

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN MALARIA TERTIANA DI PUSKESMAS SENTANI

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura*



OLEH :

MARSELINA T. LAMANEP
NIM.PO.71.24.4.08.085

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
Dengan Malaria Tertiana Di Puskesmas Sentani

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

Jayapura, 27 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya kebidanan pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 16 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

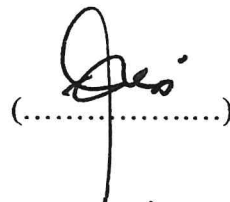
SEKRETARIS



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes
NIP. 19550924 197812 2 002


(.....)

2. Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003


(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Aku takkan menyerah pada apapun juga sebelum kucoba semua yang ku bisa, tetapi ku berserah kepada kehendakMu, hatiku percaya Tuhan punya rencana

(Alin, 2011)

Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus yang selalu membimbingku di setiap waktu hingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Ayahandaku (Marselinus Lamanepa) dan Bundaku (Maria Klemensia) yang tercinta dan yang selalu mendukungku dalam doa dan bantuan moril serta materiil yang diberikan dalam menggapai cita – citaku.
3. Adik – adikku tersayang (Melkison Mehan Lamanepa, Simon Sanga Lamanepa) yang selalu menghiburku dan mendukungku.
4. Paciku (Abi Pipiana dan Wely Walloni) dan Maciku (Yuli dan Tanti) atas dukungan dalam doa serta nasehat – nasehat dan bantuan moril dalam menggapai cita – citaku.
5. Keluarga besar di Adonara, Maumere, dan Merauke yang selalu memberikan motivasi, nasehat dan dukungannya.
6. Yang terkasih dan Menyayangiku (Ories Wea) yang selalu setia memberikan motivasi, mendampingi dalam hal tesulit maupun senang dan menunggu hingga Aku menyelesaikan perkuliahanku.
7. Rekan – rekan Mahasiswa Jurusan kebidanan angkatan 2008, dan sahabatku (Eka Nurwidjayanti, Ninik, Nurhadijah, Nurlita) yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
8. Almamaterku Politeknik Kesehatan Jayapura yang kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan rahmat-Nya yang telah dilimpahkan kepada Penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya dengan judul "Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Malaria Tertiana Di Puskesmas Sentani"

Penulis menyadari tanpa bantuan, bimbingan, petunjuk serta dukungan dari pihak – pihak terkait, Penulisan KTI ini tidak dapat terselesaikan tepat pada waktunya, karena itu dengan segala kerendahan hati, Penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., M.Sc, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk mengikuti pendidikan,
2. Heni Voni Rerey, SKM., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
3. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku pembimbing I dan Saaty Kadiwaru, S.ST sebagai pembimbing II dalam Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberi masukan dan bimbingan kepada Penulis.
4. Kepala Puskesmas Sentani beserta semua bidan di ruang BKIA yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk mengambil data dalam kelengkapan penulisan karya tulis ilmiah.

5. Para dosen dan Staf pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah membantu kelancaran proses pembelajaran selama Penulis mengikuti pendidikan.
6. Rekan – rekan mahasiswi Jurusan Kebidanan angkatan 2008, yang membantu dan saling kerjasama yang baik selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat Penulis harapkan.

Akhir kata besar harapan Penulis agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jayapura, Agustus 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan masalah	5
C. Tujuan	6
D. Manfaat.....	5
 BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar Kehamilan.....	7
1. Pengertian	7
2. Tanda dan Gejala Kehamilan	7
B. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologis Wanita Hamil.....	13
C. Konsep Dasar Malaria.....	20
1. Pengertian	20
2. Etiologi	20
3. Klasifikasi.....	21
4. Patofisiologi.....	21
5. Manifestasi Klinik	24
6. Gambaran Klinis Berdasarkan Klasifikasi Malaria ..	25
7. Komplikasi.....	27
8. Pemeriksaan Diagnostik	28
9. Pencegahan	29
10. Penatalaksanaan.....	33

D. Manajemen Asuhan Kebidanan	37
1. Definisi	37
2. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999).....	38
3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney	39
4. Pendokumentasi Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil	43
5. Pendokumentasi Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP	50
 BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN DAN TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	55
B. Tinjauan Kasus	59
 BAB IV PEMBAHASAN.....	 83
 BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	87
B. Saran.....	87
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	<i>Halaman</i>
Tabel 2.1. Pengobatan lini I Malaria P. Falciparum Berdasarkan Umur.....	34
Tabel 2.2. Pengobatan lini I Malaria P. Falciparum Berdasarkan Berat Badan.....	35
Tabel 2.3. Pengobatan lini I Malaria P. Falciparum di Sarana Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Tersedia ACT.....	35
Tabel 2.4. Pengobatan lini II Malaria P. Falciparum (Gagal/Alergi SP)	36
Tabel 2.5. Pengobatan lini II Malaria P. Falciparum (bila tidak ada doksisisiklin).....	36

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut WHO tidak kurang dari 30 juta kasus malaria terjadi setiap tahunnya. Di Indonesia tercatat 30 ribu kematian akibat malaria. Menurut Anang Budiono diperkirakan 50 persen penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria. Di Indonesia, malaria merupakan salah satu penyakit menular yang mempengaruhi angka kematian bayi, anak dan ibu melahirkan serta dapat menurunkan produktifitas kerja. Pada akhir tahun 2008, terdapat 1,62 juta individu yang terbukti positif malaria di Indonesia. Oleh karena itu, sampai saat ini malaria masih menjadi masalah kesehatan masyarakat terutama di Indonesia Timur, khususnya wilayah Papua (Reginald, 2009).

Papua termasuk wilayah yang beriklim tropis dan merupakan lingkungan yang cocok untuk habitat dan perkembangbiakan nyamuk malaria yakni *Anopheles* (Cahyadi, 2009). Angka kesakitan malaria di provinsi Papua dalam kurun waktu 2002-2006 berkisar sebesar 116-248 per 1000 penduduk.

Untuk menekan AKI karena hamil, nifas, dan melahirkan ini, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak telah meluncurkan Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang merupakan kegiatan bersama antara pemerintah dan masyarakat. “Gerakan Sayang Ibu merupakan suatu gerakan yang dilaksanakan dalam upaya membantu salah satu program pemerintah untuk peningkatan kualitas hidup perempuan melalui berbagai

kegiatan yang berdampak terhadap upaya penurunan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan, dan nifas,” tutur Deputy II Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Edy Sedyawati. GSI dibentuk berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan RI No 02 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Revitalisasi GSI dalam Rangka Percepatan Penurunan AKI karena Hamil, Melahirkan, dan Nifas, serta Angka Kematian Bayi di Daerah. GSI bertujuan meningkatkan kualitas sumber daya manusia, terutama mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi (Sedyawati, 2009).

Menurut WHO, malaria merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia. Setiap tahun lebih dari 500 juta manusia terinfeksi malaria dan lebih dari 1 juta diantaranya meninggal dunia. Kasus terbanyak berada di Afrika namun juga melanda Asia, Amerika Latin, Timur Tengah dan beberapa bagian negara Eropa (Depkes RI, 2007). Di Indonesia terdapat 424 kabupaten endemis malaria dari 576 kabupaten yang ada, diperkirakan 45 persen penduduk Indonesia berisiko tertular malaria. Sekitar 15 juta kasus malaria dengan 38.000 kematian setiap tahunnya (Riskesdas, 2007).

Di Indonesia walaupun kasus malaria di tahun 2008 lalu mengalami penurunan dibanding tahun 2007, bukan berarti kita harus berhenti berupaya untuk mengendalikan malaria, karena angka API (*Annual Parasite Incidence*/Angka kasus positif malaria) kita masih tinggi yaitu 9,6 per seribu penduduk (*High Case Incidence*/kategori kasus yang tinggi), sedangkan

dikatakan suatu daerah bebas malaria jika dalam tiga tahun berturut-turut tidak ada kasus *indigenous* (penularan setempat/kasus positif malaria pada bayi, balita dan ibu hamil) dengan sistem surveilans yang baik dan benar dengan angka API hanya satu per seribu penduduk angka kesakitan malaria di provinsi Papua dalam kurun waktu 2002-2006 berkisar sebesar 116-248 per 1000 penduduk sedangkan angka kehamilan dengan malaria di Kota Jayapura tidak diketahui secara khusus. Ini merupakan tertinggi di Indonesia. Malaria dianggap merupakan penyebab kematian utama bagi semua kelompok umur di Papua walaupun data kongkretnya tidak dapat diperoleh. Di daerah endemis malaria, penyakit ini menyumbang angka kesakitan *anemia* dan kematian ibu hamil. Malaria menyebabkan ibu hamil melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah, *prematum* dan juga kematian bayi. Akibat lainnya penderita dalam usia produktif akan menurun produktifitasnya (Sukaswara, 2009).

Menurut dr Reginald Hutabarat Ketua Panitia Pelatihan dan Lokakarya tentang Malaria dan Kehamilan di Hotel Ratna Sentani, Juni 2009, penyakit malaria merupakan salah satu penyakit berbahaya bagi ibu yang sedang hamil, karena penyakit malaria bisa langsung menyerang bayi dan ibu apabila tidak diatasi secara baik. Parahnya akan menimbulkan kematian pada Ibu hamil dan gejala lain pada bayi seperti lahir *prematum*, lahir besar, dan menimbulkan gejala lain pada bagian tubuh bayi (Reginald, 2009).

Dampak malaria pada ibu hamil, dapat menyebabkan komplikasi seperti keguguran, persalinan *prematunitas*, persalinan *dysmatunitas*, kematian *neonatus* yang tinggi, *anemia* sewaktu hamil dan kala *nifas*, gangguan persalinan kala II, dan pada kala III dapat terjadi *retensio plasenta* atau *atonie uteri* serta mudah terjadi infeksi kala *nifas*. Penanganan malaria pada ibu hamil pada umumnya di Indonesia hanya terbatas pada : *Kloroquin*, *sulfadoksin – pirimetamin*, kina dan *primaquin*. Namun pencegahan lebih baik sebelum terjadinya malaria, seperti menggunakan kelambu *berinsektisida* serta membersihkan lingkungan yang dapat menjadi sarang nyamuk *Anopheles* (Unicef, 2008 : 4).

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari rekam medis di Puskesmas Sentani pada tahun 2010 tercatat ibu hamil sebanyak 390 ibu sedang ibu hamil yang menderita penyakit malaria berjumlah 4 orang diantaranya 3 ibu yang menderita malaria tropika dan 1 ibu hamil menderita malaria tertiana. Data pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2011, tercatat ibu hamil sebanyak 275 ibu. Diantaranya yang menderita malaria tropika berjumlah 5 ibu dan 2 ibu hamil menderita malaria tertiana.

Berdasarkan latar belakang di atas, sehingga penulis merasa tertarik untuk melakukan suatu asuhan kebidanan dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Malaria Tertiana di Puskesmas Sentani Tahun 2011”.

B. PERUMUSAN MASALAH

Dari latar belakang di atas, maka penulis dapat merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
2. Bagaimana menginterpretasikan data dasar dan merumuskan diagnosa aktual ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
4. Bagaimana menentukan kebutuhan yang memerlukan tindakan segera pada ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
5. Bagaimana membuat rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
6. Bagaimana melakukan tindakan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?
7. Bagaimana melakukan evaluasi hasil tindakan terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani ?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Tujuan umum adalah mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani secara komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.

- b. Menginterpretasikan data dasar dan merumuskan diagnosa aktual ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.
- c. Menentukan diagnosa potensial terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.
- d. Menentukan kebutuhan yang memerlukan tindakan segera pada ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.
- e. Membuat rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani .
- f. Melakukan tindakan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.
- g. Melakukan evaluasi hasil tindakan terhadap ibu hamil dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani.

