservasi HIS, DJJ dan mamantau cairan infuse
6. Melakukan pertolongan persalinan pada pukul 05.13 wit
7. Memimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat dan memberi pujian pada ibu apabila kepala bayi maju hingga nampak di vulva
8. Meletakkan handuk diatas perut ibu
9. Menahan perineum dengan doek steril saat kepala bayi mencapai diameter 5-6 cm
10. Melakukan fleksi ringan
11. Melahirkan kepala
12. Memeriksa lilitan tali pusat
13. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar dengan spontan
14. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang
 - a. Kedua tangan penolong mencekap kepala bayi secara biparietal
 - b. Kepala diarahkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan
 - c. Kemudian keatas untuk melahirkan bahu belakang
15. melakukan sangga susur untuk melahirkan badan bayi
 - a. Tangan kanan berada diantara kepala dan bahu
 - b. Tangan kiri menelusuri, bokong dan mencekap kedua kaki
 - c. Maka lahirlah bayi diatas tangan penolong

16. Jam 05.20 wit bayi lahir spontan dan menangis diatas tangan penolong,
meletakkan bayi diatas perut ibu,dikeringkan, ganti kain yang bersih dan
bungkus bayi.
18. Mengecek fundus uteri dan ternyata bayi tunggal
19. Meminta izin pada ibu dan memberikan suntukan Oksitosin 10 UI / IM pada
pukul 05. 23 wit
20. Menjepit tali pusat dan menggunting tali pusat pada pukul 05.25 wit
21. Memantau cairan infuse

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 26 – 5 – 2008 Jam : 05.25 WIT

1. Tanggal 26 – 5 – 2008 jam 05.20 wit bayi lahir spontan, letak belakang kepala,
jenis kelamin laki – laki , hidup, A/S 8/9, cacat, caput (-), bayi ditangani oleh
petugas Perinatologi.
2. Keadaan umum ibu : baik
3. Tinggi fundus uteri : setinggi pusat
4. Ibu mengatakan masih mules pada perut bagian bawah dan sangat gembira
karena bayinya telah lahir dengan selamat.
5. Injeksi oksitosin 10 UI / IM pukul 05. 22 wit
6. Jumlah perdarahan 100 cc
7. Placenta belum lahir

8. Cairan RI kosong dengan kecepatan 20 tetes / menit masih menetes dengan baik sementara permintaan darah belum ada

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

Langkah I Pengkajian

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Pengumpulan data dasar

DS : a. Ibu mengatakan perut masih terasa mules

b. Ibu mengatakan pusing berkurang

c. Ibu merasa lelah dan haus

d. Ibu mengatakan bersyukur karena anaknya telah lahir

DO : a. Palpasi

- Tinggi fundus uteri : Setinggi pusat

- Kontraksi uterus : Baik

b. Placenta belum lahir

c. Keadaan umum : Baik

d. Kesadaran : CM

e. Tanda – tanda vital :

- TD : 110/70 mmHg

- ND : 88 x/m

- R : 24 x/m

- SB : 37° C

- c. Ada pengeluaran darah sedikit
- d. Tes pelepasan placenta secara kustner, placenta belum lepas
- e. Vesika urinaria : Kosong
- f. Perineum : utuh, luka lecet pada labia minora kiri.

Langkah II Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : P I, A 0, Inpartu kala III dengan Anemia Sedang.

Dasar :

DS :

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

DO :

- a. Palpasi, tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi baik
- b. Test pelepasan secara kustner : placenta belum lahir
- c. Kandung kemih : kosong
- d. Perineum : utuh, luka lecet pada labia minora kiri
- e. Keadaan umum baik, kesadaran : CM, TD 110/70 mmHg, N 88 x/m, R 24 x/m, SB 37° C.
- f. Perdarahan ada

Langkah III : Diagnosa Potensia

1. Potensial terjadinya perdarahan postpartum

Dasar : Ibu lelah

2. Potensial terjadinya retensio placenta

Dasar : Placenta belum lahir

Langkah IV : Tindakan Segera

1. Pantau cairan infus
2. Manajemen aktif kala III

Langkah V : Rencana Asuhan

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

Langkah VII : Implementasi

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Jam 05. 28 WIT

1. Pantau tanda – tanda vital (TD 110/70 mmHg, N 88 x/m, R 24 x/m, SB 37° C)
2. Meletakkan kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen
3. Memberikan ibu minum the hangat 1 gelas

4. Melahirkan placenta secara Peregangannya Tali Pusat Terkendali :

- a). Tangan kanan memindahkan klem pada tali pusat $\pm 5 - 10$ cm dari depan vulva.
- b). Tangan kiri menekan bagian atas symphysis dengan telapak tangan menghadap ke fundus uteri, menunggu uterus berkontraksi
- c). Lakukan dengan tangan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang dengan hati – hati
- d). Setelah placenta lepas meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan atas sesuai survey jalan lahir
- e). Placenta terlihat di introitus vagina, selanjutnya lahirkan placenta dengan menggunakan kedua tangan, memegang placenta dengan hati – hati dan memutar placenta sehingga selaput placenta terpinil
- f). Melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut sehingga uterus berkontraksi.

