

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN PRE-EKLAMPSIA BERAT DI RSUD ABEPURA

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura*



OLEH :

HELENA TABYAROP

NIM. PO.71.24.4.09.087

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
JAYAPURA 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul :

Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Pre-eklamsia Berat
Di RSUD Abepura

Telah disetujui untuk dihadapkan kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura, 18 Agustus 2011

Pembimbing I



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP.196404191989032003

Pembimbing II



Muji Lestari, S.ST
NIP. 197608062003122002

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP. 196404191989032003

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmatNya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bersalin dengan Pre-Eklamsia Berat di RSUD Abepura” “ tepat pada waktunya.

Untuk menyelesaikan penulisan ini Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku mantan Ketua Jurusan Kebidanan dan Konsultan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
3. Ibu Heni Voni Rerey, SKM, MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
4. Direktur RSUD Abepura yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan asuhan kebidanan di wilayah kerjanya.
5. Ibu Heni Voni Rerey, SKM, MPH, selaku Dosen pembimbing I dan Ibu Muji Lestari, S.ST, selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
7. Rekan – rekan mahasiswa tugas belajar angkatan 2011 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
8. Semua pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi materi maupun penyusunan, untuk itu kritik dan saran sangatlah penulis harapkan demi perbaikan kedepan.

Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa Jurusan Kebidanan. Doa serta harapan dari penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup kita ke depan.

Jayapura, Juli 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii

BAB I. PENDAHULUAN

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

BAB II. LANDASAN TEORI

A. PERSALINAN.....	6
1. Definisi.....	6
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi	7
4. Klasifikasi	8
5. Factor – factor dalam persalinan.....	8
6. Tanda persalinan.....	9
7. Proses persalinan.....	9
B. PRE-EKLAMPSIA	12
1. Definisi.....	12
2. Etiologi.....	12
3. Patofisiologi.....	13

4. Klasifikasi	15
5. Gambaran klinik.....	16
6. Diagnosis	17
7. Komplikasi	18
8. Pencegahan.....	19
9. Penanganan	20
C. MANAJEMEN KEBIDANAN.....	28
1. Pengertian.....	28
2. Prinsip manajemen kebidanan menurut ACNM (1999).....	28
3. Proses manajemen kebidanan menurut Helen Varney.....	29

BAB III.TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM TEMPAT PENGAMBILAN KASUS.....	33
1. Analisa tipe dan karakteristik	33
2. Wewenang dan tanggung jawab.....	34
3. Gambaran Umum Ruang Bersalin.....	35
B. KASUS.....	38

BAB IV.PEMBAHASAN.....	73
------------------------	----

BAB V.PENUTUP

A. KESIMPULAN.....	76
B. SARAN.....	77

DAFTAR PUSTAKA.....	
---------------------	--

Lampiran.....	
---------------	--

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

World Health Organization (WHO) memperkirakan 585.000 wanita meninggal setiap tahun, setiap menit satu orang perempuan meninggal dan setiap hari 1400 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan aborsi yang tidak aman.

Indonesia tercatat sebagai Negara dengan angka kematian maternal yang masih tinggi, selain factor kemiskinan dan masalah aksesibilitas penanganan kelahiran, 75% hingga 85% kematian maternal disebabkan obstetric langsung, pre-eklamsia eklamsia merupakan salah satu penyebab kematian ibu berkisar 1,5% sampai 25% sedangkan kematian bayi antara 45% sampai 50% (<http://cliniccalupdate> 2010).

Kejadian Pre-eklamsia dan eklamsia bervariasi di setiap Negara bahkan pada setiap daerah dijumpai beberapa factor yang mempengaruhi diantaranya, jumlah primigravida, terutama primigravida muda, distensi rahim yang berlebihan, hidramnion, hamil ganda, mola hidatidosa, penyakit yang menyertai hamil, diabetes mellitus, kegemukan, umur ibu diatas 35 tahun dan pre-eklamsia berkisar antara 3% sampai 5% yang dirawat. (Manuaba, 2008).

Pre-eklamsia dalam kehamilan memberikan dampak yang kurang baik bagi ibu antara lain, solutio plasenta, hemolysis yang dikenal karena icterus, perdarahan

otak, kelainan mata, nekrosis hati, kelainan ginjal dan fraktur akibat kejang-kejang. Pada janin dapat menimbulkan prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra uteri. (Prawirohardjo, 2007).

Penyebab utama kematian ibu adalah pre-eklamsia, disamping perdarahan dan infeksi masih merupakan sebab utama kematian ibu dan sebab kematian perinatal yang tinggi. Oleh karena itu, diagnosis dini pre-eklamsia, yang merupakan tingkat awal eklamsia, serta penanganannya perlu segera dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Perlu ditekankan bahwa sindroma pre-eklamsia ringan dengan hipertensi, edema, dan proteinuria sering tidak diketahui atau tidak diperhatikan oleh wanita yang bersangkutan, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat timbul pre-eklamsia berat, bahkan eklamsia. Dengan pengetahuan ini menjadi jelas bahwa pemeriksaan antenatal yang teratur dan secara rutin dapat mendeteksi tanda – tanda pre-eklamsia, sangat penting dalam usaha pencegahan pre-eklamsia berat dan eklamsia. (Prawirohardjo, 2007).

Di Papua khususnya RSUD Abepura Jayapura berdasarkan register ruang bersalin jumlah persalinan tahun 2010 sebanyak 2.478, kasus pre-eklamsia dari Januari sampai dengan Desember 2010 sebanyak 158 (6,38%) yang merupakan pre-eklamsia berat dengan penyebab yang paling dominan yaitu gejala subyektif oedema, hipertensi, kepala pusing, penglihatan kabur.

Usia yang paling sering terjadi pada pre-eklamsia berat yaitu diatas 35 tahun. Dari 158 kasus pre-eklamsia 100 ibu yang melahirkan secara section caesarea dan 58 ibu melahirkan secara normal.

Berdasarkan data diatas jumlah kasus pre-eklamsia masih tinggi dan dapat diatasi dengan system pelayanan kebidanan sesuai dengan protap yang telah ditentukan dengan harapan ibu – ibu yang mengalami pre-eklamsia dapat dicegah dan diatasi sedini mungkin.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas, penulis membatasi masalah asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney dengan rumusan :

1. Bagaimana melakukan pengkajian pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
2. Bagaimana melakukan interpretasi data dasar dan menegakkan diagnose pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
3. Bagaimana menentukan diagnose potensial pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
4. Bagaimana melakukan identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
5. Bagaimana merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?
7. Bagaimana melaksanakan evaluasi tindakan yang diberikan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?

8. Bagaimana melakukan pendokumentasian pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura ?

C. TUJUAN PENULISAN

a. Tujuan umum

Memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat di RSUD Abepura.

b. Tujuan khusus

Secara khusus tujuan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Melakukan pengkajian pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
2. Melakukan interpretasi data dasar dan menegakkan diagnose pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
3. Menentukan diagnose potensial pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
4. Melakukan identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
6. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
7. Melaksanakan evaluasi tindakan yang diberikan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.
8. Melakukan pendokumentasian pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.

D. MANFAAT

1. Bagi penulis

- a. Dapat meningkatkan wawasan dan menambah pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya pada ibu dengan pre-eklamsia berat.
- b. Sebagai referensi dalam menangani kasus pre-eklamsia berat dimanapun penulis bertugas.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dan menambah wawasan bagi petugas rumah sakit khususnya ruang bersalin dalam memberikan asuhan kebidanan terutama dalam penanganan pada ibu bersalin dengan pre-eklamsia berat.

3. Bagi Lembaga pendidikan

Sebagai contoh bagi para mahasiswa maupun pihak-pihak lain dalam melaksanakan asuhan kebidanan dengan pre-eklamsia berat.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. PERSALINAN

1. Definisi

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.(Mochtar,2007).

Persalinan adalah proses pengeluaran 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),(Manuaba, 2008).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. (Prawirohardjo, 2006)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.(Prawirohardjo, 2007).

2. Etiologi

Yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar yang ada hanyalah merupakan teori – teori kompleks yang antara lain dikemukakan factor – factor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi.

- a. Teori penurunan hormon : 1 – 2 minggu sebelum partus mulai penurunan kadar hormon dan progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.
- b. Teori plasenta menjadi tua : akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.
- c. Teori distensi rahim : rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uteri plasenta.
- d. Teori iritasi mekanik : dibelakang servik terletak ganglion serviks (fleksus franken hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan masuknya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.
- e. Induksi partus (induction of labour) partus dapat ditimbulkan dengan jalan :
 - a) Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus franken hauser.
 - b) Amniotomi : pemecahan ketuban
 - c) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

(Mochtar, 2007)

3. Patofisiologi

Factor – factor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai factor – factor yang mengakibatkan partus mulai. Pada penurunan kadar hormon estrogen plasenta menjadi tua dan vili-vili korealis mengalami perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesteron menurun.