D. MANFAAT PENULISAN

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

- 1. Memberikan masukan bagi Puskesmas Sentani dalam mengevaluasi kembali pelayanan manajemen kebidanan pada ibu hamil dengan malaria tertiana di waktu yang akan datang.
- 2. Bagi peneliti merupakan pengetahuan dan keterampilan dalam menangani ibu hamil dengan malaria tertiana.
- 3. Sebagai bahan referensi dan merupakan bahan penelitian berikutnya bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian

Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan *janin* yang tumbuh di dalam rahim ibu (Prawirohardjo, 2008), selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya *janin* seusia kehamilan setiap dilakukan pemeriksaan kehamilan (Depkes RI, 2005).

Proses terjadinya kehamilan karena bertemunya sel telur dan sel *sperma*, maka terjadilah pembuahan. Lebih lanjut dikatakan Manuaba, bahwa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan *janin intrauterin* mulai sejak *konsepsi* dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2008).

Masa kehamilan dimulai dari *konsepsi* sampai lahirnya *janin* (anak lahir), normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan, 7 hari), dihitung dari hari pertama *haid* terakhir (dimulai dari *konsepsi*), sampai 9 bulan, (Saifuddin, 2007).

Lama kehamilan berlangsung sampai pada masa persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat *janin* 1.000 gram bila berakhir disebut keguguran.

- b. Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *prematunitas*.
- c. Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut *aterm*.
- d. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *postdatism (serotinus)*

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

- a. Triwulan pertama : 0 sampai 12 minggu
- b. Triwulan kedua : 13 sampai 28 minggu
- c. Triwulan ketiga : 29 sampai 42 minggu (Manuaba, 2008).

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan (Cunningham, 2006) adalah sebagai berikut :

a. Tanda-tanda dugaan hamil :

1). Berhenti *menstruasi (Amenorea)* :

- a). *Konsepsi dan nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *follikel de graaf* dan ovulasi
- b). Mengetahui tanggal *haid* terakhir dengan perhitungan rumus *naegle* ditentukan perkiraan persalinan.

2). Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*):

- a). Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
- b). Menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebut *morning sickness*.

- c). Gejala ini muncul sekitar 6 minggu setelah mulainya periode *mentruasi* terakhir dan biasanya menghilang spontan 6 sampai 12 minggu kemudian.

3). Ngidam

Waktu hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

4). *Sinkope*/Pingsan :

- a). Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan *iskemia* susunan *saraf* pusat.
- b). Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5). *Payudara* tegang :

- a). Pengaruh *estrogen* – *progesteron* dan *somatomamotropin* menimbulkan *deposit* lemak, air, dan garam pada *payudara*.
- b). *Payudara* membesar dan tegang
- c). Ujung syaraf tertekan menimbulkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

6). Gangguan kencing

- a). *Uterus* yang sedang membesar mendesak kandung kencing sehingga dapat mengakibatkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga sering kecing.
- b). Pada triwulan kedua sudah menghilang tetapi gejala ini muncul kembali pada waktu mendekati akhir kehamilan, ketika kepala bayi turun ke panggul ibu.

7). *Konstipasi* atau *obstipasi* :

Pengaruh *progesterone* menghambat *peristaltic* usus menyebabkan kesulitan buang air besar.

8). *Pigmentasi* kulit

a). Sekitar Pipi : *Cloasma gravidarum*.

Keluarnya *melanophore hormone* *hipofisis anterior* menyebabkan *pigmentasi* pada kulit .

b). Dinding Perut.

Striae lividae, *Striae nigra* dan *Linea alba* makin hitam.

c). Sekitar Payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, kelenjar *montgomery* menonjol, pembuluh darah *manifes* sekitar *payudara*.

9). *Epulis* / *hipertropi* gusi, dapat terjadi bila hamil.

10). *Varices* / penampakan pembuluh darah vena :

a). Karena pengaruh *estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat.

b). Terjadi di sekitar *genitalia eksterna*, kaki, betis dan *payudara*.

c). Dapat menghilang setelah persalinan.

b. Tanda tidak pasti kehamilan :

1). Pembesaran *abdomen*

Perubahan bentuk, ukuran dan *konsistensi uterus*.

2). Pada pemeriksaan dijumpai :

- a). Tanda *Hegar* : *rahim (isthmus uteri)* menjadi lebih panjang dan lunak.
- b). Tanda *Chadwicks* : *Vulva* dan *vagina* mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogen* sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.
- c). Tanda *Piskaceck* : terjadinya pertumbuhan yang cepat di daerah *implantasi placenta* sehingga *rahim* bentuknya tidak sama.
- d). Kontraksi *Braxton Hicks* : *hormon progesterone* mengalami penurunan dan menimbulkan *kontraksi rahim*.
- e). Teraba *Ballotement*.

3). Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif sebagian kemungkinan positif palsu.

c. Tanda pasti kehamilan :

Tiga tanda pasti kehamilan adalah :

- 1). Denyut jantung *janin* terpisah dan dapat dibedakan dengan denyut jantung ibu.
- 2). Persepsi gerakan aktif *janin* dan perabaan bagian – bagian terbesar *janin* oleh pemeriksaan.

Perasaan gerakan *janin*, kadang kala antara 16 sampai 20 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir, wanita hamil biasanya merasakan gerakan – gerakan yang berdenyut di *abdomen* dan secara bertahap bertambah intensitasnya disebut *quickening*.

3). Pada kehamilan *Ultrasonografi* dapat dilihat bagian – bagian *janin*.

d. Diagnosis banding kehamilan :

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan *diagnosis* banding diantaranya :

1). Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan *spuria*.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat cangkih dan tes biologi tidak menunjukkan kehamilan.

2). Tumor kandungan atau *mioma uteri*

a). Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.

b). Bentuk pembesaran tidak merata

c). Perdarahan banyak saat menstruasi.

3). *Kista ovarium*

a). Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil.

b). Datang bulan terus berlangsung.

c). Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.

d). Pemeriksaan tes *biologis* kehamilan dengan hasil negatif.

4). *Hematometra*

a). Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil.

b). Perut sakit setiap bulan.

c). Terjadi tumpukan darah dalam rahim.

d). Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.

e). Sebab *himen in perforata*.

5). Kandung kemih yang penuh.

Dengan melakukan *kateterisasi*, maka pembesaran perut akan menghilang (Cunningham, 2006).

B. PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISILOGIS WANITA HAMIL

Kehamilan mempengaruhi tubuh ibu secara keseluruhan dengan menimbulkan perubahan *anatomi* dan *fisiologi* ibu, agar tubuh ibu mampu melindungi *embrio/janin* yang sedang berkembang dan memberikan semua yang diperlukan serta beradaptasi menyediakan tempat bagi pertumbuhan *embrio/janin*, hingga pemberian makanannya ketika *janin* lahir (Manuaba, 2008).

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis adalah sebagai berikut :

1. *Uterus*

Peningkatan berat dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Otot rahim mengalami *hipertropi* dan *hyperplasia* menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran *janin* karena pertumbuhan *janin*.

2. *Ovarium*

Ovulasi terhenti selama kehamilan dan pematangan *folikel* ditunda.

Dengan terjadinya kehamilan, *indung telur* yang mengandung *korpus*

luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuk *placenta* yang sempurna pada umur 16 minggu.

3. *Tuba Falopii*

Selama kehamilan otot-otot yang meliputi *tuba* mengalami *hipertropi* dan *epithelium mukosa tuba* menjadi gepeng.

4. *Vagina*

1). Trimester I

a). Terjadi peningkatan *vaskularisasi* karena pengaruh *hormon estrogen*, menimbulkan tanda *Chadwick* (warna merah tua atau kebiruan) pada *vagina* sampai minggu ke-8.

b). *Sekresi vagina* menjadi lebih kental, putih dan asam karena meningkatnya jumlah *glukogen* pada lapisan *epitel vagina*. *Estrogen* membantu mempertahankan dan meningkatkan keasaman *vagina* (pH 3,5-5) untuk mengendalikan pertumbuhan dan perkembangan *bakteri pathogen* yang mungkin ada dalam *vagina*.

2). Trimester II

Sekresi vagina meningkat, ini normal jika tidak disertai gatal, iritasi atau berbau busuk.

3). Trimester III

Estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan *epithelium*. Lapisan otot membesar, *vagina* lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah *janin*.

5. *Sistem Endokrin*

- a. Kelenjar *Tyroid* : Membesar sedikit.
- b. Kelenjar *Hypofise* : Membesar, terutama *lobus anterior*.
- c. Kelenjar *Adrenal* : Tidak begitu terpengaruh.

6. *Sistem Perkemihan*

- a. Pengaruh desakan karena pembesaran uterus pada kehamilan muda dan turunnya kepala *janin* pada hamil tua terjadi gangguan *miksi* dalam bentuk sering kencing.
- b. *Ginjal* sedikit bertambah besar. Panjangnya bertambah 1-1,5 cm, volume *renal* meningkat 60 ml dari 10 ml pada wanita yang tidak hamil. *Filtrasi glomerulus* meningkat sekitar 69-70 % dan akan kembali normal pada 20 minggu *post partum*.

7. *Sistem Integumen*

- a. *Palmar erythema* : bintik-bintik kemerahan pada telapak tangan dan *spider nevi* (Trimester I).
- b. Tingginya kadar *hormonal* menyebabkan peningkatan *pigmentasi* selama kehamilan. Bila terjadi pada :
 - 1). Kulit muka dikenal sebagai topeng kehamilan/*cloasma gravidarum*.
 - 2). Garis putih tipis dari atas *symphysis* sampai pusat (*linea alba*) menjadi gelap disebut *linea nigra*.
 - 3). Peningkatan regangan pada kulit *abdomen*, paha dan *payudara* menimbulkan garis-garis yang berwarna gelap disebut *striae*

gravidarum, yang akan berkurang setelah kehamilan menjadi berwarna keperakan pada kulit putih.

8. *Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*

- a. Volume darah makin meningkat 25-30 % karena jumlah *serum* darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah 20 % (pengenceran darah/*hemodilusi*), sejak kehamilan 16 minggu dan puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu. Curah jantung bertambah sekitar 30%.
- b. Protein darah dalam bentuk *albumin* dan *gammaglobulin* menurun pada triwulan pertama, sedangkan *fibrinogen* meningkat.

9. *Sistem Pernafasan*

Perubahan *system respirasi* akibat desakan rahim sebagai kompensasi pemenuhan kebutuhan O^2 menyebabkan ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25 % dari biasanya.

10. *Payudara*

Pertumbuhan dan perkembangan *payudara* sebagai persiapan saat *laktasi*, dipengaruhi *hormon* sejak saat kehamilan yaitu *esterogen*, *progesteron*, dan *somatomammotropin*.

- a. *Estrogen* berfungsi :
 - 1). Menimbulkan *hipertrofi system* saluran *payudara*.
 - 2). Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga *payudara* tampak makin membesar.
 - 3). Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada *payudara*.

b. *Progesteron* berfungsi :

- 1). Mempersiapkan *asinus* sehingga dapat berfungsi.
- 2). Menambah jumlah *sel asinus*.

c. *Somatammotropin* berfungsi :

- 1). Mempengaruhi *asinus* untuk membuat *kasein*, *laktalbumin* dan *laktoglobulin*.
- 2). Penimbunan lemak sekitar *alveolus payudara*.
- 3). Merangsang pengeluaran *kolostrum* pada kehamilan.

11. Sistem Metabolisme

- a. *Metabolisme basal* naik sebesar 15-20 %, terutama pada trimester III.
- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 *mili equivalen (mEq)* per liter disebabkan *hemodilusi* darah dan kebutuhan *mineral* yang diperlukan *janin*.
- c. Diperlukan protein tinggi sekitar $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari, untuk pertumbuhan dan perkembangan *janin*, perkembangan organ kehamilan dan persiapan *laktasi*.
- d. Kebutuhan kalori didapat dari *karbohidrat*, *lemak* dan *protein*.
- e. Perubahan *radikal* pada *metabolisme karbohidrat* selama kehamilan tidak dipahami sepenuhnya. Kadar gula dalam darah wanita hamil lebih tinggi dari pada keadaan tidak hamil, hal ini terjadi akibat zat *antagonis insulin* yang dihasilkan oleh *plasenta*. Akibatnya jumlah gula yang banyak ini akan diteruskan ke *janin*.

f. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil :

- 1). *Kalsium* : 1,5 gr setiap hari. 30-40 gr untuk pembentukan tulang *janin*.
- 2). *Fosfor* : rata-rata 2 gr dalam sehari.
- 3). *Zat besi* : 800 mgr atau 30-50 mgr sehari.