Pukul 05. 35 wit placenta lahir di tangan penolong.

7. Memeriksa kelengkapan placenta, kotiledon lengkap

8. Mengajari ibu menilai kontraksi uterus dan masase uterus

9. Mengukur jumlah perdarahan

10. Memantau cairan infuse.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal :26 – 5 – 2008

1. Placenta lahir lengkap dengan kotiledon dan selaput placenta seara maternal
Ukuran 18 x 17 x 2 cm, berat 350 gram, insersi sentralis, panjang tali pusat $\pm$ 45 cm pukul 05.35 wit.
2. Palpasi tinggi fundus uteri : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik
3. Cairan infuse RL kosong dengan kecepatan 20 tetes / menit masih terpasang dengan baik dan permintaan darah belum ada
4. Perdarahan kala III $\pm$ 150 cc
5. Keadaan umum : Baik dan kesadaran : Compus Mentis
6. Luka lecet pada labia minora bagian kiri

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Tanggal 26 – 5 - 2008

Langkah I Pengkajian

A. DS

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

B. DO

1. Keadaan umum : baik, kesadaran : compus mentis
2. Palpasi tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus (+)

3. Placenta lahir lengkap dengan selaput jam 05.35 wit

4. Perdarahan kala III $\pm$ 150 cc

5. Nampak luka lecet pada labia minora kiri

6. Cairan RL kosong masih menetes dengan baik

7. Tanda – tanda vital

TD : 110/70 mmHg

N : 88 x/m

R : 24 x/m

SB : 37° C

8. Ibu tampak kecapean

9. Periksa Hb post partum 7,8 gram %

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

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

DS :

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

DO :

a. Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmGh

N : 88 x/m

R : 24 x/m

SB : 37° C

b. HB post partum 6,8 gram %.

c. Data dasar

a. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat

b. Jam 05. 30 wit placenta lahir lengkap dengan kotiledon dan selaputnya

c. Kontraksi uterus baik, perdarahan kala III 150 cc

d. Luka lecet pada labia minora kiri

Langkah III Identifikasi Masalah Potensial

Potensial terjadi perdarahan post partum

Dasar : Anemia sedang HB 7, 8 gr %

Potensial terjadi anemia berat

Dasar : - Anemia sedang HB 7, 8 gr %

- Perdarahan post partum 150 cc

Langkah IV Tindakan Segera

1. Ganti cairan RL kosong dengan kantong darah 750 cc

2. Penjahitan luka lecet

Langkah V Rencana Asuhan

Tanggal : 26 – 05-2008

Jam 06.00 WIT

1. Observasi tanda – tanda vital dan kandung kemih

2. Nilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase
3. Bersihkan ibu dengan air DTT pada daerah sekitar ibu, ganti kain kering dan bersih
4. Hecting set didekatkan
5. Lakukan penjahitan luka lecet
6. Bersihkan ibu dengan air DTT, berikan pakaian dan softeks
7. Berikan makan dan minum
8. Motivasi ASI eksklusif
9. Observasi 2 jam post partum, control uterus, TTV, fundus uteri, tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
10. Anjurkan ibu istirahat yang cukup
11. Rendam instrument dalam larutan clorin 0, 5 % selama 10 menit
12. Buang bahan – bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai
13. Bersihkan alat tenun/ atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % dan air DTT
14. Cuci tangan pada air mengalir
15. Ganti cairan RL dengan kantong darah 500cc dan atur tetesan 24 tetes / menit
16. Dokumentasi kegiatan

Langkah VI Implementasi

Tanggal : 26 – 5 – 2008 Jam : 06. 10 WIT

1. Mengobservasi tanda – tanda vital, kandung kemih
2. Menilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase

3. Membersihkan ibu dengan air DTT pada daerah sekitar ibu, ganti kain kering dan bersih
4. Mendekatkan haecting set
5. Melakukan penjahitan luka lecet
6. Membersihkan ibu dengan air DTT, berikan softeks dan pakaian
7. Memberikan makan roti dan minum teh hangat
8. Memotivasi ASI eksklusif
9. Mengobservasi 2 jam post partum, control uterus, fundus uteri tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua
10. Menganjurkan istirahat yang cukup
11. Merendam instrument dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit
12. Membuang bahan – bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai
13. Membersihkan alat tenun / atribut penolong dengan larutan clorin 0,5 % dan air DTT
14. Mencuci tangan pada air mengalir
15. Mengganti cairan RL kosong dengan kantong darah 500 cc dengan tetesan 24 tetes / menit
16. Dokumentasi kegiatan persalinan

Langkah VII Evaluasi

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Jam 08.00 WIT

S : 1. Ibu sudah makan dan minum

2. Ibu merasa capek dan mengantuk

O : 1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran Compus Mentis namun agak pucat.