Uterus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus dan dapat mengganggu sirkulasi utero plasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi, factor lain adalah tekanan pada ganglion servikalis dari fleksus franken hauser yang letaknya dibelakang serviks ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan. Tindakan persalinan dapat pula dimulai dari :

1. Merangsang fleksus franken hauser
2. Pemecahan ketuban
3. Penyuntikan oksitosin dengan merangsang hipopise anterior pada hipotalamus dan yang perlu diperhatikan bahwa serviks sudah matang dan kanalis servikalis terbuka untuk satu jari. (Prawirohardjo, 2007)

4. Klasifikasi

Persalinan dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Persalinan spontan
Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan.
Bila proses persalinan dengan buatan tenaga dari luar.
3. Persalinan anjuran
Bila kekuatan diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

5. Faktor – factor penting dalam persalinan :

1. Power

His (kontraksi otot rahim)

Kontraksi otot dinding perut

Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum.

2. *Passenger*

Janin dan plasenta

3. *Passage*

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang

4. *Psichis* ibu

5. Penolong

6. **Tanda persalinan**

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang makin pendek.
2. Pengeluaran lendir campur darah
3. Dapat disertai ketuban pecah
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks, perlunakan serviks dan terjadi pembukaan serviks (Manuaba, 2008)

7. **Proses persalinan terdiri dari empat kala yaitu :**

Kala I : waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.

Kala II : kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin keluar hingga lahir.

Kala III : waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri

Kala IV : mulai dari lahirnya uri selama 1 -2 jam.

Kala I (kala pembukaan) dibagi menjadi 2 fase yaitu :

1. Fase laten : dimana pembukaan serviks berlangsung sangat lambat, sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7 -8 jam.
2. Fase aktif : berlangsung 6 jam dan di bagi atas 3 sub fase :
 - a) Periode *akselerasi* : berlangsung 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode *dilatasi maksimal (steady)* selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - c) Periode *deselerasi* : berlangsung agak lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Kala II (Kala pengeluaran janin)

Dengan adanya his terkoordinir, kuat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara *reflekstoris* menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka berkat kekuatan his dan kekuatan mencedan janin didorong keluar samapi lahir.

Kala III (Kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim istirahat sebentar uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 x sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5 - 10 menit seluruh plasenta terlepas, terdorong ke vagina dan akan

lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis atau fundus uteri.

Plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan.

Kala IV (kala pengawasan)

Kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.(Prawirohardjo, 2007)

B. PRE-EKLAMPSIA

1. Definisi

Pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi edema dan protein uria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya (Prawirohardjo, 2007).

Pre-eklamsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias, hipertensi, proteinuri dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan-kelainan vascular atau hipertensi sebelumnya (Mochtar, 2007).

Pre-eklamsia adalah suatu sindrom klinik dalam kehamilan viable (usia kehamilan > 20 minggu dan/atau berat janin 500 gr) yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria, dan edema (Achadiat, 2006)

2. Etiologi

Penyebab penyakit ini sampai sekarang belum diketahui dengan pasti, namun ada banyak teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli guna mencoba menerangkan penyebabnya, oleh karena itu pre-eklamsia juga disebut penyakit teori, tetapi belum ada juga yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang sekarang dipakai adalah teori '*Iskemia Plecenta*', namun teori ini juga belum dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit ini, teori yang dapat diterima haruslah dapat menerangkan :

- a. Mengapa frekuensi menjadi tinggi pada primigravida, gemelli, hidramnion dan molahhidatidosa.
- b. Mengapa frekuensi bertambah seiring dengan tuanya kehamilan umumnya pada trimester III.
- c. Mengapa terjadi perbaikan keadaan penyakit, bila terjadi kematian janin didalam kandungan.
- d. Mengapa frekuensi menjadi lebih rendah pada kehamilan berikutnya.
- e. Mengapa terjadi hipertensi. Proteinuria, oedema dan konvulsi sampai koma (Prawirohardjo, 2007)

Dari hal-hal diatas jelaslah bahwa bukan hanya satu factor melainkan banyak factor yang menyebabkan timbulnya penyakit.

3. Patofisiologi

Perubahan pokok yang didapatkan pada pre-eklamsia adalah terjadi spasme pembuluh darah disertai retensi garam dan air. Pada biopsy ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada berapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan perifer agar oksigenisasi jaringan dapat dicukupi.

Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Prawirohardjo, 2007)

Perubahan patologis berbagai organ penting dijabarkan sebagai berikut

1. Perubahan hati
 - a. Perubahan yang tidak teratur
 - b. Rasa nyeri diepigastrium karena perdarahan sub kapsuler.
 - c. Terjadi nekrosis
2. Retina
 - a. Spasme arteriola, oedema sekitar distus optikus
 - b. Aplasia retina (lepasnya retina)
 - c. Menyebabkan penglihatan kabur
3. Otak
 - a. Spasme pembuluh darah arteriola otak menyebabkan anemia jaringan otak, perdarahan dan nekrosis.
 - b. Menimbulkan nyeri kepala yang hebat.
4. Paru –paru
 - a. Berbagai tingkat oedema
 - b. Bronco pneumonia sampai abses
 - c. Menimbulkan sesak nafas sampai sianosis
5. Jantung
 - a. Perubahan degenerasi lemah dan oedema
 - b. Perdarahan sub endokardial
 - c. Menimbulkan dekomposisi kordis sampai terhentinya fungsi jantung.
6. Aliran darah ke plasenta
 - a. Spasme arteriola yang mendadak menyebabkan asfiksia berat sampai kematian janin.

- b. Spasme yang berlangsung lama, mengganggu pembuluh janin.
- c. Tonus rahim dan kepekaan terhadap rangsangan meningkat, terjadi partus prematurus.

7. Perubahan ginjal

- a. Spasme arteriola menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun sehingga filtrasi glomerulus berkurang.
- b. Penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi air dan garam.
- c. Oedema pada tungkai dan tangan, paru dan organ lain

8. Perubahan pembuluh darah

- a. Premeabilitas terhadap proteinuria makin tinggi sehingga terjadi vasasi protein ke jaringan.
- b. Protein ekstra vaskuler menarik air dan garam menimbulkan oedema.
- c. Hemokonsentrasi darah yang menyebabkan gangguan fungsi metabolisme tubuh dan trombosit (Manuaba, 2008).

4. Klasifikasi

Pre-eklamsia digolongkan kedalam pre-eklamsia ringan dan pre-eklamsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut :

1. Pre-eklamsia ringan

- a. Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- b. Tekanan darah diastolic 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- c. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu.

- d. Proteinuria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urin aliran pertengahan.

2. Pre-eklamsia berat

Bila salah satu gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil sudah dapat digolongkan pre-eklamsia berat :

- a. Tekanan darah 160/110 mmHg.
- b. Oligouria, urin kurang dari 400 cc/24 jam
- c. Proteinuria lebih dari 3 gr/liter.
- d. Keluhan subyektif :
 - a) Nyeri epigastrium
 - b) Gangguan penglihatan
 - c) Nyeri kepala
 - d) Edema paru dan sianosis
 - e) Gangguan kesadaran
- e. Pemeriksaan :
 - a) Kadar enzim hati meningkat disertai icterus
 - b) Perdarahan pada retina
 - c) Trombosit kurang dari 100.000/mm (Manuaba, 2008)

5. Gambaran klinik

Tanda tanda pre-eklamsia mulai dengan penambahan berat badan yang berlebihan, diikuti edema, hipertensi dan akhirnya terjadi protein uria pada pre-eklamsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif tetapi pada pre-eklamsia berat diikuti keluhan subyektif :

- a. Sakit kepala di daerah frontal
- b. Rasa nyeri di daerah epigastrium
- c. Gangguan mata penglihatan menjadi kabur
- d. Skotoma
- e. Diplopia
- f. Mual dan muntah-muntah
- g. Gangguan serebral

Gejala-gejala ini sering ditemukan pada pre-eklamsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklamsia akan timbul. Tekanan darah pun mmeningkat lebih tinggi, edema menjadi lebih umum, dan proteinuria bertambah banyak (Prawirohardjo, 2007).

6. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan :

1. Gambaran klinik : pertambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan timbul proteinuria.

Gejala subyektif : sakit kepala di daerah frontal, nyeri epigastrium, gangguan visus, penglihatan kabur, skotoma, diplopia, maul dan muntah. Gangguan serebral lainnya : oyong, reflex meningkat, dan tidak tenang.

2. Pemeriksaan : tekanan darah tinggi, reflex meningkat, dan proteinuria pada pemeriksaan laboratorium. (Mochtar, 2007).

7. Komplikasi

Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita pre-eklamsia dan eklamsia. Komplikasi dibawah ini biasanya terjadi pada pre-eklamsia berat dan eklamsia :

1. Solutio placenta

Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada pre-eklamsia.

2. Hemolysis

Penderita dengan pre-eklamsia berat kadang – kadang menunjukkan gejala klinik hemolysis yang dikenal karena icterus, belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel-sel hati atau distruksi sel darah merah. *Nekrosis periportal* hati yang sering ditemukan pada autopsy penderita eklamsia dapat menerangkan icterus tersebut.

3. Perdarahaan otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal eklamsia.

4. Kelainan mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi perdarahan kadang – kadang terjadi pada retina, hal ini merupakan tanda gawat akan terjadinya apopleksia serebri.