Tujuan suplemen *zat besi* selama kehamilan adalah bukan untuk mencegah kekurangan *zat besi* pada ibu. Diperkirakan bahwa ibu yang mengalami kekurangan *zat besi* pada awal kehamilan dan tidak mendapatkan *suplemen* memerlukan sekitar 2 tahun untuk mengisi kembali simpanan *zat besi* mereka dari sumber-sumber makanan.

- g. *Air* : ibu hamil memerlukan cukup banyak dan dapat terjadi *retensi* air. Pada saat cukup bulan, kandungan air *janin*, *plasenta* dan cairan *amnion* berjumlah sekitar 3,5 L. Kira-kira 3L lebih banyak air terkumpul akibat bertambah banyaknya volume darah ibu dan ukuran *uterus* serta *payudara*.

12. Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Berat badan ibu hamil bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar $\frac{1}{2}$ kg/minggu, dengan perincian :

- | | |
|--------------------------|------------|
| a. <i>Janin</i> | : 3-3,5 kg |
| b. <i>Placenta</i> | : 0,5 kg |
| c. <i>Air ketuban</i> | : 1 kg |
| d. <i>Rahim</i> | : 1 kg |
| e. <i>Timbunan lemak</i> | : 1,5 kg |

- f. Timbunan protein : 2 kg
- g. *Retensi* air-garam : 1,5 kg

13. *Sistem Pencernaan*

- a. Karena pengaruh *estrogen*, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan :
 - 1). Pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*).
 - 2). Daerah lambung terasa panas.
 - 3). Terjadi mual, pusing/sakit kepala terutama pagi hari (*morning sickness*).
 - 4). Muntah (*emesis gravidarum*), bila muntah berlebihan (*hyperemesis gravidarum*).
- b. Pengaruh *progesteron* menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan *obstipasi*.

14. *Sistem Muskuloskeletal*

Peningkatan *distensi abdomen* membuat panggul miring ke depan, penurunan *tonus otot* perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*realignment*) *karvatura spinalis*. Pusat *gravitasi* wanita bergeser ke depan. Selama trimester terakhir kehamilan, rasa pegal, mati rasa, dan lemah kadang kala dialami pada anggota badan atas, kemungkinan sebagai akibat *lordosis* yang besar (Manuaba, 2008).

C. KONSEP DASAR MALARIA

1. Pengertian

Malaria adalah penyakit infeksi *parasit* yang disebabkan oleh *Plasmodium* yang menyerang *eritrosit* dan ditandai dengan ditemukannya bentuk *aseksual* di dalam darah. Malaria adalah infeksi *parasit* pada sel darah merah yang disebabkan oleh suatu *protozoa* spesies *Plasmodium* yang ditularkan ke manusia melalui air liur nyamuk (Prawirohardjo, 2008).

Menurut Mansjoer (2001) dalam Harnawati (2008), malaria adalah penyakit yang dapat bersifat akut maupun kronik, disebabkan oleh *protozoa* genus *plasmodium* ditandai dengan demam, *anemia* dan *splenomegali*. Malaria merupakan suatu penyakit *protozoa* dari genus *plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina.

2. Etiologi

Penyebab infeksi malaria adalah *parasit* malaria, suatu *protozoa* darah yang termasuk dalam kelas *Sporozoa*, subkelas *Coccidiida*, ordo *Eucoccidides*, sub-ordo *haemosporidiidea*, famili *Plasmodiidae*, genus *Plasmodium*.

Malaria pada manusia hanya dapat ditularkan oleh nyamuk betina dari tribus *Anopheles*. Lebih dari empat ratus (400) spesies *Anopheles* di dunia, hanya sekitar enam puluh tujuh (67) yang terbukti mengandung *sporozoit* dan dapat menularkan malaria.

Di Indonesia telah ditemukan dua puluh empat (24) spesies *Anopheles* yang menjadi vektor malaria. Di wilayah Papua ditemukan enam (6) spesies *Anopheles*, yaitu :

- a. *A. barbirostris*
- b. *A. bancrofti*
- c. *A. punctulatus*
- d. *A. farauti*
- e. *A. koliensis*
- f. *A. subpictus*

Selain oleh gigitan nyamuk, malaria dapat ditularkan secara langsung melalui transfusi darah atau jarum suntik yang tercemar darah serta dari ibu hamil kepada bayinya (Depkes RI, 2008).

3. Klasifikasi

Ditemukan lebih dari seratus (100) spesies *genus Plasmodium* dan hanya ada empat (4) jenis *Plasmodium* yang menyebabkan penyakit malaria pada manusia, yaitu :

- a. *Plasmodium Falciparum*, menyebabkan malaria tropika.
- b. *Plasmodium vivax*, menyebabkan malaria tertiana.
- c. *Plasmodium malariae*, menyebabkan malaria kuartana.
- d. *Plasmodium ovale*, menyebabkan malaria ovale (Prawirohardjo, 2008)

4. Patofisiologi

Daur hidup *Plasmodium* terdiri dari dua (2) fase, yakni fase seksual (*sporogoni*) yang berlangsung pada tubuh nyamuk *Anopheles* dan fase aseksual (*skizogoni*) yang berlangsung pada tubuh *hospes vertebrata* termasuk manusia. (Prawirohardjo, 2008).

a. Fase *aseksual*

Fase ini dibagi dalam dua (2) bagian, yaitu :

1) Fase jaringan

Pada fase jaringan, *sporozoit* masuk dalam aliran darah ke sel hati dan berkembang biak membentuk *skizon* hati yang mengandung ribuan *merozoit*. Proses ini disebut dengan *skizogoni praeritrosit*. Lama fase ini berbeda untuk tiap fase. Pada akhir fase ini, *skizon* dan *merozoit* keluar dan masuk aliran darah yang disebut dengan *sporulasi*.

2) Fase *eritrosit*

Fase *eritrosit* dan *merozoit* dalam darah menyerang *eritrosit* membentuk *trofozoit*. Proses berlanjut menjadi *trofozoit-skizon-merozoit*. Setelah 2-3 generasi, *merozoit* berubah menjadi bentuk seksual.

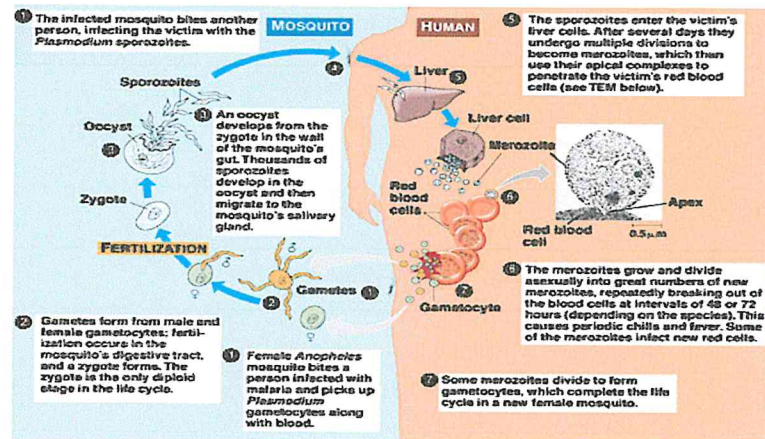
Masa antara permulaan infeksi sampai ditemukannya *parasit* dalam darah tepi adalah masa *prepaten*. Sedangkan masa tunas/*inkubasi* intrinsik dimulai dari masuknya *sporozoit* dalam badan *hospes* sampai timbulnya gejala klinis demam.

b. Fase Seksual

Di dalam darah sebagian *parasit* akan membentuk *gamet* jantan dan betina, dan bila nyamuk menghisap darah manusia yang terinfeksi maka akan terjadi siklus seksual dalam tubuh nyamuk.

Setelah terjadi perkawinan akan terbentuk *zygote* dan menjadi lebih bergerak menjadi *ookinet* yang menembus dinding perut nyamuk dan akhirnya menjadi bentuk *oocyst* yang akan menjadi masak dan

mengeluarkan *sporozoit* dan akan bermigrasi ke kelenjar ludah nyamuk dan siap untuk menginfeksi manusia.



Gambar 1
Penularan Parasit Malaria Kedalam Tubuh Manusia
 Sumber : www.infohealth.com/2011

Setelah nyamuk menghisap darah manusia, mikrogametosit berkembang menjadi *mikrogamet* (gamet jantan) dan mikrogametosit berkembang menjadi makrogamet (gamet betina). Didalam saluran pencernaan nyamuk, mikrogamet dan makrogamet mengadakan fertilisasi menghasilkan zigot diploid (ookinet); okinet masuk kedalam dinding usus nyamuk dan membentuk kista. Didalam kista zigot menjadi sprozoit dan kemudian pindah ke kelenjar ludah nyamuk dan pindah ke manusia setelah digigit melalui aliran darah masuk ke sel-sel hati dan berkembang secara seksual menjadi merozoit dan menyerang sel hati yang lain dan menyerang sel darah (tropozoit) menghasilkan ribuan merozoit yang menyebabkan pecahnya sel darah merah secara berkala sekitar 48 jam (saat ini penderita mengalami demam). Sebagian merozoit di dalam sel darah merah dapat membelah dan membentuk gametosit jantan dan gametosit betina. Gametosit jantan (mikrogametosit) dan gametosit betina (makrogametosit) dalam darah akan terhisap oleh nyamuk saat menggigit.

5. Manifestasi Klinik

Malaria mempunyai gambaran karakteristik demam periodik, *anemia* dan *splenomegali*. Keluhan prodormal terjadi sebelum terjadinya demam, berupa kelesuan, *malaise*, sakit kepala, sakit belakang, merasa dingin di punggung, nyeri sendi dan tulang, demam ringan, anoreksia, perut tidak enak, diare ringan dan kadang-kadang dingin (Prawirohardjo, 2008).

a. Demam

Demam periodik yang berkaitan dengan saat pecahnya *skizon* matang (*sporulasi*) dalam darah merah dan masuknya *merozoit* ke dalam *eritrosit*. Tiap serangan demam ditandai dengan gejala yang klasik yaitu terjadinya “trias malaria” :

1) Stadium dingin (*cold stage*)

Diawali dengan gejala menggigil, kulit dingin dan kering atau perasaan sangat dingin. Penderita sering membungkus diri dengan selimut atau sarung pada saat menggigil, sering seluruh badan bergetar dan gigi saling terantuk, pucat sampai *sianosis* seperti orang kedinginan. Stadium ini sering terjadi kejang dan berlangsung 15 menit sampai 1 jam.

2) Stadium panas (*hot stage*)

Setelah stadium dingin, pasien berubah mukanya menjadi merah, kulit kering dan panas, nadi cepat dan panas badan tetap tinggi mencapai 40°C atau lebih, respirasi meningkat, nyeri kepala, mual-muntah. Dapat terjadi syok (tekanan darah menurun),

kesadaran *delirium* sampai terjadi kejang. *Stadium* ini lebih dari *stadium* dingin yaitu mencapai 2 jam atau lebih.

3) *Stadium* berkeringat (*sweating stage*)

Stadium ini ditandai bila penderita berkeringat mulai dari temporal, diikuti ke seluruh tubuh kadang sampai juga membasahi tempat tidur. Penderita merasa capek dan sering tertidur, biasanya dapat berlangsung 2 hingga 4 jam.

b. *Splenomegali*

Splenomegali merupakan gejala khas malaria kronik. Dimana limpa mengalami *kongesti*, menghitam dan menjadi keras karena timbunan *pigmen eritrosit parasit* dan jaringan ikat yang bertambah.

c. *Anemia*

Derajat *anemia* tergantung pada spesies, penyebab yang paling berat adalah *anemia* karena *P. Falciparum*. *Anemia* disebabkan oleh :

- 1) Penghancuran *eritrosit* yang berlebihan
- 2) *Eritrosit* normal tidak dapat hidup lama (*reduced survival time*)
- 3) Gangguan pembentukan *eritrosit* karena depresi *eritropoesis* dalam sum-sum tulang belakang (*diseritropoesis*)

6. Gambaran Klinis berdasarkan klasifikasi Malaria

Berat-ringannya manifestasi malaria tergantung jenis plasmodium yang menyebabkan infeksi.