2. Pukul 07.30 wit pantau tanda – tanda vital ibu : TD 100/60 mmHg, ND 88 x/m, R 24 x/m, SB 37° C.

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

4. Perdarahan kala IV 50 cc

A : Ibu umur 19 tahun, P I, A 0, Inpartu kala IV dengan anemia sedang

P : 1. Telah dilakukan penjahitan luka lecet, luar II dengan menggunakan benang catgut (jelujur) pada pukul 06.00 wit

2. Cairan transfuse darah masih menetes dengan baik dengan kecepatan 24 tetes / menit

3. Semua hasil tindakan telah didokumentasikan pada buku register pasien maupun register ruangan

4. Tanggal 26 – 5 – 2008 , jam 12.00 wit memindahkan ibu ke ruang rawat gabung

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan yang diberikan pada Ny. M.A, ibu Inpartu dengan Anemia sedang di kamar bersalin RSUD Jayapura tanggal 26 – 05 – 2008 wit sesuai dengan tahapan manajemen kebidanan. Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yaitu masalah dengan teori sesuai kenyataan yang telah dilaksanakan.

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

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

mengantisipasi kemungkinan terjadi partus macet dan gawat janin. Langkah keempat adalah mengidentifikasi tindakan segera, yaitu permintaan kantong darah sebanyak 750 cc.

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

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

Pada kasus ini, baik teori maupun penerapan manajemen kebidanan secara menyeluruh dapat mengatasi masalah dan kebutuhan klien. Pada akhirnya keadaan ibu menunjuk pada anemia ringan Hb 9,8 gr % (Manuaba 1998).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

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

B. Saran

Adapun saran saran yang dapat penulis berikan adalah :

1. Untuk Klien

a). Mengharapkan pada klien agar selalu memeriksakan diri secara teratur di RSUD atau puskesmas terdekat sampai kadar Hb menunjukkan tidak anemia lagi.

b). Melibatkan keluarga dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi ibu dengan meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat

2. Untuk RSUD DOK II Jayapura

a). Mengingat banyaknya komplikasi anemia sedang pada ibu inpartu, maka sangat diharapkan kerjasamanya dengan PMI dalam penyediaan stok darah untuk kebutuhan segera klien.

b). Pelaksanaan asuhan kebidanan ibu inpartu dengan anemia sedang membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat serta pendokumentasian yang baik dan benar.

3. Untuk Politeknik Kesehatan Papua

a). Dapat menyiapkan / melengkapi buku = buku dengan referensi terbaru setiap tahunnya bagi semua jurusan agar memudahkan mahasiswa dalam proses belajar.

b). Khusus untuk jurusan kebidanan mohon menyediakan buku = buku kebidanan dengan referensi terbaru setiap tahunnya agar mempermudah mahasiswa dalam mencari referensi untuk pembelajaran dan penyusunan KTI.

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

DAFTAR PUSTAKA

- ARIF M, DKK 2001, *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi III Jilid 1*, FKUI, Jakarta
- HANIFA W ,2005, *Ilmu Kebidanan*, YBP-PS, Jakarta
- MANUABA, I.B.G. 1998, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta
- RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA, 2007, *Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura*, Jayapura
- SAIFUDDIN, A.B. 2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, YBP- SP, Jakarta.
- SALMAH, DKK 2006, *Asuhan Kebidanan Antenatal*, EGC, Jakarta
- SIMATUPANG, E.J. 2008, *Manajemen Pelayanan Kebidanan*, EGC, Jakarta
- VARNEY, H, 1997, *Proses Manajemen Kebidanan*, EGC, Jakarta
- WAHYUNINGSIH, H.P. 2006, *Etika Profesi Kebidanan*, Fitramaya, Yogyakarta
- WALS .L, 2008, *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*, EGC, Jakarta



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

NAMA : YULIANA METANI
NIM : 12
PEMBIMBING I : IBU. WELMINTJE SAPAM. M. KES.
PEMBIMBING II :

N o	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	3-8-08	Induk : - Elemen - Struktur - Fungsi	Kembali Hari Minggu 10-8-08	MS
2	13-8-08	Bab IV Bab V Daftar pustaka	Perbaiki Kembali tgl 19-8-08 jam 13.00	MS
3	24-8-08	Bab III Bab IV Daftar pustaka	Perbaiki Kembali tgl 25-8-08 jam 13.00	MS
4	25-8-08	Ace - Gambaran		
5				



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

NAMA

: YULIANA . ALEDA MERANI

NIM

: 00712410647

PEMBIMBING I

: IBU FREDENKA RUMAPOTI, S.ST.