5. Nekrosis hati

Nekrosis periportal hati pada pre-eklamsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum. Kelainan diduga khas untuk eklamsia, tetapi ternyata juga

ditemukan pada penyakit lain. Kerusakan sel – sel hati dapat diketahui dengan pemeriksaan faal hati terutama penentuan enzim – enzimnya.

6. Kelainan ginjal

Kelainan ini berupa endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan strukturnya.

Kelainan lain yang dapat timbul adalah anuria sampai gagal ginjal.

7. Komplikasi lain

Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena terjatuh akibat kejang-kejang, pneumonia aspirasi.

8. Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra uterin.

(Prawirohardjo, 2007)

8. Pencegahan

Untuk mencegah terjadinya pre-eklamsia ringan dapat dilakukan nasehat yang berkaitan dengan :

1. Diet makan

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak, kurang garam apabila berat badan bertambah atau oedema. Makan 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 semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan disesuaikan dengan kemampuan. Sebaiknya kalau berbaring kearah punggung anak (janin), sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

3. Pengawasan antenatal

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

Keadaan yang perlu diperhatikan :

1. Uji kemungkinan pre-eklamsia

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

2. Pemeriksaan kondisi janin dalam rahim

- a. Pemantauan tinggi fundus uteri
- b. Pemeriksaan janin : gerak janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban.
- c. Usulkan untuk melakukan pemeriksaan USG dalam keadaan meragukan rujuk segera. (Manuaba, 2008)

9. Penanganan

1. Pre-eklamsia ringan

Jika kehamilan < 37 minggu, lakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan :

- a. Pantau tekanan darah, protein uri, reflex dan kondisi janin
- b. Lebih banyak istirahat

- c. Diet biasa
- d. Tidak perlu diberi obat-obatan
- e. Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat dirumah sakit :
 - a) Diet biasa
 - b) Pantau tekanan darah 2 x sehari, protein uria 1 x sehari
 - c) Tidak perlu obat-obatan
 - d) Tidak perlu diuretic, kecuali jika terdapat edema paru, dekomposisi kordis atau gagal ginjal akut.
 - e) Jika tekanan diastolic turun sampai normal pasien dapat dipulangkan
 - Nasehat untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda pre-eklamsia berat.
 - Kontrol 2 kali seminggu
 - Jika tekanan diastolic naik lagi maka pasien rawat kembali
 - f) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan pasien tetap dirawat
 - g) Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan.
 - h) Jika protein urin meningkat, tangani sebagai pre-eklamsia berat.
 - i) Jika kehamilan > 37 minggu, perkembangan terminasi.
- f. Jika serviks matang, lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 ml dekstrose IV 10 tetes/menit atau dengan prostaglandin.

- g. Jika serviks belum matang, berikan prostaglandin, misoprostol atau kateter folley, atau terminasi kehamilan dengan sectio caesarea.
(Prawirohardjo, 2006)

2. Pre-eklamsia berat dan Eklamsia

Penanganan pre-eklamsia berat dan eklamsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklamsia semua kasus pre-eklamsia berat harus ditangani secara aktif penanganan konservatif tidak dianjurkan karena gejala dan tanda eklamsia seperti hiperrefleksia dan gangguan penglihatan sering tidak sah.

1. Penanganan kejang

- a) Beri obat anti konvulsan
- b) Perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, sedotan, masker oksigen, 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 oksigen 4-6 liter/menit

2. Penanganan umum

- a) Jika diastolic > 110 mmHg, berikan anti hipertensi, sampai tekanan diastolic diantara 90-100 mmhg.
- b) Pasang infus ringer laktat dengan jarum besar (16 gauge atau lebih)
- c) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload.

- d) Kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan protein urin
- e) Jika jumlah urine < 30 ml per jam
 - Infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam
 - Pantau kemungkinan edema paru
- f) Jangan tinggalkan pasien sendirian, kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- g) Observasi tanda-tanda vital, reflex, dan denyut jantung janin setiap jam.
- h) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru, krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika ada edema paru stop pemberian cairan, dan berikan diuretic misalnya furosemide 40 mg IV.
- i) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan darah bedside jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulapat (Prawirohardjo, 2006).

3. Anti konvulsan

Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang yang terjadi yang pada pre-eklamsia dan eklamsia, alternative lain adalah diazepam dengan resiko terjadi depresi neonatal (Prawirohardjo, 2006)

4. Syarat pemberian MgSO₄

- a) antidotum, yakni gluconas calcicus (Calcium glukonat).
- b) Cara pemberian Produksi urin dalam 4 jam terakhir minimal 100 ml (25 – 30 ml/jam)
- c) Reflex patella positif.

d) Frekuensi napas 16 kali/menit, artinya tidak ada depresi pernafasan.

Cara pemberian :

a. Dosis awal

- 1) MgSO₄ 4 gr IV sebagai larutan 20% selama 5 menit
- 2) Segera dilanjutkan dengan pemberian 10 gr larutan MgSO₄ 50%, masing-masing 5 gr dibokong kanan dan kiri secara IM.
- 3) dalam, ditambah 1 ml lignokain 2% pada semprit yang sama, pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO₄.
- 4) Jika kejang berulang setelah 15 menit, berikan MgSO₄ 2 gr (larutan 40%) IV, selama 5 menit.

b. Dosis pemeliharaan

- 1) MgSO₄ 1-2 gr per jam per infus, 15 tetes/menit atau 5 gr MgSO₄ IM tiap 4 jam
- 2) Lanjutkan pemberian MgSO₄ samapi 24 jam pasca persalinan atau kejang berakhir.

c. Sebelum pemberian MgSO₄ periksa :

- 1) Frekuensi pernafasan minimal 16 kali/menit
- 2) Reflex patella (+)
- 3) Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir

d. Berhentikan pemberian MgSO₄, jika :

- 1) Frekuensi pernafasan < 16 kali/menit
- 2) Reflex patella (-)
- 3) Urin < 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir

e. Siapkan antidotum :

Jika terjadi henti nafas : lakukan ventilasi (masker dan balon, ventilator)

Berikan kalsium glukonat 1 gr (20 ml dalam larutan 10 %) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi.

Jika $MgSO_4$ tidak tersedia dapat diberikan diazepam, dengan resiko terjadinya depresi pernafasan neonatal, dosis tunggal diazepam yang menimbulkan depresi pernafasan neonatal. Pemberian secara terus menerus secara intravena meningkatkan resiko depresi pernafasan pada bayi yang sudah mengalami iskemia uteroplasental dan persalinan premature. Pengaruh diazepam dapat berlangsung beberapa hari. Cara pemberian diazepam :

Pemberian intravena :

a) Dosis awal

1 Diazepam 10 mg, IV pelan-pelan selama 2 menit.

Jika kejang berulang ulangi dosis awal.

b) Dosis pemeliharaan

Diazepam 40 mg dalam 500 ml larutan ringer laktat per infus. Depresi pernafasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis > 30 ml/jam jangan berikan > 100 mg/jam

c) Pemberian melalui rectum

- 1) Jika pemberian IV tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per-rectal, dengan dosis awal 20 mg dalam sempit 10 ml tanpa jarum.

- 2) Jika konvulsi tidak teratasi dalam 10 menit, beri tambahan 10 mg/jam atau lebih, bergantung pada berat badan pasien dan respon klinik.

6. Anti hipertensi

- a) Obat pilihan adalah hidralazin, yang diberikan 5 mg IV pelan – pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun.
- b) Jika perlu, pemberian hidralizin dapat diulang setiap jam, atau 12,5 mg IM setiap 2 jam.
- c) Jika hidralizin tidak tersedia, dapat diberikan :
 - 1) Nifedipin 5 mg sublingual, jika respon tidak baik setelah 10 menit beri tambahan 5 mg sublingual.
 - 2) Labetol 10 mg IV, yang jika respon tidak baik setelah 10 menit, berikan lagi labetol 20 mg IV.

7. Persalinan

- a) Pada pre-eklamsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedang pada eklamsia dalam 12 jam sejak gejala eklamsia timbul.
- b) Jika terdapat gawat janin, atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklamsia), lakukan sectio caesarea.
- c) Jika sectio caesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa :
 - Tidak terdapat koagulapati
 - Anastesia yang aman/terpilih adalah anastesia umum jangan lakukan anastesia local, sedang anastesia spinal berhubungan dengan resiko hipotensi.

- d) Jika anastesia umum tidak tersedia, janin mati, aterm terlalu kecil, lakukan persalinan pervaginam.

8 Perawatan post partum

- a) Anti konvulsan diteruskan sampai 24 jam post partum atau kejang terakhir.
- b) Teruskan terapi anti hipertensi jika tekanan diastolic masih > 110 mmHg.
- c) Pantau urin

(Prawirohardjo, 2006)

C. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009)

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009).

2. Prinsip Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College of Nurse Midwife terdiri dari (Saminem, 2010):

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesihatannya.

5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan – tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.(Varney, 1997)

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara berkala, proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu

kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah- langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1. Langkah Pertama. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkahh kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah – langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic lain. Kadang – kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu di sampaikan kepada dokter.