1. *Plasmodium vivax*, merupakan infeksi yang paling sering dan menyebabkan malaria tertiana/vivax (demamnya tiap hari ke-3) dengan

manifestasi klinis sebagaia berikut :

- a. Panas *irregular* 2-4 hari, kadang remiten dan intermiten, panas bisa mencapai 40,5°C.
 - b. Menggigil
 - c. Mual dan muntah
 - d. Pusing
 - e. Anemia lebih sering pada anak-anak
 - f. Sering dijumpai pembesaran limpa.
2. *Plasmodium falciparum*, memberikan banyak komplikasi dan mempunyai perlangsungan yang cukup ganas, mudah resisten dengan pengobatan dan menyebabkan malaria tropika (demam tiap 24-48 jam) dengan manifestasi klinik sebagai berikut :
- a. Sakit kepala
 - b. Nyeri belakang
 - c. Lesu
 - d. Perasaan dingin
 - e. Mual
 - f. Muntah dan
 - g. Panas dengan temperatur di atas 40° C.
3. *Plasmodium malariae*, jarang dan dapat menimbulkan sindroma nefrotik dan menyebabkan malaria quartana/malariae (demam tiap hari ke-4) dengan manifestasi klinik sebagai berikut seperti pada malaria vivax hanya berlangsung lebih ringan

4. *Plasmodium ovale*, dijumpai di Nusa Tenggara dan Papua, memberikan infeksi yang paling ringan dan sering sembuh spontan tanpa pengobatan dengan manifestasi klinis sebagai berikut :

- a. Gejala klinis hampir sama dengan malaria vivax, namun lebih ringan
- b. Panas
- c. Menggigil (jarang)
- d. *Gametosit* terlihat pada minggu pertama

7. Komplikasi

Penderita malaria dengan komplikasi biasanya digolongkan sebagai malaria berat yang menurut WHO didefinisikan sebagai infeksi *P.Falciparum* dengan satu atau lebih komplikasi, sebagai berikut :

- a. Malaria *serebral*
- b. *Anemia*
- c. *Dehidrasi*, gangguan *asam-basa* dan *elektrolit*
- d. Gagal Ginjal Akut (GGA)
- e. Kelainan hati (malaria *biliosa*)
- f. *Edema* paru akut
- g. *Hipoglikemia* berat
- h. Kegagalan sirkulasi (malaria *algid*)
- i. Kecenderungan terjadi perdarahan
- j. *Blackwater fever* (malaria *haemoglobinuria*)
- k. *Hiperpireksia*
- l. *Hemoglobinuria* (Prawirohardjo, 2006).

8. Pemeriksaan *Diagnostik*

Pemeriksaan *diagnostik* malaria dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain :

a. Pemeriksaan tetes darah

Pemeriksaan mikroskopik darah tepi untuk menemukan adanya *parasit* malaria sangatlah penting untuk menegakkan diagnosa. Adapun pemeriksaan darah tepi dapat dilakukan melalui :

1) Tetesan *preparat* darah tebal

Merupakan cara terbaik untuk menemukan *parasit* malaria karena tetesan darah cukup banyak dibandingkan *preparat* darah tipis. Secara kasar pada pemeriksaan ini sering dilaporkan dengan kode plus 1 (+) satu sampai dengan plus 4 (++++) yang artinya, ialah :

+ : 1-10 *parasit* per 100 lapang pandang

++ : 11-100 *parasit* per 100 lapang pandang

+++ : 1-10 *parasit* per satu lapang pandang

++++ : lebih dari 10 *parasit* per satu lapang pandang.

2) Tetesan darah tipis

Digunakan untuk identifikasi jenis *plasmodium*, bila *preparat* darah tebal sulit ditentukan.

b. Tes antigen : *P-F test*

Yaitu mendeteksi *antigen* dari *P.Falciparum* (*Histidine Rich Protein*

II). Tes ini sekarang dikenal sebagai tes cepat (*rapid test*).

c. Tes serologi

Tes ini berguna mendeteksi adanya antibodi spesifik terhadap malaria atau pada keadaan dimana *parasit* sangat minimal.

d. Pemeriksaan CPR (*Polymerase Chain Reaction*)

Pemeriksaan ini dianggap sangat peka dengan teknologi amplifikasi DNA, walau dipakai cukup cepat dan sensitifitasnya maupun spesifitasnya tinggi. Tes ini baru dipakai sebagai sarana penelitian dan belum untuk pemeriksaan rutin (Depkes RI, 2008).

9. Pencegahan

Pencegahan malaria secara garis besar mencakup 3 aspek, yaitu:

a) mengurangi pengandung *gametosit* yang merupakan sumber infeksi (reservoir), yaitu manusia yang sakit, b) memberantas nyamuk sebagai vector (pembawa) malaria, c) melindungi orang yang rentan dan beresiko terinfeksi malaria (Depkes RI, 2008).

a. Mengurangi pembawa *gametosit*

Agar dapat menjadi sumber infeksi sebagai pembawa *gametosit*, seorang penderita harus mengandung *gametosit* dalam jumlah yang besar dalam darahnya. Dengan demikian nyamuk dapat mengisapnya dan menularkan kepada orang lain. Hal tersebut dapat dicegah dengan jalan mengobati penderita malaria akut dengan obat yang efektif terhadap fase awal dari siklus *eritrosit aseksual* (hal ini terkait dengan cepat dan tepatnya *diagnosis* malaria ditegakkan) sehingga *gametosit* tidak sempat terbentuk di dalam darah penderita. Selain itu, jika *gametosit* telah terbentuk, dapat dipakai jenis obat yang secara spesifik dapat membunuh *gametosit* (obat *gametosida*).

b. Memberantas nyamuk

Memberantas nyamuk dapat dilakukan dengan menghilangkan tempat-tempat perindukan nyamuk, membunuh larva atau jentik, dan membunuh nyamuk dewasa.

Jentik nyamuk diberantas dengan menggunakan :

- 1) Cara biologis, dengan ikan kepala timah (*Gambusia affinis*), memelihara *crustacea* kecil (*Genus Mesocydops*), memanfaatkan bakteri *Bacillus thuringiensis* cara kimia, dengan menggunakan larvasida.
- 2) Cara pengelolaan lingkungan, misainya dengan menyingkirkan tumbuhan air yang menghalangi aliran air, melancarkan aliran saluran air, dan menimbun lubang-lubang yang mengandung air, membersihkan semak-semak, membersihkan tepi aliran air.

Nyamuk dewasa dapat diberantas dengan menggunakan :

- a) Cara biologis, dengan tumbuhan pengusir dan pembunuh nyamuk, misainya; biji pohon nimba, bunga lavender, daun sereh, dan lain – lain.
- b) Cara kimianya dengan *insektisida*, biasanya dengan cara disemprotkan (*aerosol/elektrik*), kelambu berinsektisida, penggunaan obat nyamuk bakar, khususnya saat duduk di luar, asap obat nyamuk bakar ini mengusir dan membunuh nyamuk, dan penggunaan krim kimia penangkal nyamuk (*repelleno*).

- c) Cara fisik, dengan menggunakan raket listrik, tebas nyamuk, perangkap sinar atau perangkap suara.
- d) Cara pengelolaan lingkungan, misalnya memasang kawat kasa pada lubang angin dan jendela rumah, menjauhkan kandang ternak
- e) Cara genetika, belakangan telah dikembangkan teknik genetika untuk mensterilkan nyamuk *Anopheles* dewasa.

c. Melindungi orang yang rentan

Secara prinsip upaya ini dikerjakan dengan cara sebagai berikut:

1) Mencegah gigitan nyamuk

Untuk mencegah gigitan nyamuk, seperti tidur menggunakan kelambu, memasang kasa pada pintu, jendela dan lubang angin. Perlindungan pribadi dilakukan dengan memakai *repellent* (cairan penghalau serangga) atau memasang kelambu pada tempat tidur. Hindari pergi keluar setelah hari gelap. Jika pergi di malam hari: Gunakan pakaian pelindung yang menutupi lengan dan kaki, gunakan krim kimia penangkal nyamuk pada kulit yang tidak tertutup pakaian, gunakan obat nyamuk bakar (khususnya saat duduk di luar) yang mengeluarkan asap. Asap tersebut mengusir nyamuk atau membunuhnya ketika mereka terbang melewati asap itu.

2) Memberikan obat-obat untuk mencegah penularan malaria

Obat anti malaria dapat diberikan kepada seseorang untuk mencegah infeksi malaria (disebut *proteksi* atau *profilaksis* individu). Jika dipakai untuk sebagian atau seluruh penduduk obat

ini disebut *proteksi kolektif*. Jenis perlindungan *kolektif* misalnya diberikan kepada pasukan tentara, kelompok pekerja proyek pembangunan, rombongan *transmigran*, yang semuanya tergolong *non imun*. Tantangan utama terhadap cara perlindungan ini adalah ketidak patuhan pemakai untuk minum obat menurut petunjuk yang diberikan. Secara umum, pemakaian obat yang mempunyai tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi disebut *kemoprofilaksis*.

Menurut fase siklus *Plasmodium* yang menjadi sasarannya, dikenal 2 jenis obat yang dipakai dalam *kemoprofilaksis*, yaitu:

- a) Obat *profilaksis kausal*, adalah obat yang dipakai untuk mencegah infeksi atau *sporozoit*
 - b) Obat *profilaksis klinis* atau *supresif*, adalah obat yang dipakai untuk mencegah timbulnya gejala klinis malaria dengan jalan mengurangi jumlah *parasit* dalam *stadium eritrositik aseksual* menjadi demikian rendah dalam darah. Di dalam praktek sehari-hari yang lazim dipakai adalah *kemoprofilaksis klinis* atau *supresif*.
- 3) Memberikan vaksinasi (belum diterapkan secara luas dan masih dalam tahap riset atau percobaan di lapangan).
 - 4) Pencegahan gigitan nyamuk dengan kelambu berinsektisida

Dari semua metode pencegahan gigitan nyamuk, tidur dengan menggunakan kelambu berinsektisida merupakan cara yang paling efektif karena nyamuk menggigit pada malam hari saat seseorang tidur. Kelambu celup mengurangi kontak manusia dengan nyamuk

dengan cara membunuhnya jika mereka menempel di kelambu atau dengan menangkal nyamuk-nyamuk tersebut, sehingga mereka terbang menjauh dari tempat orang yang sedang tidur.

Kelambu diproses untuk menyimpan *insektisida* pada seratnya di pabrik pembuatannya. Karena *insektisida* ini diberikan pada kelambu di tahap ini, *insektisida* bisa bertahan lebih lama daripada kelambu yang dicelupkan *insektisida* dengan tangan. Kelambu *berinsektisida* memberikan perlindungan lebih baik bagi orang yang menggunakannya karena kelambu itu akan membunuh nyamuk atau melemahkannya ketika nyamuk kontak dengan kelambu. Kelambu biasa dan tidak *berinsektisida* juga efektif tetapi orang yang tidur di dalamnya bisa digigit nyamuk melalui kelambu tersebut jika dia tidur tepat di pinggir kelambu. Kelambu *berinsektisida* juga menguntungkan orang lain yang tidur di ruangan tersebut karena kelambu itu membunuh nyamuk, sekaligus melindungi mereka juga (Sudoyo, 2006).

10. Penatalaksanaan

a. Menurut WHO (*World Health Organisation*)

Secara global, WHO telah menetapkan dipakainya pengobatan malaria dengan memakai obat ACT (*Artemisin base Combination Therapy*). Golongan artemisin (ACT) telah dipilih sebagai obat utama, karena efektif dalam mengatasi *plasmodium* yang *resisten* dengan pengobatan. Selain itu artemisin juga bekerja membunuh *plasmodium* dalam semua spesies (Sudoyo, 2006).

WHO memberikan petunjuk penggunaan artemisin dengan mengkombinasikan dengan obat antimalaria lain. Hal ini disebut dengan ACT (*Artemisin base Combination Therapy*). Kombinasi obat ini dapat berupa kombinasi dosis tetap (*fixed dose*) atau kombinasi tidak tetap (*non fixed dose*) atau kombinasi tetap lebih memudahkan pemberian pengobatan.