PEMBIMBING II

: IBU. DRA. WELMINTJE SAPARI, M. KES

N o	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	22/08	Bab I	1. Perbaiki Sistem 2. Perbaiki redaksi	
2	23/08 2-09	Bab I	Perbaiki Sistem alima dan perbaiki redaksi. kembali, bawa Bab II	
3	25/08	Bab I Bab II → A	Ok, perbaiki redaksi dan kembali ke Bab II	
4	30/08 2-11-08	Bab I Bab II A, B C D.	Ok. perbaiki format daftar isi dan bab. khusn manajemen Varney bawa Bab III	
5	3/08-08 800-	Bab II Bab III Bab IV	Ok Ok perbaiki / Revisi Implementasi + eva- luasi.	

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	6/08 Sing	Bab. IV Bab. V	ok. ok.	
7				
8				
9				
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

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



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

No : DL.02.02.02. 186
Lampiran :
Hal : Ijin Lokasi Pengambilan Kasus KTI

Kepada Yth:

Penanggung Jawab Ruang Bersalin RSUD

Dok II Jayapura

Di -

Jayapura

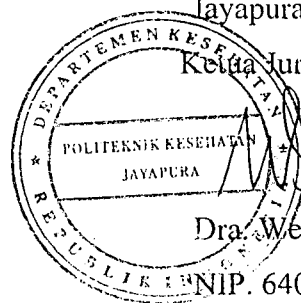
Sehubungan dengan kegiatan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekkes Dep-Kes Jayapura Tahun ajaran 2008/2009.

Maka dengan ini dimohon kiranya dapat di izinkan penggunaan lokasi dan diberikan kesempatan kepada mahasiswi kebidanan semester IV, untuk pengambilan kasus dalam rangka penulisan KTI. Nama mahasiswi dan judul KTI terlampir.

Demikian disampaikan dan atas kerjasama nya dihaturkan terima kasih.

Jayapura, 7 Juli 2006

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welminje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681

Lampiran: Daftar nama mahasiswa semester IV Lokasi
RSUD DOK II JAYAPURA

NO	NAMA	NIM	JUDUL
1.	Depina Karoba	PO.71.24.4.06.08	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Dengan Gangguan Sistem Reproduksi (C A)
2.	Dorkas Sapisa	PO.71.24.4.06.11	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Post S.C
3.	Fatimah Paiman	PO.71.24.4.06.14	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Pre – Eklamsi Berat
4.	Herien Ivone Rabrageri	PO.71.24.4.06.16	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Malaria
5.	Marhina Khabarek	PO.71.24.4.06.22	Manajemen Kebidanan Pada Bayi Post Sectio Caecarea Indikasi Gawat Janin.
6.	Milka Lea Tanawani	PO.71.24.4.06.23	Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Caput Succedaneum
7.	Mulil Helakombo	PO.71.24.4.06.24	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Haemorrhagia Antepartum
8.	Rakiba Budu	PO.71.24.4.06.29	Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Asfiksia Berat Dan Komplikasi
9.	Rida Kondolele	PO.71.24.4.06.31	Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Ikterus Neonatorum
10.	Rolyna Wakur	PO.71.24.4.06.32	Manajemen Kebidanan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
11.	Siti Komariah	PO.71.24.4.06.34	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Eklamsia Berat
12.	Siti Safiah Suara	PO.71.24.4.06.35	Manajemen Kebidanan Pada Ibu dengan Abortus Inkompletus
13.	Winny Bukit Barisani	PO.71.24.4.06.41	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

14.	Yosefina Sampe Riba	PO.71.24.4.06.44	Manajemen Kebidanan Pada Ibu Dengan Retensio Plasenta
15.	Yulanda Inggimamba	PO.71.24.4.06.46	Manajemen Pada Ibu Hamil Dengan KTD (Kehamilan Tidak diinginkan)
16.	Yuliana Aleda Marani	PO.71.24.4.06.47	Manajemen Pada Ibu Inpartu Dengan Anemia Sedang
17.	Yolanda Serley.F.Wanda	PO.71.24.4.06.43	

Jayapura, 7 Juli 2006

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Weimintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681