2. Langkah Kedua. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

3. Langkah Ketiga. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah di pencegahan, sambil mengamati klien.

4. Langkah Keempat. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu nifas dengan malaria.

5. Langkah Kelima. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan.

6. Langkah Keenam. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah – langkah tersebut benar – benar terlaksana. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

7. Langkah Ketujuh. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah nomor : 8 tahun 1998 oleh menteri dengan surat keputusan nomor : 78 tahun 1998 pada tanggal 05 Mei 1998 dan selanjutnya diundang-undangkan dengan lembaran daerah propinsi Dati I Irian Jaya : Nomor : 162 tanggal 13 juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu rumah sakit, maka disusul untuk pengisian jabatan structural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu rumah sakit milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang komersial dan memiliki 163 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan, bangsal perinatology, ruang ICU, ruang VIP, dan ruang kelas.

Tercapainya kriteria sebagai rumah sakit tipe C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

Struktur organisasi dan ketenagaan :

a. Struktur organisasi

1) Direktur

- 2) Seksi keperawatan
- 3) Sub bagian
- 4) Sub seksi
- 5) Instansi kebidanan
- 6) Komite medis dan staf medis fungsional

b. Ketenagaan

- 1) Dokter spesialis
- 2) Dokter umum
- 3) Dokter gigi
- 4) Perawat
- 5) Bidan
- 6) Petugas gizi
- 7) Kesehatan lingkungan
- 8) Petugas administrasi
- 9) Petugas kebersihan

2. 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) Menyelenggarakan pendidikan dan penyuluhan
- 6) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- 7) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

3. Gambaran umum ruang bersalin

Instansi kebidanan dibagi dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin. Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun ginekologi obstetric. Ruang bersalin terdiri dari 3 bagian yaitu kamar bersalin, ruang nifas, ruang pra operasi dan post operasi, dan masing – masing ada penanggung jawabnya.

a. Ruang bersalin memiliki 6 kamar rawat inap yang terdiri dari :

- 1) Kamar kelas I, dengan 4 tempat tidur
- 2) Kamar kelas II, dengan 4 tempat tidur
- 3) Kamar kelas III, dengan 13 tempat tidur
- 4) Kamar isolasi, dengan 4 tempat tidur

b. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruang 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.

c. Jumlah tenaga

- 1) Dokter spesialis kebidanan (SpOG) : 4 orang
- 2) Dokter umum : 2 orang
- 3) D III kebidanan : 18 orang
- 4) D III keperawatan : 1 orang
- 5) Bidan A/C : 5 orang

d. Ruang bersalin

1) Tugas dan tanggung jawab

Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang fisiologis maupun patologi, menganamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda – tanda vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan kasus-kasus ginekologi serta partus ginekologi dan partus patologi ke dokter spesialis penanggung jawab VK. Petugas bertanggung jawab menolong pasien yang akan bersalin normal sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN), membantu dokter dalam melakukan tindakan persalinan abnormal/patologi dalam ruang bersalin (VK).

2) Fasilitas pelayanan

- a) 4 buah partus set
- b) 4 buah curetase set
- c) 1 buah vacum set
- d) 1 buah forceps set
- e) 4 buah troli
- f) 4 buah tempat tidur persalinan

- g) 3 tempat tidur ginekologi
- h) 1 buah lampu sorot
- i) Oksigen
- j) Lemari obat-obatan dan alkes
- k) Petunjuk 58 langkah
- l) Tromol-tromol berisi kassa, tampon dan kapas
- m) Ember dengan larutan klorin dan DTT
- n) Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan
- o) Standar infus, infuse set, transfusi set, dan cairan infus
- p) Hecting set 4 buah
- q) Cateter metal dan nelaton serta urine bag
- r) Status pasien obstetric maupun ginekologi
- s) Alat komunikasi dan alat tulis kantor
- t) Alat pemantau tanda-tanda vital seperti tensi meter, thermometer, dan stetoskop
- u) Dopler 2 buah
- v) USG 1 unit
- w) CTG 1 unit
- x) Alat non medis lainnya.

B. KASUS

Manajemen Asuhan Kebidanan Intrapartum pada NY.N Kala I fase Aktif dengan Pre-eklamsia Berat Diruang Bersalin RSUD Abepura

Tanggal pengkajian : 9 – 5 – 2011, jam 13.30 Wit
Tempat : Ruang bersalin RSUD Abepura
Oleh : Mhs. Helena Tabyarop

LANGKAH I. PENGKAJIAN DATA DASAR

A. Data Subyektif

1. Biodata

Nama ibu	: NY.N	Nama suami	: TN. B
Umur	: 40 thn	Umur	: 42 thn
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: PNS
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/ Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Nikah ke	: I	Nikah ke	: I
Lama nikah	: 20 thn	Lama nikah	: 20 thn
Alamat	: Kota raja	Alamat	: Kota raja

2 Data biologis/fisiologis

1. Keluhan utama : Ibu mengatakan sakit diatas simpisis tembus ketulang belakang disertai keluar lendir campur darah dari jalan lahir, kepala pusing, kaki bengkak.
2. Riwayat keluhan utama : Ibu merasa perut bagian bawah sakit dan keluar lendir campur darah sejak tanggal 9 – 5 – 2011, jam 06.00 Wit, kepala pusing sejak 3 hari yang lalu, dan kaki bengkak sejak hamil 7 bulan
3. Riwayat kehamilan sekarang :

G II P I A0

HPHT : 7 – 8 – 2011

TP : 14 – 5 – 2011

ANC : 6 kali, di Puskesmas Kota raja

Imunisasi TT : 2 kali

Pergerakan janin dirasakan ibu : Pada umur kehamilan 5

Bulan.

Cukup bulan menurut ibu : ya

Obat-obatan yang diminum ibu selama hamil : SF dan Kalk

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan			Persalinan			Nifas	Jk	BB	ANAK			
No	Umur kehamlan	Tpt perslnan	Penol ong	Jenis perslnan	peny ulit				Mati	Hidup	Lama ASI	Cara KB
1	Aterm	RS	bidan	spontan	Taa	Baik	L	3100	-	10 thn	2 thn	suntik

5. Riwayat keluarga berencana : Ibu belum pernah ikut KB

6. Riwayat Pola Reproduksi

Menarche umur : 13 tahun

Siklus haid : 28 hari

Durasi : 4-5 hari

Banyaknya : 3 kali ganti pembalut/hari

Sifat darah haid : encer

Bau/warna : amis/merah

Gangguan waktu haid : tidak ada

7. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah diderita : malaria

Riwayat opname : tidak pernah

Riwayat pembedahan : tidak pernah

Penyakit serius yang diderita : tidak ada

8. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada

Penyakit keturunan dalam keluarga : tidak ada

Penyakit menahun dalam keluarga : tidak ada

Riwayat keluarga yang meninggal : tidak ada

Riwayat persalinan kembar : - Pihak suami : tidak ada
- Pihak istri : tidak ada

9. Keadaan Psiko-Sosial

Ibu : Ibu merasa cemas dengan keadaan kehamilannya

Suami : Merasa cemas dengan keadaan istrinya dan mengharapkan proses persalinan dapat berjalan dengan baik.

10. Latar belakang social budaya

Ibu dan suami : ibu dan suami berasal dari suku yang sama, dan mereka dapat beradaptasi dengan lingkungan tempat tinggal.

11 Kegiatan keagamaan : Ibu dan suami penganut agama islam yang taat ibadah 5 waktu.

12. Dukungan dari keluarga : Perhatian dari pihak keluarga ibu dan suami akan keselamatan ibu dan janin sangat besar karena kehamilan ini sangat di harapkan oleh keluarga, hal ini terlihat dari anggota keluarga yang datang berkunjung silih berganti dan memberikan dukungan.

13. Masalah – masalah selama kehamilan sekarang.

Mual dan muntah : tidak ada

Nyeri ulu hati : ada

Perut kembung	: tidak ada
Sakit kepala	: ada
Penglihatan kabur	: tidak ada
Mudah lelah	: ada
Nyeri pinggang	: ada
Obstipasi	: ada
Kram otot/ngilu – ngilu	: ada.