Contohnya ialah “Co-artem”, yaitu kombinasi *Artemeter* (20 mg)+ *Lumefantrine* (120 mg). Dosis *Co-artem* 4 Tablet 2 x 1 sehari selama 3 hari. Kombinasi tetap lainnya ialah *Dihidroartemisin* (40 mg) + *Pierakuin* (320 mg), yaitu “*Artekin*”, dosis *Artekin* untuk dewasa (dosis awal) ialah 2 Tablet, 8 jam kemudian 2 Tablet, 24 jam dan 32 jam masing-masing 2 Tablet.

b. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

Tabel 2.1. Pengobatan Lini I Malaria *P. Falciparum* berdasarkan umur

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur					
		0-1 bln	2-11 bln	1-4 thn	5-9 thn	10-14 thn	≥ 15 thn
H1	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4
H2	Artesunat	-	-	¾	1 ½	2	2-3
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4
H3	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4

Sumber : Depkes RI, 2006

- Artesunate* adalah 4/mg/KgBB per hari (50 mg/tablet)
- Amodiaquine* adalah 10mg/KgBB per hari (200 mg/tablet – 153 mg amodiakuin basa)
- Primakuin* adalah 0,75 mg/KgBB pada hari pertama

Tabel 2.2. Pengobatan Lini I Malaria *P. Falciparum* berdasarkan berat badan

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut berat badan					
		0-4 Kg	4-10 Kg	10-20 Kg	20-40 Kg	40-60 Kg	≥ 60 Kg
H1	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4
H2	Artesunat	-	-	¾	1 ½	2	2-3
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4
H3	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiakuin	¼	½	1	2	3	4

Sumber : Depkes RI, 2006

- a) *Artesunate* adalah 4/mg/KgBB per hari (50 mg/tablet)
- b) *Amodiaquine* adalah 10mg/KgBB per hari (200 mg/tablet – 153 mg amodiakuin basa)
- c) *Primakuin* adalah 0,75 mg/KgBB pada hari pertama

Tabel 2.3. Pengobatan Malaria *P. Falciparum* di sarana pelayanan kesehatan yang tidak tersedia ACT

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur				
		< 1 th	1-4 th	5-9 th	10-14 th	> 15 th
H1	SP*)	-	¾	1 ½	2	3
	<i>Primakuin</i> **)	-	¾	1 ½	2	3

Sumber : Depkes RI, 2006

*) dosis *sulfadoksin* – *primetamin* (SP) adalah 25 mg/KgBB dosis tunggal *sulfadoksin* atau 1,25 mg/KgBBdosisi *pirimetamin* untuk membunuh *parasit stadium aseksual*

**) Dosis *Primakuin* adalah 0,75 mg/KgBB, untuk membunuh *parasit stadium seksual*

Tabel 2.4. Pengobatan Lini II Malaria *P. Falciparum* (gagal/alergi SP)

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur				
		0-11 bln	1-4 thn	6-9 thn	10-14 thn	≥ 15 thn
H1	Kina*)	**)	3 x ½	3 x 1	3 x ½	3 x (2-3)
	Doksisiklin	-	-	-	2 x 1 ***)	2 x 1 ****)
	Primakuin	-	¾	2	2	2-3
H1	Kina*)	**)	3 x ½	3 x ½	3 x ½	3 x (2-3)
	Dosisiklin	-	-	-	2 x 1 ***)	2 x 1 ****)

Sumber : Depkes RI, 2006

*) dosis kina adalah 10 mg/KgBB (200 mg/tablet/kina fosfat atau sulfat)

**) Dosis diberikan Kg/BB

***) Doksisiklin 2 x 50 mg/tablet (dosis orang dewasa adalah 4 mg/KgBB per hari, dosis anak usia 8-14 thn adalah 2 mg/KgBB per hari)

****) Doksisiklin 2 x 100 mg/tablet, doksisiklin tidak diberikan pada ibu hamil dan anak usia < 8 thn

Tabel 2.5. Pengobatan Lini II Malaria *P. Falciparum* (bila tidak ada Doksisiklin)

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur				
		0-11 bln	1-4 thn	6-9 thn	10-14 thn	≥ 15 thn
H1	Kina*)	**)	3 x ½	3 x 1	3 x ½	3 x (2-3)
	Tetrasiklin	-	-	-	**) 4 x 1 ****)	
	Primakuin	-	¾	2	2	2-3
H1	Kina	**) 3 x ½	3 x ½	3 x ½	3 x ½	3 x (2-3)
	Dosisiklin	-	-	-	**) 4 x 1 ****)	

Sumber : Depkes RI, 2006

*) dosis kina adalah 10 mg/KgBB (200 mg/tablet/kina fosfat atau sulfat)

**) Dosis diberikan Kg/BB

****) tetrasiklin 4 x 250 mg/tablet tetrasiklin HD (dosis adalah 4-5 mg/KgBB per kali pemberian), tetrasiklin tidak diberikan pada ibu hamil dan anak usia < 8 thn.

- c. Cara pemberian kina pada orang dewasa termasuk untuk ibu hamil dan nifas

Kina loading dose : 20 mg garam/kgbb dilarutkan dalam 500 ml dextrose 5% atau NaCl 0,9% diberikan selama 4 jam pertama. Selanjutnya selama 4 jam ke-dua hanya diberikan cairan dextrose 5% atau NaCl 0,9%. Setelah itu, diberikan kina dengan dosis *maintenance* 10 mg/kgbb dalam larutan 500-ml dekstrose 5 % atau NaCl selama 4 jam. Empat jam selanjutnya, hanya diberikan lagi cairan dextrose 5% atau NaCl 0,9%. Setelah itu diberikan lagi dosis *maintenance* seperti diatas sampai penderita dapat minum kina per-oral. Bila sudah sadar / dapat minum obat pemberian kina iv diganti dengan kina *tablet per-oral* dengan dosis 10 mg/kgbb/kali, pemberian 3 x sehari (dengan total dosis 7 hari dihitung sejak pemberian kina perinfus yang pertama) (Depkes RI, 2008).

D. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

1. Definisi

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, 2009 : 91).

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, 2009 : 91).

2. Prinsip proses manajemen kebidanan menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* (Muslihatun, 2009 : 92) terdiri dari :

- a. 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.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat *diagnosis* berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997) dalam Muslihatun (2009 : 93)

Menurut Varney, bahwa 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 manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah 1. Pengumpulan data dasar

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

- a. Riwayat Kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

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.

Langkah 2. 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. Standar *nomenklatur diagnosis* kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh *Clinical Judgement* dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau *diagnosis* potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan *diagnosis* yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila *diagnosis*/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4. 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 periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Langkah 5. 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.

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. klien. Rasional berarti tidak berdasarkan *asumsi*, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap dan bisa dianggap *valid* sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah 6. 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 dilakukan 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.

Langkah 7. 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* (Muslihatun, 2009).

4. Pedokumentasian Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil

Pendokumentasian manajemen kebidanan pada ibu hamil dengan menggunakan tujuh langkah Varney (Muslihatun, 2009), adalah sebagai berikut :

a. Langkah 1. Pengkajian Data

Pengkajian data ibu

Data yang harus dikumpulkan pada ibu hamil, meliputi: identitas baik ibu maupun suami, data subjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul pemeriksaan laboratorium atau penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari ibu hamil dan suaminya, meliputi: nama, umur, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi :

- a. Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan keluar umur ibu saat perkawinan dan lama erkawinan.
- b. Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan perrvaginam dan fluor albus.
- c. Riwayat kehamilan sekarang, meliputi riwayat ANC, gerakan janin, meliputi tanda-tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat ng dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu.
- d. Riwayat obstetri (Gravida (G)... Para (P)... Abortus (Ab)... Anak dup (Ah) ...) meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi < 2500 gram atau 4000 gram serta masalah

selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

- e. Riwayat Keluarga Berencana, meliputi: jenis metode yang pakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan henti, keluhan/alasan berhenti.
- f. Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga, meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsi, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV / AIDS.
- g. Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan.
- h. Imunisasi TT
- i. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat.
- j. Riwayat psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi:

- a. Pemeriksaan fisik ibu hamil, meliputi:
 - 1) Keadaan umum, meliputi: tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu. selama pemeriksaan, TB dan BB.
 - 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.

- 3) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, cloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat, warna sklera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe.
- 4) Payudara, meliputi: bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe. Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika Usia Kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika Usia Kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (Usia Kehamilan lebih dari 28 minggu) dan penurunan kepala janin (Usia Kehamilan lebih dari 36 minggu), Djj janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.
- 5) Ekstremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, refleks patella.
- 6) Genetalia, meliputi: luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan, hemoroid dan kelainan lain.
- 7) Inspekulo, meliputi: keadaan serviks (cairan/darah, luka, pembukaan), keadaan dinding vagina (cairan/darah, luka).

- 8) Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya mass (pada trimester I saja).
- 9) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.
- 10) Kebersihan kulit.

b. Palpasi abdomen

Ada empat macam palpasi abdomen pada ibu hamil, bertujuan untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Palpasi terdiri atas Palpasi Leopold I, II, III dan IV. Palpasi Leopold lengkap (I sampai IV) baru dapat dilakukan kurang lebih pada usia kehamilan 24 minggu.

c. Pemeriksaan panggul

Indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu-ibu yang diduga panggul sempit, yaitu: pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetri jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kipsosis, skohosis, kaki pincang atau cebol.

d. Pemeriksaan laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada ibu hamil, adalah pemeriksaan melalui sampel urin maupun sampel darah. Pemeriksaan sampel urin pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PPTest), warna urin, bau, kejernihan, protein urin dan glukose urin. Pemeriksaan darah

ibu hamil, antara lain bertujuan untuk memeriksa hemoglobin, golongan darah, hematokrit darah, faktor resus, rubella, VDRL/RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

Pengkajian data fetus

1) Gerakan janin

Pemeriksaan gerakan janin, bisa dilakukan dengan cara dilihat, dirasakan atau diraba. Gerakan janin mulai dirasakan ibu hamil primigravida pada usia kehamilan 18 minggu dan usia kehamilan 16 minggu pada multigravida. Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa.

2) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu. Dengan doppler DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 12 minggu.

3) Non Stress Test (NST)

Interpretasi hasil NST menurut Kubli dan Hammacher, adalah sebagai berikut: jika janin sehat, maka pada saat janin bergerak aktif, DJJ akan meningkat. Jika janin kurang baik, pergerakan tidak diikuti dengan peningkatan DJJ.

4) Amniosintesis

Amniosintesis adalah tindakan aspirasi cairan amnion dengan pungsi melalui dinding abdomen (transabdominal) atau

melalui serviks uteri (transervikal). Amniosintesis dilakukan apabila cairan amnion sudah cukup banyak, yaitu awal trimester II (usia kehamilan 14-18 minggu).

b. Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Setelah pengkajian data ibu dan janin selesai, langkah berikutnya menentukan diagnosis. Ada empat kemungkinan diagnosis pada ibu hamil, yaitu:

- 1) Hamil normal (sertakan usia kehamilan).
- 2) Hamil normal dengan masalah khusus (keluarga, masalah psikososial, KDRT, masalah keuangan, dan lain-lain).
- 3) Hamil dengan penyakit/komplikasi (hipertensi, anemia, pre eklampsia, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat, infeksi saluran kencing, penyakit kelamin, dan lain-lain), kondisi ini memerlukan tindakan rujukan untuk konsultasi/penanganan bersama.
- 4) Hamil dengan keadaan darurat (perdarahan, eklampsia, KPD, dan lain-lain) memerlukan tindakan rujukan segera.

c. Langkah III. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi kan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

- d. Langkah IV. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini adalah cerminan keseimbangan dari proses manajemen.

- e. Langkah V. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan umum yang menyeluruh dan harus diberikan pada ibu hamil, antara lain sebagai berikut:

- 1) Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan dilaksanakan.
- 2) Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan.
- 3) Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus/ konsultasi ke disiplin ilmu lain, Bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli/fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
- 4) Beritahukan beberapa hal/gejala klinis penting dalam kehamilan yang menyebabkan ibu harus segera melakukan kunjungan ulang.
- 5) Beritahukan ibu tentang fasilitas kesehatan dan sistem yang ada untuk melakukan rujukan.
- 6) Pastikan ibu mengerti informasi dan hasil pemeriksaan/ diagnosis serta penatalaksanaannya.

- f. Langkah VI. Pelaksanaan perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian

dilakukan oleh bidan, sebagian lagi 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 biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

g. Langkah VII. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah dilakukan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah diidentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apabila ibu hamil dapat melakukan kunjungan antenatal secara teratur dan mengikuti semua anjuran yang diberikan.

5. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009 : 123) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tenaga kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam

menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah *Analysis/Assessment* dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009 : 124).

a. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan *diagnosis*. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan *diagnosis* yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

b. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data),

terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan *diagnostik* lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan *diagnosis*.

c. A (*Assessment*)

A (Analysis/Assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. *Analisis/assessment* merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini: *diagnosis*/masalah kebidanan, *diagnosis*/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi

diagnosis/ masalah potensial. Kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi: tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

d. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien

berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *Planning* ini juga harus mencantumkan evaluation/ evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan *valid* merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN DAN TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

1. Gambaran Umum Puskesmas Sentani

Lokasi Puskesmas Sentani berada di Distrik Sentani Kota Jayapura Provinsi Papua. Luas wilayah $\pm 159,7 \text{ Km}^2$, dengan jumlah penduduk 41.707 jiwa.

a. Batas Wilayah Puskesmas Sentani

Sebelah Utara : Distrik Jayapura Selatan (Puskesmas Kotaraja)

Sebelah Selatan : Distrik Arso, Kabupaten Keerom

Sebelah Timur : Distrik Muara tami (Puskesmas Koya Barat)

Sebelah Barat : Kelurahan Waena (Puskesmas Waena)

b. Program Kerja

Pada periode Januari s/d Desember 2010, Puskesmas Sentani mempunyai program kerja diantaranya adalah Promosi Kesehatan. kesehatan lingkungan P2M (termasuk imunisasi), KIA dan KB, Perbaikan Gizi dan Pengobatan Dasar.

c. Wilayah Kerja

Wilayah kerja Puskesmas Sentani terdiri dari 3 (tiga) kampung, yaitu :

1) Kelurahan Sentani

2) Kelurahan Awiyo

- 3) Kelurahan Asano
- 4) Kampung Nafri
- 5) Kampung Enggros
- 6) Kampung Koya Koso.

2. Sarana komunikasi

Letak wilayah kerja Puskesmas Sentani di tengah kota, jadi transport darat cukup baik.

3. Sarana kesehatan

Distrik Sentani selain Puskesmas Sentani sebagai Puskesmas Induk, juga terdapat 5 (lima) Puskesmas Pembantu, masing-masing : Pustu Perumnas IV, Pustu Awiyo, Pustu Enggros, Pustu Koya Koso, Pustu Nafri dan 29 Posyandu.

4. Fasilitas dan sarana penunjang

a. Fasilitas

Jumlah ruangan pada Puskesmas Sentani 14 ruangan dengan bagian – bagian tertentu.

b. Sarana Penunjang

- 1) 1 (satu) buah mobil Puskesmas Keliling
- 2) 2 (dua) unit komputer
- 3) 2 (dua) unit Sepeda Motor
- 4) 1 (satu) buah mesin ketik

c. Ketenagaan

- 1) Medis : 4 orang

2) Paramedis : 45 orang

3) Non Medis : 3 orang

5. Kegiatan Puskesmas

Kegiatan yang dilakukan di Puskesmas Sentani selama periode Januari sampai dengan Desember 2009 adalah sebagai berikut :

a. Kegiatan dalam gedung, meliputi :

- 1) Pelayanan pengobatan dasar, umum dan gigi
- 2) Pemeriksaan ibu hamil
- 3) Penimbangan bayi dan Balita
- 4) Imunisasi
- 5) Pelayanan KB
- 6) Pelayanan pengobatan TB Paru dan Kusta
- 7) Pelayanan Laboratorium
- 8) Pelayanan obat – obatan (Apotik)

b. Kegiatan di luar gedung, yang meliputi :

- 1) Kegiatan Posyandu
- 2) Distribusi Vit. A ke Posyandu-Posyandu dan TK Binaan
- 3) Penyuluhan di Sekolah – Sekolah
- 4) Penyuluhan di Posyandu – Posyandu
- 5) Kegiatan biasa, TT Wus
- 6) Pemberian makanan tambahan
- 7) Pengobatan massal

6. Gambaran KIA

Kegiatan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di Puskesmas Sentani, terdiri dari 2 ruangan yaitu satu ruangan dengan kapasitas 2 tempat tidur digunakan untuk pemeriksaan ibu hamil, pelayanan KB, penimbangan bayi dan balita, pelayanan ibu nifas. Satu ruangan lagi untuk pelayanan imunisasi yang terdapat 1 meja tindakan dan 1 meja pencatatan kegiatan KIA Puskesmas Sentani meliputi :

- a. Pelayanan ANC : Hari Selasa dan Kamis
- b. Pelayanan Imunisasi : Hari Rabu
- c. Pelayanan KB : Hari Senin dan Sabtu
- d. Pelayanan Bayi dan Balita Sehat : Hari Rabu
- e. Pelayanan Bayi dan Balita Sakit : Setiap hari kerja

Sedangkan hari Jumat dipakai sebagai hari kerja bakti. Kegiatan Posyandu disesuaikan dengan jadwal pelayanan setiap bulan dan pertolongan persalinan dilakukan di rumah klien, pencatatan dan pelaporan KIA Puskesmas Sentani cukup baik sehingga mempermudah penulis dalam pengambilan data.

B. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN MALARIA TERTIANA DI PUSKESMAS SENTANI

Tanggal Pengkajian : 21 Juni 2011 Jam : 09.00 Wit
Tempat Praktek : Puskesmas Sentani
Oleh : Marselina Tupa Lamanepa

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama	: Ny. YH	Nama	: Tn. EY
Umur	: 24 Tahun	Umur	: 26 Tahun
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Suku/Bangsa	: Wamena/Indonesia	Suku/Bangsa	: Sentani/Indonesia
Alamat rumah	: Yobeh Sentani	Alamat rumah	: Yobeh Sentani

2. Data Biologis/Fisiologi

- a. Keluhan Utama : Ibu mengatakan merasa demam/
menggigil, pusing, mual, muntah dan
nyeri ulu hati
- b. Riwayat Keluhan Utama : Ibu mengatakan sejak tanggal 19 Juni
2011, merasa demam/menggigil dan nyeri
ulu hati.

c. Riwayat perkawinan :

Kawin satu kali. Kawin pertama umur 20 tahun dan lama nikah 4 tahun.

d. Riwayat Menstruasi

Menarche umur 13 Tahun. Siklus 28 hari. teratur lama 5 hari. Sifat Darah encer. Warna darah merah segar. Bau amis

e. Riwayat kehamilan ini :

1) Riwayat ANC

ANC pertama kali pada umur kehamilan 12 minggu di Puskesmas Sentani

Frekuensi :

Trimester I : 1 kali

Trimester II : 1 kali

Trimester III : 2 kali

2) Kehamilan dan persalinan lalu : G II P I A 0

Hamil ke	PERSALINAN					
	Umur kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Tempat Persalinan	Jenis kelamin	BB lahir
1	Cukup bulan	Spontan	Bidan	PKM Sentani	Laki	3000 gr
2	Hamil ini	-	-	-	-	-

3) Kehamilan Sekarang

a) Usia kehamilan : 36 minggu (9 bulan)

b) Gravida : G II P I A0

c) HPHT : 12 – 10 – 2010

d) HTP : 19 – 07 – 2011

e) ANC : 4 Kali di PKM Sentani

f) Imunisasi : TT1 tanggal 12 - 2 - 2011

TT 2 tanggal 12 - 5 - 2011

4) Keluhan selama kehamilan

No.	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual dan muntah	Ada	Tidak Ada	Ada
2	Nyeri uluh hati	Ada	Sering	Tidak ada
3	Sakit kepala	Ada	Tidak Ada	Ada
4	Mudah lelah	Ada	Tidak Ada	Ada
5	Pusing-pusing	Ada	Tidak Ada	Ada
6	Panas dingin	Tidak ada	Tidak ada	Ada
7	Nyeri perut	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
8	Nyeri pinggang	Tidak ada	Ada	Ada
9	Nyeri BAK	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
10	Kram otot	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
11	Konstipasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
12	Poli urin	Tidak ada	Ada	Tidak ada
13	Haemorhoid	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14	Leuchorea	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
15	Gangguan pernapasan	Tidak ada	Ada	Ada
16	Menggigil	Tidak ada	Tidak ada	Ada
17	Demam	Tidak ada	Tidak ada	Ada

5) Pergerakan janin dirasakan pada saat umur kehamilan 16 minggu,
pergerakan janin dalam 24 jam terakhir lebih dari 10 kali

f. Riwayat ginekologi

- 1) Riwayat gangguan system reproduksi : Tidak ada
- 2) Riwayat sectio caesarea : Tidak pernah
- 3) Riwayat abortus : Tidak pernah

4) Riwayat menggunakan metode kontrasepsi :

Ibu mengatakan pernah mengikuti KB Suntik selama 1,5 tahun dan berhenti karena ingin punya anak lagi

5) Riwayat kesehatan lalu : Batuk pilek dan malaria

g. Riwayat penyakit keluarga : Batuk, pilek dan malaria

h. Keadaan Psiko Sosial

Baik, Kehamilan ini diharapkan.

i. Latar belakang sosial budaya

Klien dan suami berasal dari suku yang berbeda dan mereka sangat memegang teguh budaya mereka.

j. Keadaan sosial ekonomi

Penghasilan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

k. Kegiatan Keagamaan

Suami dan istri rajin beribadah

1. Data kebutuhan dasar

No.	Kegiatan	Sebelum Hamil	Saat Hamil
1	Nutrisi a. Pola makan b. Frekwensi makan c. Nafsu makan d. Makanan kesukaan e. Makanan Pantangan f. Jumlah Minum	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 -8 gelas/hari	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 – 8 gelas/hari
2	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan a. Merokok b. Obat penenang c. Minuman keras d. Jamu	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah
3	Eliminasi a. BAB - Frekwensi - Bau/warna - Kosistensi - Gangguan b. BAK - Frekwensi - Bau/warna - Gangguan	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 3-4 x/sehari Amoniak/kuning Tidak ada	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 5-6 x/sehari Amoniak/kuning Tidak ada
4	Pola tidur dan istirahat a. Tidur siang b. Tidur malam	1-2 jam 6-7 jam	1 jam 6-7 jam
5	Olah raga dan rekreasi a. Olah raga b. Rekreasi	Tidak pernah Jarang	Tidak pernah Jarang
6	Hygiene Peorangan a. Frekwensi mandi b. Pakai sabun c. Dikeringkan dengan handuk d. Frekwensi sikat gigi e. Sikat gigi dengan odol f. Frekwensi cuci rambut g. Pakai shampo h. Gunting kuku i. Ganti pakaian dalam	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2 x seminggu Ya Ya Ya 2 x sehari	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya Ya Ya 2 x sehari

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : *Compos mentis*
- c. Keadaan Emosional : Stabil
- d. Berat badan sebelum Hamil : 60 kg
- Berat badan terakhir : 77 kg
- Tinggi badan : 167 cm
- Lingkar lengan : 27 cm

2. Pemeriksaan tanda – tanda Vital

- a. Tekanan darah : 100/70 mmHg,
- b. Suhu badan : 38°C
- c. Nadi : 80 x/mnt
- d. Respirasi : 24 x /mnt

3. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala
 - Rambut : Hitam, keriting
 - Kebersihan : Baik
- b. Wajah
 - Oedema* : Tidak ada
 - Bentuk wajah : Bulat/ Oval
 - Cloasma gravidarium* : Ada