14. Riwayat aktivitas sehari – hari

1. Nutrisi :

Pola makan	: Nasi, sayur, lauk
Frekuensi	: 3 kali sehari
Nafsu makan	: baik
Makanan kesukaan	: semua suka
Makanan pantangan	: tidak ada
Frekuensi minum	: 8 – 10 gelas sehari

2. Kebiasaan mempengaruhi kesehatan

Merokok	: tidak pernah
Obat penenang	: tidak pernah
Minuman keras	: tidak pernah
Jamu / obat tradisional	: tidak pernah

3. Eliminasi BAB :

Frekuensi	: 2 – 3 hari sekali
-----------	---------------------

Bau/warna : Amoniak/kecoklatan

Konsistensi : keras

4. Eliminasi BAK

Frekuensi : 6 – 8 kali sehari

5. Pola tidur dan istirahat

Tidur malam : 7 – 8 jam

Tidur siang : 1- 2 jam

6. Olah raga dan rekreasi : jalan pagi

7. Personal hygiene

Frekuensi mandi : 2 – 3 kali sehari

Pakai sabun mandi : ya

Pakai handuk : ya

Frekuensi sikat gigi : 2 kali sehari

Pakai odol : ya

Frekuensi cuci rambut : 2 kali seminggu

Pakai sampho : ya

Ganti pakaian dalam : 2 kali sehari

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

Ekspresi wajah : tampak kesakitan

Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 170/110 mmHg

Nadi : 88 x/m

Pernafasan : 28 x/m

Suhu badan : 37 °C

Berat badan sebelum hamil : 65 kg

Berat badan : 80 kg

Kenaikan berat badan : 15 kg

Berat badan : 165 cm

LILA : 29 cm

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Inspeksi : kulit kepala bersih

Palpasi : tidak ditemukan kelainan

b. Muka

Oedema : tidak ada

Cloasma gravidarum : tidak ada

c. Mata

Conjunctiva : Merah

Sclera : tidak icterus

Kebersihan : bersih

Penglihatan : jelas

Simetris : ya

d. Hidung

Pengeluaran cairan : tidak ada

Polip : tidak ada

Kebersihan : bersih

e. Mulut dan gigi

Stomatitis : tidak ada

Lidah : bersih

Mukosa mulut : lembab

Caries : tidak ada

Kebersihan : bersih

f. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

g. Dada

Bentuk dada : simetris

Pergerakan dada : sesuai dengan gerakan nafas

h. Payudara

Bentuk : simetris

Kulit tegang : ya

Pembesaran : Ya

Puting susu : menonjol

Areola : hyperpigmentasi

Pengeluaran : colostrum

Kebersihan : bersih

Rasa nyeri : tidak ada

Benjolan / massa : tidak ada

Pembesaran kelenjar aksila : tidak ada

i. Abdomen

Membesar : sesuai dengan umur kehamilan

Striae : livide, alba

Lien/hepar : tidak ada pembesaran

Luka bekas operasi : tidak ada

Nyeri tekan : tidak ada

j. Tungkai bawah

Simetris : ya

Oedema : ya +/+

Reflex patella : +/+

k. Vulva/vagina

Keadaan vulva/vagina : tidak ada kelainan

Varices : tidak ada

Pengeluaran : lendir bercampur darah

12 Pemeriksaan obstetric

a. Palpasi secara Leopold

Leopold I : tinggi fundus uteri 30 cm, teraba bokong

Leopold II : letak memanjang punggung kanan

Leopold III : bagian terendah kepala

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP, 3/5 bagian

b. HIS

Frekuensi : 3 x dalam 10 menit

Durasi : lebih dari 40 detik

Kekuatan : kuat

Relaksasi : ada

c. Tafsiran berat badan janin : $30 - 12 \times 155 = 2790$

d. Auskultasi

Denyut jantung janin : 140 kali/menit

Irama : teratur

e. Pemeriksaan dalam : tanggal 9 – 5 – 2011, jam 13.35 Wit

Oleh mahasiswa : Helena Tabyarop

Vulva / vagina : tidak ada kelainan

Portio : tipis, lunak

Pembukaan : 6 cm

Ketuban : utuh dan menonjol

Presentasi : kepala

Petunjuk : UUK kanan depan

Penurunan bagian rendah : 3/5 bagian

Pengeluaran : lendir campur darah

Kesan panggul : luas

4. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

a. urine

Protein : Positif (++)

Reduksi : Negatif (-)

b. Darah

HB : 12 gr%

Golongan darah : B

DDR : Negatif (-)

Leukosit : 10.500/mm²

Trombosit : 130 ribu

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 40 tahun, G II P I A 0, umur kehamilan 39 - 40 minggu,

inpartu kala I fase aktif dengan pre-eklamsia berat.

Janin intra uteri, tunggal, hidup, presentase kepala, normal.

Dasar :

DS :

- 1 Ibu umur 40 tahun
- 2 GII PI A0
- 3 HPHT : 7 – 8 – 2010, TP : 14 – 5 - 2011
- 4 Ibu mengatakan rasa sakit diatas simpis tebus sampai tulang belakang, disertai keluar lendir campur darah dari jalan lahir.

DO :

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. Tanda – tanda vital :
 - Tekanan darah : 170/110mmHg
 - Nadi : 88 x/menit
 - Pernafasan : 28 x/menit
 - Suhu badan : 37 °C
2. Palpasi leopold :
 - Leopold I : Tinggi fundus uteri 30 cm, teraba bokong
 - Leopold II : letak memanjang, punggung kanan
 - Leopold III : bagian terendah kepala
 - Leopold IV : 3/5 bagian
3. Auskultasi : DJJ (+), 140 kali/menit, jelas dan teratur
4. Pemeriksaan dalam :

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 13.35 Wit, oleh Mhs Helena Tabyarop.

 - Vulva/vagina : tidak ada kelainan
 - Portio : tipis, lunak
 - Pembukaan : 6 cm
 - Ketuban : Utuh dan menonjol
 - Presentase : kepala
 - Petunjuk : UUK kanan depan
 - Penurunan : 3/5

Kesan pangual : luas

Tungkai bawah : oedema +/-

Pemeriksaan urine : protein (++)

LANGKAH III. MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi eklamsia
2. Potensial terjadi Solutio plasenta
3. Potensial terjadi gawat janin

Dasar : TD 170/110 mmHg, Protein urine (++) , Oedema tungkai (++)

LANGKAH IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk terapi, advis dokter :

1. Infus RL + MgSO₄ 40% 30cc dengan kecepatan 15 tetes per menit
2. Bolus MgSO₄ 40%, 10 cc diencerkan dengan 10 cc RL diberikan perlahan – lahan selama 15 menit.
3. Nifedipin 5 mg, 1 tablet dibawah lidah
4. Injeksi Ceftriaxone 1 gr, skin test dulu.
5. Pasang dower kateter
6. Periksa laboratorium cek DL, UL
7. Kolaborasi petugas gizi untuk pemberian diet makanan

LANGKAH V . RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Beritahu ibu tentang kondisinya
2. Observasi keadaan umum ibu dan TTV tiap 1 jam
3. Observasi His dan BJA tiap 30 menit
4. Beri dukungan moril serta pendampingan
5. Ajarkan relaksasi pernafasan diluar his
6. Kolaborasi dokter untuk pemberian terapi, advis dokter :
 - a. Pasang infus *RL + MgSO4 40% 30 cc* dengan kecepatan 15 tetes/menit
 - b. Bolus *MgSO4 40% 10 cc* diencerkan dengan 10 cc *RL* diberikan secara perlahan – lahan selama 15menit.
 - c. Nifedipin 5 mg, 1 tablet dibawah lidah
 - d. Injeksi ceftriaksone 1 gr, skin test dulu
7. Pasang dower kateter
8. Berikan nutrisi dengan diet makanan tinggi proptein, rendah garam, rendah lemak dan karbohidrat.
9. Lakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam atau apabila ada indikasi
10. Siapkan partus set dan obat uterotonika
11. Lakukan tehnik septik dan anti septik setiap akan melakukan tindakan
12. Atur posisi tidur miring kiri
13. Siapkan pakaian ibu dan bayi serta atribut penolong
14. Siapkan larutan klorin 0,5% dan air DTT
15. Beritahukan keruang perinatology untuk penanganan bayi.

LANGKAH VI : PELAKSANAAN ASUHAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011 Jam : 13.40 Wit

1. Memberitahu ibu tentang kondisinya
2. Mengobservasi keadaan umum ibu dan TTV tiap jam
3. Observasi His dan BJA tiap 30 menit
4. Memberi dukungan moril serta pendampingan
5. Mengajarkan relaksasi pernafasan diluar his
6. Melaksanakan advis dokter :
 - a. Jam 13. 42 wit memasang infus *RL + MgSO4 40% 30 cc* dengan kecepatan 15 tetes/menit
 - b. Jam 13. 45 wit memberikan bolus *MgSO4 40% 10 cc* diencerkan dengan 10 cc RL diberikan secara perlahan – lahan selama 15menit.
 - c. Jam 13. 50 wit Nifedipin 5 mg, 1 tablet dibawah lidah
 - d. Jam 14.00 wit skin test ceftriaxone, jam 14.05 memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr IV
 - e. Jam 14. 02 wit memasang dower kateter
- 7 Memberikan nutrisi dengan diet makanan tinggi proptein, rendah garam, rendah lemak dan karbohidrat.
- 8 Melakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam atau apabila ada indikasi
- 9 Menyiapkan partus set dan obat uterotonika
- 10 Melakukan tehnik septik dan anti septik setiap akan melakukan tindakan
- 11 Mengatur posisi tidur miring kiri
- 12 Menyiapkan pakaian ibu dan bayi serta atribut penolong

- 13 Menyiapkan larutan klorin 0,5% dan air DTT
- 14 Memberitahukan keruang perinatology untuk penanganan bayi.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 9 – 5 – 2011 Jam : 15.00 wit