- c. Mata
- Bentuk : Simetris
- Kebersihan : Bersih
- Konjungtiva : Pucat
- Sclera* : Tidak *icterus*
- Penglihatan : Jelas, kanan dan kiri
- d. Hidung
- Polip : Tidak ada
- Sekret/cairan : Tidak ada
- Kebersihan : Baik
- Nyeri tekan : Tidak ada
- e. Kulit : Baik
- Warna kulit : Hitam kecoklatan
- Keadaan kulit : Bersih
- f. Mulut dan Gigi
- Stomatitis : Tidak ada
- Caries : Tidak ada
- Lidah : Bersih
- Mukosa mulut : Lembab
- g. Telinga
- Bentuk : Simetris kiri kanan
- Canalis : Ada
- Keadaan telinga luar : Baik

Pendengaran : Jelas

Pengeluaran Sekret : Tidak ada

h. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid : Tidak teraba pembesaran

Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada pembesaran

Pembesaran kelenjar jugularis : Tidak teraba pembesaran

i. Payudara

Bentuk : Simetris kiri dan kanan

Pembesaran : Ya

Kebersihan : Bersih

Puting Susu : Menonjol kanan dan kiri

Pengeluaran : Colostrum kanan dan kiri

Nyeri tekan : Tidak ada

Benjolan : Tidak ada

Areola mammae : Hyperpigmentasi (+)

j. Thorax dan Paru

Frekwensi pernafasan : 24 x/m

Pergerakan dada : Normal

k. Abdomen

1) Inspeksi : Perut membesar (+)

Striae albicans : Ada

2) Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan PX dan Symphysis fundus uteri (32 cm), fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bagian bokong janin)

Leopold II : Bagian kanan teraba tahanan kuat (bagian punggung janin), bagian kiri teraba yang berbenjol-benjol (bagian kecil janin)

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bagian keras, bulat dan dapat digoyangkan (bagian kepala janin)

Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk panggul

3) Auskultasi : BJA 141 x/menit (doppler)

4) TBJ : TFU : 32 cm, TBJ = $(32 - 12) \times 155 = 3100$ gr (rumus johnson tausak)

l. Aksila

Inspeksi : Tidak ada kelainan

Palpasi: : Tidak ada pembesaran kelenjar

m. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Bentuk : Simetris kanan dan kiri

Keadaan kuku/ Jari : Normal / Lengkap

Oedema : Tidak ada

2) Ekstremitas Bawah

Bentuk : Simetris kanan dan kiri

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Refleks Patella : Normal kanan dan kiri

n. Genitalia

Kebersihan : Tidak dilakukan pemeriksaan

Pengeluaran pervaginasi : Tidak dilakukan pemeriksaan

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartholini : Tidak ada

Perineum : Tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 21 Juni 2011 Jam : 09.15 Wit

a. Darah : DDR : PV (+)

HB : 11,2 gr %

b. Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ibu : Umur 24 tahun G II P I, usia kehamilan 36 minggu dengan
malaria PV (+)

Janin : *Intra uterine*, letak kepala, tunggal, hidup,

Data Subjektif :

- a. HPHT : 12 - 10 - 2010 TP : 19 - 7 - 2011
- b. Ibu mengatakan demam/menggigil, pusing, mual dan kadang muntah dan nyeri ulu hati sejak tanggal 19 Juni 2011

Data Objektif :

- a. TTV : Tekanan darah : 100/70 mmHg, Suhu badan: 38°C, Nadi : 80 x/mnt, Respirasi : 24 x /mnt
- b. Palpasi TFU pertengahan Px dan pusat (32 cm)
- c. Kehamilan 36 minggu
- d. Auskultasi : BJA (+) 141 x/m (doppler)
- e. TBJ : 3100 gr
- f. Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 21 Juni 2011 Jam : 09.15 Wit
DDR : PV (+), HB : 11,2 gr %

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL**1. Ibu**

- a. Potensial terjadi malaria berat

Dasar : Pemeriksaan Laboratorium : DDR : PV (+)

- b. Potensial terjadi kekurangan nutrisi

Dasar : Nafsu makan berkurang, karena mual dan muntah

2. Janin

- a. Potensial bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR)

Dasar : Ibu dengan malaria, karena plasenta dapat mengganggu penyaluran oksigen dan zat nutrisi

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian pengobatan/therapy

1. Arterakin diminum 4 tablet selama 3 hari (2 tablet, 8 jam kemudian 2 tablet, 24 jam dan 32 jam masing-masing 2 tablet)
2. Paracetamol diminum bila badan terasa panas (pagi, siang dan malam)
3. Antacyda diminum 1 tablet selama 3 hari (pagi, siang dan malam)

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Bina hubungan yang harmonis dengan klien
2. Informasikan rencana tindakan yang akan dilakukan pada ibu
3. Lakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium (HB dan DDR)
4. Konsultasi dan kolaborasi dokter dalam pemberian therapy
5. Berikan penjelasan tentang pemenuhan asupan nutrisi/cairan
6. Ajarkan ibu cara minum obat di rumah
7. Informasikan ibu untuk menggunakan kelambu *insektisida*, obat anti nyamuk sebelum tidur
8. Anjurkan ibu menjaga kebersihan lingkungan (tempat tinggal)
9. Anjurkan ibu dalam posisi tidur ibu (miring) dirumah
10. Beritahu tanda – tanda bahaya dalam kehamilan
11. Beritahu tanda-tanda persalinan
12. Diskusikan bersama ibu untuk mempersiapkan tentang mempersiapkan biaya, perlengkapan bayi dan ibu, tempat persalinan, penolong persalinan dan transportasi
13. Anjurkan kontrol ulang

14. Kontrak waktu dengan ibu untuk kunjungan rumah

15. Dokumentasikan hasil pelayanan.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 21 Juni 2011 Jam 09.00 WIT

1. Membina hubungan yang harmonis dengan klien
2. Menginformasikan rencana tindakan yang akan dilakukan seperti pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium (HB dan DDR)
3. Melakukan pemeriksaan TTV (TD : 100/70 mmhg, ND : 80x/m, R : 24x/m, SB 38°C), palpasi (TFU : pertengahan PX dan pusat = 32 cm), pemeriksaan laboratorium (DDR : PV (+), HB : 11,2 gr%)
4. Jam : 09.20 Wit, ibu telah diberikan obat arterakin 2 tablet, paracetamol 1 tablet, antacyda 1 tablet.
5. Memberikan penjelasan tentang asupan nutrisi/cairan yang harus dipenuhi, seperti :
 - a. Makan makanan yang seimbang (nasi, sayur lauk, pauk, buah) dan susu
 - b. Minum air putih yang hangat bila ingin minum
6. Mengajarkan ibu cara minum obat di rumah sesuai advis dokter
 - a. Arterakin diminum 4 tablet selama 3 hari (2 tablet, 8 jam kemudian 2 tablet, 24 jam dan 32 jam masing-masing 2 tablet)
 - b. Paracetamol diminum bila badan terasa panas (pagi, siang dan malam)
 - c. Antacyda diminum 1 tablet selama 3 hari (pagi, siang dan malam)
7. Menginformasikan kepada ibu, jika tidur menggunakan kelambu *insektisida* atau obat anti nyamuk sebelum tidur

8. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal dengan cara membuka jendela pada siang hari, agar cukup pencahayaan matahari didalam rumah tempat tinggal, tempat penampungan air ditutup agar tidak menjadi perkembangbiakan nyamuk (3 M : menutup, menguras dan mengubur) dan pada malam hari menutup jendela, agar nyamuk tidak masuk dan udara dingin serta tidak menggantung pakaian kotor dibelakang pintu.
9. Menganjurkan posisi tidur ibu miring untuk mencegah terjadinya penekanan pada cava inferior, sehingga tidak menghambat oksigen dari ibu ke janin.
10. Memberitahukan ibu tanda – tanda bahaya dalam kehamilan seperti demam yang terus menerus, mual/muntah berlebihan, pergerakan anak kurang/tidak bergerak, agar ibu mengetahui secara dini tanda-tand bahaya dalam kehamilan dan segera memeriksakan diri.
11. Memberitahukan ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar air-air, keluar lendir bercampur darah, perut terasa mules seperti mau buang air besar
12. Diskusikan bersama ibu tentang mempersiapkan biaya untuk persalinan, perlengkapan bayi dan ibu, tempat persalinan di rumah sakit, penolong persalinan oleh bidan dan dokter, serta transportasi menggunakan mobil
13. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang agar dilakukan pemeriksaan laboratorium : DDR, HB) kembali setelah obat habis atau bila ada keluhan – keluhan
14. Mengontrak waktu dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah pada tanggal 22 Juni 2011 jam 16.00 Wit.
15. Mendokumentasikan hasil pelayanan pada KMS ibu dan kartu register ibu.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 21 Juni 2011 Jam 10.00 WIT

1. Terbina hubungan yang baik dengan klien
2. Telah diinformasikan sebelum melakukan tindakan
3. Tanda - tanda vital dalam batas normal, perut membesar sesuai umur kehamilan, DDR : (PV : +), HB : 11,2 gr%)
4. Ibu telah minum obat pada jam : 09.20 Wit
5. Ibu telah mengerti asupan nutrisi/cairan yang harus dipenuhi
6. Ibu telah mengetahui cara minum obat di rumah sesuai advis dokter
7. Ibu berjanji menggunakan kelambu *insektisida* atau obat anti nyamuk sebelum tidur.
8. Ibu akan menjaga kebersihan lingkungan rumah
9. Ibu mengerti manfaat tidur miriing dan berjanji akan melakukannya
10. Ibu telah mengetahui tanda – tanda bahaya dalam kehamilan.
11. Ibu telah mengetahui tanda – tanda persalinan
12. Ibu berjanji akan melakukan persiapan persalinan
13. Ibu berjanji akan melakukan kunjungan ulang sesuai dengan tanggal yang telah ditetapkan.
14. Ibu bersedia menerima kunjungan rumah pada tanggal 22 Juni 2011 jam 16.00 Wit
15. Hasil pelayanan telah didokumentasikan pada KMS ibu dan kartu register ibu.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL
DENGAN MALARIA TERTIANA
KUNJUNGAN RUMAH HARI KE II**

Tanggal /jam pengkajian : 22 – 06 – 2011 Jam : 16.00 Wit
Tempat : Rumah Klien Jl. Yobeh Sentani
Oleh : Marselina Tupa Lamanepa

DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan merasa kurang enak badan, rasa nyeri di ulu hati berkurang
2. Ibu mengatakan minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : *Compos mentis*
3. Keadaan Emosional : Stabil
4. Pemeriksaan tanda – tanda Vital
 - a. Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - b. Suhu badan : 36,7°C
 - c. Nadi : 82 x/mnt
 - d. Respirasi : 24 x /mnt
5. *Konjungtiva* : Tidak Anemis
6. *Sclera* : Tidak ikterik
7. Auskultasi : BJA 141 x/menit (doppler)
8. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 21 Juni 2011 : DDR : PV (+)

ASESSMENT

1. **Diagnosa** : Ibu : Umur 24 tahun G II P I, usia kehamilan 36 minggu
dengan malaria PV (+)

Janin : *Intra uterine*, letak kepala, tunggal, hidup,

Data Dasar

DS

- a. Ibu merasa kurang enak badan, rasa nyeri di ulu hati berkurang
- b. Ibu minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran

DO

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Pemeriksaan tanda – tanda Vital
 - 1) Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - 2) Suhu badan : 36,7°C
 - 3) Nadi : 82 x/mnt
 - 4) Respirasi : 24 x /mnt
- c. *Konjungtiva* : Tidak Anemis
- d. *Sclera* : Tidak ikterik

2. Masalah

- a. Ibu : Potensial terjadi malaria berat
 Dasar : Pemeriksaan Laboratorium : DDR : PV (+)
- b. Janin : Potensial bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR)
 Dasar : Ibu hamil dengan malaria dapat mengganggu penyaluran oksigen dan zat nutrisi melalui plasenta

3. Kebutuhan

- a. Konseling tentang kebutuhan nutrisi
- b. Anjuran agar obat tetap diminum secara teratur sampai habis