1. TTV : TD 160/100 mmHg, ND 88 x/menit, RR 28 x/menit, SB 36 ° C.
2. Telah terpasang infus *RL + MgSO4 40% 30 cc*, dengan kecepatan 15 tetes/menit, menetes baik, telah diberikan bolus *MgSO4 40% 10 cc* yang telah diencerkan dengan cairan RL 10 cc secara IV, telah diberikan nifedipin 5 mg sublingual, telah diberikan injeksi ceftriaxone 1 gr IV setelah skin test negative.
3. His 5 kali dalam 10 menit, lamanya 50 detik, DJJ 140 kali/menit, jelas dan teratur
4. Telah terpasang dower kateter
5. Ibu didampingi oleh keluarga (adik)
6. Ibu sudah bisa melakukan relaksasi pernafasan
7. Ibu sudah makan dengan diet tinggi protein, rendah garam, rendah lemak dan karbohidrat.
8. Pemeriksaan dalam

tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.35 wit, oleh mhs Helena Tabyarop, hasil :

Vulva/vagina	: tidak ada kelainan
Portio	: tidak teraba
Pembukaan	: lengkap (10 cm)
Ketuban	: utuh, menonjol
Penurunan	: 1/5

Presentase kepala

Penunjuk : UUK kanan depan

Pengeluaran : lendir campur darah

Kesan panggu : luas

9. Partus set dan obat uterotonika telah siap

10. Ibu sudah tidur miring kiri

11. Pakaian ibu dan bayi telah siap

12. Larutan klorin dan air DTT telah disiapkan

13. Petugas perinatology telah diberitahu.

Manajemen Asuhan kebidanan Pada Intrapartum
Pada Ny. N. Kala II Dengan Pre-eklamsia Berat
Diruang Bersalin RSUD Abepura

LANGKAH I. PENGKAJIAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 17.40 wit

DS :

1. Ibu mengatakan sakit semakin sering dan kuat
2. Ibu merasa ingin buang air besar
3. Ibu ingin mendedan

DO :

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. TTV :
 - TD : 160/100 mmHg
 - Nadi : 88 x/m
 - Pernafasan : 28 x/m
 - Suhu badan : 37°C
4. Terpasang infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc, dengan kecepatan 15 tetes per menit
5. His
 - Frekuensi : 5 kali dalam 10 menit
 - Durasi : 50 detik

- Kekuatan : kuat
- Interval : 2 – 3 menit
- Relaksasi : ada
6. DJJ : 140 kali/menit, jelas dan teratur
7. Pengeluaran lendir semakin banyak
8. Pemeriksaan dalam tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.35 wit
- Vulva/vagina : tidak ada kelainan
- Portio : tidak teraba
- Pembukaan : lengkap (10 cm)
- Ketuban : utuh, menonjol
- Penurunan : 1/5 bagian
- Presentase : kepala
- Petunjuk : UUK kanan depan
9. Dower kateter masih terpasang.

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 40 tahun, GII PI A0, partus kala II dengan pre-eklamsia berat.

Janin intrauteri, tunggal, hidup, presentase kepala, normal

Dasar :

DS :

1. Ibu mengatakan sakit semakin sering dan kuat
2. Ibu merasa ingin buang air besar

3. Ibu ingin mendedan

DO :

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. TTV :
 - TD : 160/100 mmHg
 - Nadi : 88 x/m
 - Pernafasan : 28 x/m
 - Suhu badan : 37°C
4. Terpasang infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc, dengan kecepatan 15 tetes per menit
5. His
 - Frekuensi : 5 kali dalam 10 menit
 - Durasi : 50 detik
 - Kekuatan : kuat
 - Interval : 2 – 3 menit
 - Relaksasi : ada
6. DJJ : 140 kali/menit, jelas dan teratur
7. Pengeluaran lendir semakin banyak
8. Pemeriksaan dalam tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.35 wit
 - Vulva/vagina : tidak ada kelainan
 - Portio : tidak teraba
 - Pembukaan : lengkap (10 cm)
 - Ketuban : utuh, menonjol

Penurunan : 1/5 bagian

Presentase : kepala

Petunjuk : UUK kanan depan

9. Dower kateter masih terpasang.

LANGKAH III . DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadi eklamsia
2. Potensial terjadi solutio plasenta
3. Potensial terjadi gawat janin

LANGKAH IV . TINDAKAN SEGERA

1. Kolaborasi dokter
2. Persiapan penolong untuk memimpin persalinan
3. Kolaborasi dengan petugas perinatology untuk penanganan bayi baru lahir

LANGKAH V. RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Siapkan pasien, alat dan penolong
2. Informasikan pada ibu hasil pemeriksaan terakhir
3. Hadirkan orang terdekat
4. Atur posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu yang lebih nyaman
5. Lakukan tindakan dengan mengacu pada tehnik septik dan antiseptic
6. Kolaborasi dokter, lanjutkan terapi, pimpin mendedan bila ada his mendedan
7. Pecahkan selaput ketuban

8. Pimpin mendedan bila ada his
9. Berikan minum ibu diluar his
10. Observasi his dan DJJ tiap 15 menit
11. Observasi keadaan umum dan kesadaran ibu
12. Tolong persalinan dengan asuhan persalinan normal :
 - a) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu
 - b) Letakkan underpet dibawah bokong ibu
 - c) Pimpin ibu mendedan saat ada his
 - d) Tahan perineum dengan tangan kanan saat kepala bayi mencapai diameter 5 – 6 cm dan tangan kiri menahan kepala bayi saat kepala defleksi.
 - e) Lahirkan kepala bayi dan usap muka bayi dengan kassa streril
 - f) Periksa lilitan tali pusat
 - g) Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar
 - h) Cekap kepala secara biparietal untuk melahirkan bahu depan dan bahu belakang
 - i) Lahirkan badan bayi dengan sangga susur
 - j) Letakkan bayi diatas perut ibu, dibungkus dengan kain, ganti kain, jepit tali pusat, potong dan ikat.
 - k) Serahkan bayi pada petugas perinatology.
13. Observasi keadaan umum ibu.

LANGKAH VI. PELAKSANAAN TINDAKAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam : 17.37 wit

1. Menyiapkan pasien, alat didekatkan dan penolong mencuci tangan serta memakai sarung tangan.
2. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan terakhir
3. Menghadirkan orang terdekat
4. Mengatur posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu yang lebih nyaman
5. Melakukan tindakan dengan mengacu pada tehnik septik dan antiseptic
6. Melakukan kolaborasi dokter, lanjutkan terapi, pimpin mendedan bila ada his mendedan
7. Memecahkan selaput ketuban jam 17.40, warna putih keruh, volume ketuban cukup.
8. Memimpin mendedan bila ada his yang adekuat
9. Memberikan minum ibu diluar his
10. Mengobservasi his dan DJJ tiap 15 menit
11. Mengobservasi keadaan umum dan kesadaran ibu
12. Menolong persalinan dengan asuhan persalinan normal :
 - a) Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu
 - b) Meletakkan underpet dibawah bokong ibu
 - c) Memimpin ibu mendedan saat ada his yang adekuat, nampak vulva dan anus membuka, hingga kepala bayi nampak di depan vulva

- d) Menahan perineum dengan tangan kanan saat kepala bayi mencapai diameter 5 – 6 cm dan tangan kiri menahan kepala bayi saat kepala defleksi.
- e) Melahirkan kepala bayi dan usap muka bayi dengan kassa stereril
- f) Memeriksa lilitan tali pusat, dan ternyata tidak ada lilitan
- g) Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar
- h) Mencekap kepala secara biparietal untuk melahirkan bahu depan dan bahu belakang
- i) Melahirkan badan bayi dengan sangga susur
- j) Jam 17.50 wit bayi lahir spontan, letak belakang kepala, tidak langsung menangis, jenis kelamin laki – laki.
- k) Menilai bayi dan meletakkan bayi diatas perut ibu, lalu dibungkus dan di keringkan dengan kain, kemudian ganti kain yang kering dan bersih, jepit tali pusat, potong dan ikat.
- l) Menyerahkan bayi pada petugas perinatology.

13. Mengobservasi keadaan umum ibu.

LANGKAH VII. EVALUASI

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam : 17.43 wit.

- 1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran cm
- 2. TTV : TD : 150/100 mmHg, ND : 88 x/m, RR : 28 x/m, SB : 37°C
- 3. Sudah dilakukan amniotomi, warna air ketuban putih keruh, volume $\pm$ 500 cc.

4. Tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.50 wit, bayi lahir spontan pervaginam dengan letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki, hidup, AS 7/8, cacat tidak ada, kulit tampak kemerahan, caput tidak ada, BB 2800 gram, PB 48 cm.
5. Pusing sudah tidak ada
6. Ibu sudah minum teh manis satu gelas
7. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc dengan kecepatan 15 tetes per menit masih menetes dengan baik.
8. Dower kateter masih terpasang, jumlah urine 300 cc
9. Ibu merasa gembira karena anaknya sudah lahir dengan selamat.

Manajemen Asuhan Kebidanan Intrapartum

Ny. N Kala III Dengan Pre-eklamsia Berat

Diruang Bersalin RSUD Abepura

LANGKAH I :PENGKAJIAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 17.45 wit

DS : Ibu mengatakan perut bagian bawah terasa mules

DO :

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Tanda – tanda Vital :

Tekanan darah : 150/100 mmHg

Nadi : 88 x/m

Pernafasan : 28 x/m

Suhu badan : 37°C

4. Tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.40 wit, bayi lahir spontan, letak belakang kepala, jenis laki – laki, hidup, AS 7/8, BB 2800 gram, PB 48 cm.
5. Palpasi :
Tinggi fundus uteri : setinggi pusat
Kontraksi uterus : baik
6. Plasenta belum lahir, tampak tali pusat menjulur di depan vulva.

LANGKAH II.INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 40 tahun, P II, A 0, partus kala III dengan pre-eklamsia berat.

Dasar :

DS : ibu mengatakan perut bagian bawah mules

DO :

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Tanda – tanda Vital :

Tekanan darah	: 150/100 mmHg
Nadi	: 88 x/m
Pernafasan	: 28 x/m
Suhu badan	: 37°C
4. Tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.40 wit, bayi lahir spontan, letak belakang kepala, jenis laki – laki, hidup, AS 7/8, BB 2800 gram, PB 48 cm.
5. Palpasi :

Tinggi fundus uteri	: setinggi pusat
Kontraksi uterus	: baik
6. Plasenta belum lahir, tampak tali pusat menjulur di depan vulva.

LANGKAH III. DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadi retensio plasenta
2. Potensial terjadi perdarahan post partum
3. Potensial terjadi eklamsia

Dasar : Tekanan darah 150/100 mmHg, plasenta belum lepas dari dinding rahim.

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

1. Injeksi oksitosin 10 unit IM
2. Lakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Lakukan masase uterus

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Cek fundus uteri untuk mengetahui apakah ada bayi kedua atau tidak
2. Beritahu ibu bahwa ia akan segera disuntik
3. Berikan injeksi oksitosin 10 unit IM
4. Lakukan PTT untuk melahirkan plasenta
5. Lakukan masase uterus
6. Periksa robekan jalan lahir
7. Periksa kelengkapan plasenta dan selaput
8. Cek kontraksi, ajari ibu cara melakukan masase uterus
9. Observasi Keadaan umum ibu, TTV, dan urine
10. Beri ibu minum
11. Ukur dan catat jumlah perdarahan.
12. Observasi tetesan infus

LANGKAH VI. PELAKSANAAN TINDAKAN

Tanggal 9 – 5 – 2011, jam 17.55 wit

1. Mengecek fundus uteri ternyata tidak ada janin kedua
2. Memberitahu ibu bahwa ia akan segera disuntik untuk membantu pelepasan plasenta dan mencegah terjadinya perdarahan setelah melahirkan.
3. Memberikan injeksi oksitosin 10 unit IM jam 17.52 wit
4. Melakukan PTT untuk melahirkan plasenta, dengan cara :
 - a) Pindahkan klem 10 cm di depan vulva, pada saat ada kontraksi tangan kanan menegangkan tali pusat, tangan kiri secara dorso kranial menekan diatas simpisis.
 - b) Setelah plasenta nampak didepan vulva, tangkap dan putar searah jarum jam sehingga plasenta lahir lengkap dengan selaputnya.
 - c) Jam 17.55 wit, plasenta lahir spontan
5. Melakukan masase uterus selama 15 detik
6. Memeriksa robekan jalan lahir, dan perineum utuh
7. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput, kotiledon lengkap, selaput utuh
8. Mengecek kontraksi, meng ajari ibu cara melakukan masase uterus
9. Mengobservasi Ku ibu, TTV, dan urine
10. Memberi ibu minum susu hangat satu gelas
11. Mengukur dan mencatat jumlah perdarahan.
12. Mengobservasi tetesan infus

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 17.58 wit

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis
2. Tidak ada robekan jalan lahir, perineum utuh
3. Jam 17.55 wit, plasenta lahir spontan dan lengkap dengan ukuran :
Diameter : 17 x 17 x 2 cm
Panjang tali pusat: 45 cm
Insersi : marginalis
Kotiledon : 20 buah, selaput utuh
Berat : $\pm$ 450 gram
4. Kontraksi uterus baik
5. Tanda –tanda vital :
Tekanan darah : 150/100 mmHg
Nadi : 88 x/m
Pernafasan : 28 x/m
Suhu badan : 37,5°C
6. Ibu sudah minum susu satu gelas
7. Jumlah perdarahan 100 cc
8. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc masih terpasang, menetes dengan baik dengan kecepatan 15 tetes/menit.

**Manajemen Asuhan Kebidanan Intrapartum
Pada NY. N Kala IV Dengan Pre-eklamsia Berat
Diruang Bersalin RSUD Abepura**

LANGKAH I : PENGKAJIAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 18.00 wit

DS :

1. Ibu mengatakan perut masih mules
2. Ibu mengatakan merasa lega karena bayi dan ari-ari sudah lahir.

DO :

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

2. TTV :

Tekanan darah : 150/100mmHg

Nadi : 88 x/m

Pernafasan : 28 x/m

Suhu badan : 37 °C

3. Plasenta lahir spontan lengkap dengan selaput dan kotiledonnya.
4. Palpasi : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik
5. Perineum utuh
6. Jumlah perdarahan 100 cc
7. Kateter masih terpasang
8. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc, masih terpasang dengan kecepatan 15 tetes/menit.

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 40 tahun, P II A 0, partus kala IV, dengan preeklamsia berat

Dasar :

DS :

1. Ibu mengatakan perut masih mules
2. Ibu mengatakan merasa lega karena bayi dan ari-ari sudah lahir.

DO :

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

2. TTV :

Tekanan darah : 150/100mmHg

Nadi : 88 x/m

Pernafasan : 28 x/m

Suhu badan : 37 °C

3. Plasenta lahir spontan lengkap dengan selaput dan kotiledonnya.
4. Palpasi : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik
5. Perineum utuh
6. Jumlah perdarahan 100 cc
7. Kateter masih terpasang
8. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc, masih terpasang dengan kecepatan 15 tetes/menit.
9. Kateter masih terpasang
10. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc, masih terpasang dengan kecepatan 15 tetes/menit.

LANGKAH III : DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadi perdarahan post partum
2. Potensial terjadi eklamsia

Dasar : Ibu partus dengan pre-eklamsia berat

LANGKAH IV : TINDAKAN ANTISIPASI

1. Observasi TTV
2. Observasi kontraksi uterus dan perdarahan
3. Pantau urine

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Bersihkan ibu dan lingkungan sekitar ibu
2. Lengkapi ibu dengan pembalut dan pakaian bersih
3. Observasi keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, urine, tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
4. Ajarkan ibu cara menilai kontraksi dan cara melakukan masase
5. Beri ibu makan dan minum
6. Anjurkan ibu untuk istirahat
7. Dekontaminasi alat – alat bekas pakai dalam larutan klorin selama 10 menit, cuci, bilas, keringkan dan disterilkan
8. Pantau cairan infus
9. Berikan KIE tentang KB, personal hygiene, mobilisasi, ASI eksklusif.

10. Dokumentasikan hasil kegiatan

LANGKAH VI : PELAKSANAAN TINDAKAN

Tanggal : 9 – 5 – 2011, jam 18.30 wit

1. Bersihkan ibu dan lingkungan sekitar ibu
2. Lengkapi ibu dengan pembalut dan pakaian bersih
3. Observasi keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, urine, tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
4. Ajarkan ibu cara menilai kontraksi dan cara melakukan masase
5. Beri ibu makan dan minum
6. Anjurkan ibu untuk istirahat
7. Dekontaminasi alat – alat bekas pakai dalam larutan klorin selama 10 menit, cuci, bilas, keringkan dan disterilkan
8. Pantau cairan infus
9. Berikan KIE tentang KB, personal hygiene, mobilisasi, ASI eksklusif.
10. Dokumentasikan hasil kegiatan

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 9 – 5 – 201, jam 19.00 wit

1. Ibu sudah dibersihkan dan dilengkapi dengan pakaian
2. Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis
3. Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Nadi : 86 x/m

Pernafasan : 24 x/m

Suhu badan : 37°C

4. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan 100 cc
5. Jumlah urine 100 cc
6. Infus RL + MgSO₄ 40% 30 cc masih terpasang dan menetes dengan kecepatan 15 tetes/menit
7. Ibu sudah makan dan minum
8. Ibu masih diobservasi di ruang bersalin (VK)

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam penulisan ini metode yang dipergunakan menurut Varney, untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien, dengan langkah – langkah sebagai berikut : Pengkajian merupakan tahap pengumpulan data, dengan cara anamnesa/wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Kemudian menentukan diagnose, masalah potensial, tindakan segera, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan dan evaluasi hasil tindakan.

Kasus yang diambil adalah Ny. N, umur tahun, G II P I A 0, umur kehamilan 39-40 minggu, inpartu dengan pre-eklamsia berat. Kasus penulis ambil di Ruang bersalin RSUD Abepura. Dari hasil pengkajian diperoleh data sebagai berikut : Ibu umur 40 tahun, G II P I A 0, HPHT 7 – 8 – 2010, TP 14 – 5 – 2011, ibu mengatakan sakit di atas simpis tembus sampai ke tulang belakang, disertai pengeluaran lendir campur darah dari jalan lahir. Ibu juga mengatakan kepala pusing dan kaki bengkak. Hasil pemeriksaan fisik , tanda – tanda vital : Tekanan darah : 170/110 mmhg, nadi : 88 x/m, respirasi : 28 x/m, suhu badan : 37° C. Hasil pemeriksaan laboratorium : Darah : DDR (-), Hb 12 gr%, leukosit 10.500 mm³, trombosit 130 ribu.

Berdasarkan teori penanganan pre-eklamsia berat adalah pemberian anti hipertensi, dapat diberikan nifedipin 5 mg sub lingual, jika respon tidak baik setelah 10 menit bei tambahan 5 mg sub lingual lagi. Pemberian anti

konvulsan untuk mencegah kejang, dapat diberikan *MgSO₄ 40 % 30 cc* dalam cairan RL 500 cc dengan kecepatan 15 tetes/menit, bolus *MgSO₄ 40% 10 cc* diencerkan dengan cairan RL 10 cc secara intravena. Pasang dower kateter untuk memantau produksi urin selama pemberian terapi *MgSO₄*, observasi tanda – tanda vital, reflex patella, dan denyut jantung janin. Persalinan pada pre-eklamsia berat harus terjadi dalam 24 jam

Berdasarkan diagnose actual yang penulis tegakkan, maka penulis menentukan diagnose potensial yaitu potensial terjadinya eklamsia, solutio plasenta dan gawat janin. Tindakan segera yang penulis lakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi diberi, serta rencana asuhan kebidanan yang dibuat yaitu : pada kala I instruksi dokter pasang infus *RL + MgSO₄ 30 cc* dengan kecepatan 15 tetes/menit, nifedipin 5 mg sub lingual, bolus *MgSO₄ 40% 10 cc* yang diencerkan 10 cc RL secara intravena, injeksi ceftriaxone 1 gr I.V (skintest dulu), observasi keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD 160/100 mmHg, Nadi : 88 x/m, pernafasan : 28 x/m, suhu badan : 37°C, his kuat dan teratur (5 x dalam 10 menit), DJJ 140 x/m, jelas dan teratur, berikan support dan dukungan moril, anjurkan ibu tidur posisi miring kiri, ajarkan ibu tehnik relaksasi pernafasan diluar his, makan/minum, lakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam atau bila ada indikasi, siapkan perlengkapan ibu, bayi, alat – alat dan obat uterotonika, pada kala II (penolong memakai alat pelindung diri, cuci tangan, pakai sarung tangan, pimpin ibu mengedan bila ada his yang adekuat dan

observasi cairan infus, bantu persalinan sesuai APN hingga bayi lahir), pada kala III (melakukan manajemen aktif kala III), pada kala IV (observasi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital, nilai kandung kemih, kontraksi uterus dan perdarahan).

Dalam penanganan inpartu dengan pre-eklamsia berat di Ruang Bersalin RSUD Abepura tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dilapangan. Sehingga diagnosa potensial tidak menjadi actual dan ibu dapat melahirkan secara spontan pervaginam dan tidak melebihi 24 jam. Keluhan pusing sudah berkurang, keadaan umum baik, tanda – tanda vital 140/90 mmHg, nadi 86 x/m, pernafasan 24 x/m, suhu badan 37°C pada 2 jam post partum dan perawatan selanjutnya merupakan perawatan masa nifas.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, edema dan protein urin yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke 3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya.

Penyebab penyaakit ini sampai sekarang belum diketahui dengan pasti, namun ada banyak teori – teori yang dikemukakan oleh para ahli guna mencoba menerangkan penyebabnya, oleh karena itu pre-eklamsia juga disebut penyakit teori, tetapi belum ada yang memberikan jawaban yang memuaskan.

Pasien Ibu inpartu dengan pre-eklamsia berat yang penulis ambil di Ruang Bersalin RSUD Abepura setelah dilakukan asuhan kebidanan menurut Varney dan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi maka pasien mengalami perubahan yang lebih baik, hal ini dapat dilihat dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital tekanan darah ibu dapat menurun, ibu dapat melahirkan secara spontan pervagina dan tidak melebihi 24 jam, selain itu diagnose potensial tidak menjadi actual. Hal ini terjadi berkat kerjasama antara pasien, penulis, petugas dan dokter spesialis yang ada di Ruang Bersalin RSUD Abepura.

B. SARAN

1. Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.

Untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal terhadap pasien, perlu adanya penambahan petugas di Ruang Bersalin RSUD Abepura karena adanya ketidak seimbangan antara jumlah petugas dengan jumlah pasien yang ada setiap hari.

2. Institusi Poltekes Jayapura

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

3 Klien

Dianjurkan agar klien dapat memeriksakan kehamilan secara teratur sehingga masalah – masalah yang timbul dapat terdeteksi sedini mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat. M, 2006, *Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi*, EGC, Jakarta
- Manuaba, I.G 2008, *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Cetakan I, EGC. Jakarta.
- Mochtar. R, 2007, *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologis*, Jilid I, Edisi II, EGC. Jakarta
- Prawirohardjo S, (2006) – *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi Pertama, Editor : JBP – SP, Jakarta
-(2006) – *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi Pertama, Editor : Abdul Bari Saifuddin, Jakarta.
-(2007) – *Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga*, cetakan IX, Editor : Abdul Bari Saifuddin, Jakarta.
- Soepardan, (2008), *Konsep Kebidanan*, Cetakan I, EGC. Jakarta
- Suminem, 2010, *Dokumentasi Asuhan Kebidanan, Konsep dan Praktik*, EGC. Jakarta.
- Yulianti D. 2006, *Buku Saku Manajemen Komplikasi Kehamilan dan Persalinan*, EGC. Jakarta
- (<http://clinicalupdate>, 2010)

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

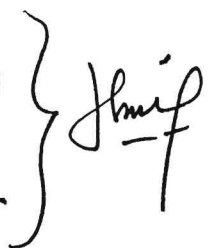
Nama : Helena Tabyarop
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 087
Judul KTI: : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Pre- eklamsia Berat di Rumah Sakit Umum Abepura
Pembimbing I : Heni Voni Rerey, SKM, MPH
Pembimbing II : Muji Lestari, S.ST

No	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Tanda tangan dosen	Keterangan
7/11 7	Bab III	perbaiki pengaturan penulisan di 1/2 spes. magin 4/4/4/3.		Jr
8/11 7	Bab II	perbaiki sesuai dengan anjuran - pengaturan penulisan		Jr
13/11 7	Bab III	perbaiki sesuai ke pembimbing I. perbaiki sesuai anjuran pengaturan penulisan		Jr
15/11 7	Bab III	perbaiki sesuai ke pembimbing I.		Jr
22/11 7	Bab IV Bab V	perbaiki penulisan sesuai anjuran		Jr

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Helena Tabyarop
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 087
Judul KTI: : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Pre- eklamsia Berat di Rumah Sakit Umum Abepura
Pembimbing I : Heni Voni Rerey, SKM, MPH
Pembimbing II : Muji Lestari, S.ST

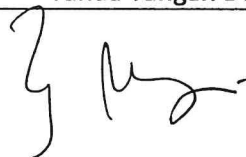
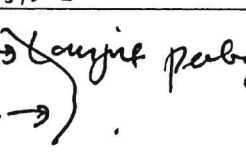
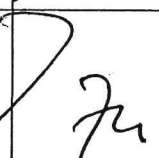
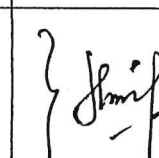
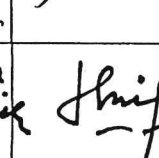
No	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Tanda tangan dosen	Keterangan
26/7	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	Lanjut konsul ke pembimbing I.		
26/7	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	Pembahasan sesuai dg Teori dan praktek di sesuaikan dg pembahasan		

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEHNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

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

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEHNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Helena Tabyarop
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 087
Judul KTI : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Pre-eklamsia Berat di RSUD Abepura
Pembimbing I : Heni Vony Rerey, SKM, MPH
Pembimbing II : Muji Lestari, S.ST

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Dosen	Keterangan
20/6/11	1. Bab I → perbaikan 2. Bab II → perbaikan 3. Buat Daftar Isi 4. Buat Daftar pustaka		
1/7/11	1. Bab I → Acc → lanjut paragraf I 2. Bab II → Acc →		
5/7/11	Bab I Bab II Daftar pustaka	acc Teori persalinan - in persalinan - judul huruf miring dibitukkan	
6/7-2011	Bab II Daftar pustaka	Perhatikan akhir Sebelumnya petunjuk Konsul Bab III + IV	

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III ANGKATAN 2010/2011
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Helena Tabyarop
Nim : PO. 71. 24. 4. 09. 087
Judul KTI: : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Pre- eklamsia Berat di Rumah Sakit Umum Abepura
Pembimbing I : Heni Voni Rerey, SKM, MPH
Pembimbing II : Muji Lestari, S.ST

No	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Tanda tangan dosen	Keterangan
26/7	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	Langut konsul ke pembimbing I.	Jur.	
26/7	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u> Bab :	Pembahasan sesuai dg Teori dan praktek di sesuaikan dg pembahasan	Jhuf	
16/7	2011 <u>IV</u> <u>V</u>	Pembahasan sesuai dgn teori dan	Jhuf	
	Bab <u>I - V</u>	Praktek acc ujian	Jhuf	