P LANNING

Tanggal : 22 – 06 – 2011 Jam : 16.05 Wit

1. Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium, didapati

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. TTV
 - TD : 120/80 mmHg SB : 36,7°C
 - ND : 82 x/m RR : 24 x/m
- d. Auskultasi : BJA 136 x/menit (Lenneck)
- e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 21 Juni

Darah : Pakai RDT : DDR (+)

HB : 11,2 gr %

Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

2. Memberikan dukungan moril kepada ibu dengan cara lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, dan ibu mengatakan bahwa akan mengikuti anjuran petugas dengan lebih banyak berdoa
3. Menganjurkan ibu untuk menghabiskan obatnya (agar tidak terjadi resisten) dengan cara minum yang teratur sesuai dengan anjuran yang telah

diberikan dan ibu mengatakan akan meminum obatnya sampai habis secara teratur

4. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang tanggal 28 Juni 2011 di Puskesmas Sentani dan ibu akan mengatakan kontrol ulang tanggal 28 Juni 2011.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL
DENGAN MALARIA TERTIANA
KUNJUNGAN KE PUSKESMAS
HARI KE III**

Tanggal /jam pengkajian : 28 – 06 – 2011 Jam : 09.00 Wit

Tempat : Puskesmas Sentani

Oleh : Marselina Tupa Lamanepa

DATA SUBJEKTIF

- a. Ibu mengatakan sudah merasa sehat, tidak ada rasa nyeri di ulu hati
- b. Ibu mengatakan obat telah habis diminum
- c. Ibu mengatakan makan teratur dengan menu seimbang

DATA OBJEKTIF :

- 1. Keadaan Umum : Baik
- 2. Kesadaran : Compos mentis
- 3. Pemeriksaan tanda – tanda Vital
 - a. Tekanan darah : 120/80 mmHg,
 - b. Suhu badan : 36,5°C
 - c. Nadi : 82 x/mnt
 - d. Respirasi : 24 x /mnt
- 4. Pemeriksaan fisik
- 5. Konjungtiva : Tidak Anemis
- 6. *Sclera* : Tidak ikterik

7. Abdomen

1) Inspeksi : Perut membesar (+)

Striae albicans : Ada

2) Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan PX dan pusat (32 cm), fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bagian bokong janin)

Leopold II : Bagian kanan teraba tahanan kuat (bagian punggung janin), bagian kiri teraba yang berbenjol-benjol (bagian kecil janin)

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bagian keras, bulat dan dapat digoyangkan (bagian kepala janin)

Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk PAP

3) Auskultasi : BJA 140 x/menit (doppler)

4) TBJ : TFU : 32 cm, TBJ = $(32 - 12) \times 155 = 3100$ gr
(rumus johnson tausak)

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium Tanggal 28 Juni Jam : 09.20 Wit

a. Darah : DDR : PV (-)

HB : 11,2 gr %

b. Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

ASESSMENT

1. **Diagnosa** : Ibu : Umur 24 tahun G II P I, usia kehamilan 37 minggu,
normal

Janin : *Intra uterine*, letak kepala, tunggal, hidup

Data Dasar

DS

- a. Ibu mengatakan sudah merasa sehat, tidak ada rasa nyeri di ulu hati
- b. Ibu mengatakan obat telah habis diminum
- c. Ibu mengatakan makan teratur dengan menu seimbang

DO

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Pemeriksaan tanda – tanda Vital
 - Tekanan darah : 120/80 mmHg,
 - Suhu badan : 36,5°C
 - Nadi : 82 x/mnt
 - Respirasi : 24 x /mnt
- d. Konjungtiva : Tidak Anemis
- e. *Sclera* : Tidak ikterik
- f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan RDT Tanggal 28 Juni Jam : 09.20 Wit

Darah : DDR : PV (-)

HB : 11,2 gr %

Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

2. Masalah

Tidak ada

3. Kebutuhan

Konseling tentang persiapan persalinan

PLANNING

Tanggal : 28 – 06 – 2011 Jam : 09.30 Wit

1. Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium, didapati

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. TTV

TD : 120/80 mmHg SB : 36,5°C

ND : 82 x/m RR : 24 x/m

- d. Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan PX dan pusat (32 cm), fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bagian bokong janin)

Leopold II : Bagian kanan teraba tahanan kuat (bagian punggung janin), bagian kiri teraba yang berbenjol-benjol (bagian kecil janin)

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bagian keras, bulat dan dapat digoyangkan (bagian kepala janin)

Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk PAP

- e. Auskultasi : BJA 140 x/menit (doppler)

2. Menganjurkan ibu untuk tidur dengan menggunakan kelambu dan anti nyamuk dan membersihkan lingkungan tempat tinggal yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk dan ibu mengatakan akan mengikuti semua anjuran yang diberikan petugas
3. Mengingatkan ibu untuk mempersiapkan biaya persalinan, tempat persalinan, penolong persalinan, perlengkapan ibu dan bayi serta transportasi yang akan digunakan dan ibu mengatakan biaya persalinan telah siap, ibu berencana akan melahirkan di Puskesmas Sentani dan ditolong oleh bidan. Ibu juga telah menyiapkan pakaian bayi dan perlengkapan ibu serta biaya transportasi yang akan dipakai ke rumah sakit.
4. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang tanggal 5 Juli 2011 di Puskesmas Sentani dan ibu mengatakan akan kontrol ulang tanggal 5 Juli 2011.

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny. YH dengan malaria tertiana di Puskesmas Sentani pada tanggal 21 Juni 2011 yang dipengaruhi oleh infeksi *parasit* yang disebabkan oleh *plasmodium* yang menyerang *eritrosit* dan ditandai dengan ditemukannya bentuk *aseksual* di dalam darah, sehingga menyebabkan malaria pada Ny. YH.

Pada langkah pertama penulis mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan kondisi Ny. YH dengan malaria tertiana, dimana pada pengkajian, penulis mendapati ibu mengeluh demam, menggigil, mual, muntah dan nyeri lambung. Hal ini sesuai dengan teori menurut Prawirohardjo (2008), dimana dikatakan karena gejala klasik, yaitu terjadinya trias malaria, yakni stadium dingin, stadium panas dan stadium berkeringat. Dan dari hasil pemeriksaan umum, penulis mendapati keadaan umum baik, pemeriksaan fisik, conjungtiva pucat dan hasil pemeriksaan laboratorium (DDR : PV (+) dan Hb : 11,2 gr%). Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Depkes RI (2008), dimana dikatakan bahwa pemeriksaan diagnostik malaria dapat dilakukan dengan beberapa cara, salah satunya adalah dengan pemeriksaan tetesan darah tepi.

Pada langkah kedua, data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan untuk menentukan diagnosis, mengidentifikasikan masalah dan kebutuhan ibu. Pada kasus ini, penulis menegakkan diagnosa aktual pada kunjungan hari I G II P I, usia kehamilan 36 minggu, *janin intra uterine*, tunggal, hidup, letak kepala,

keadaan janin baik, keadaan ibu dengan malaria PV (+), pada kunjungan ke II (kunjungan rumah pada tanggal 22 Juni 2011) GII P I, usia kehamilan 36 minggu, *janin intra uterine*, tunggal, hidup, letak kepala, keadaan janin baik, keadaan ibu baik. Pada kunjungan ke III di Puskesmas Sentani tanggal 28 Juni 2011 G II P I, usia kehamilan 37 minggu, keadaan ibu baik, *janin intra uterine*, letak kepala, tunggal, hidup, keadaan janin baik hal ini sesuai dengan pendapat Muslihatun (2009), dimana dikatakan bahwa 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. Pada langkah kedua ini, diagnosa ditegakkan sesuai dengan tinjauan teori.

Pada langkah ketiga, penulis menengakkan diagnosa potensial, yaitu malaria berat (serebral). Hal ini sesuai dengan dengan pendapat Prawirohardjo (2006), dimana dikatakan bahwa ibu hamil dengan malaria tertiana, jika tidak ditangani dengan tepat akan terjadi komplikasi seperti malaria *serebral*, *anemia*, *dehidrasi*, gangguan *asam-basa* dan *elektrolit*, gagal Ginjal Akut (GGA), kelainan hati (malaria *biliosa*), *edema* paru akut, *hipoglikemia* berat, kegagalan sirkulasi (malaria *algid*), kecenderungan terjadi perdarahan, *blackwater fever* (malaria *haemoglobinuria*), *hiperpireksia* dan *hemoglobinuria*.

Pada langkah keempat tindakan segera yang dilakukan penulis adalah melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi. Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI (2008), dimana dikatakan bahwa tindakan untuk ibu hamil dengan malaria tertiana harus disesuaikan dengan pengobatan line malaria berdasarkan umur dan berat badan. Pada langkah ini, penulis berkolaborasi dengan dokter dikarenakan tanggungjawab dari penulis hanya sebatas perawatan saja

Pada langkah kelima, penulis membuat rencana asuhan berdasarkan diagnosa potensial dan aktual. Kemudian diimplementasikan pada langkah keenam, antara lain melakukan pemeriksaan TTV (TD : 100/70 mmhg, ND : 80x/m, R : 24x/m, SB 38°C), palpasi (TFU : pertengahan PX dan pusat = 32 cm), pemeriksaan laboratorium (DDR : PV (+), HB : 11,2 gr%), berkonsultasi dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi, Jam : 09.20 Wit, arteri 1 tablet, paracetamol 1 tablet, antacyda 1 tablet, mengajarkan ibu cara minum obat di rumah sesuai advis dokter dan menganjurkan ibu untuk tidur menggunakan kelambu atau memakai obat anti nyamuk. Untuk kunjungan selanjutnya tanggal 22 Juni 2011, implementasi mengacu pada rencana asuhan yang telah disusun sebelumnya dan disesuaikan dengan manajemen kebidanan menurut Helen Varney.

Pada langkah ketujuh dilakukan evaluasi pada tanggal 28 Juni 2011 (kunjungan hari ke III), keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital dalam batas normal (TD : 120/80 mmHg, SB : 36,5°C, ND : 82 x/m, RR : 24 x/m. Hasil pemeriksaan laboratorium DDR ibu negatif. Hal ini sesuai dengan pendapat

Muslihatun (2009), dimana dikatakan bahwa 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* (Muslihatun, 2009).

Berdasarkan pembahasan di atas, maka dapat dikatakan bahwa penanganan malaria pada ibu hamil yang dilaksanakan berdasarkan protap Puskesmas Sentani, sangat sesuai dengan teori yang ada. Upaya-upaya yang dilakukan di Puskesmas Sentani adalah dengan memberikan kelambu *insektisida* secara gratis, sehingga dapat menekan angka kesakitan pada ibu hamil dengan malaria.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Malaria adalah penyakit yang dapat bersifat akut maupun kronik, disebabkan oleh *protozoa genus plasmodium* ditandai dengan demam, *anemia* dan *splenomegali*. Malaria merupakan suatu penyakit *protozoa* dari *genus plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina.

Hasil evaluasi kebidanan yang dilakukan pada ibu hamil Ny. YH dengan malaria tertiana dengan keluhan demam/menggigil, pusing, mual dan kadang muntah. Tindakan yang dilakukan adalah dengan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan *theraphy*, yakni memberikan obat oral arterakin 4 x 1 tablet selama 3 hari, paracetamol 3 x 1 tablet bila badan terasa panas dan antacyda 3 x 1 tablet selama 3 hari. Hasil evaluasi pada tanggal 28 Juni 2011 pada kunjungan rumah ketiga, ibu mengatakan sudah merasa sehat dan ibu tidur menggunakan kelambu berinsektisida dan dengan hasil pemeriksaan laboratorium (DDR) dinyatakan negatif.

B. SARAN

1. Bagi Puskesmas

Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya pada ibu hamil perlu dilakukan kunjungan rumah, sehingga kasus ibu hamil dengan malaria bisa ditekan, lewat deteksi dini berdasarkan data yang diperoleh.

2. Bagi institusi Pendidikan

Perlu adanya penambahan tenaga perpustakaan, sehingga perpustakaan dapat berjalan dengan baik dalam pemberian layanan peminjaman buku sebagai bahan referensi mahasiswa dalam membuat tugas maupun pembuatan karya tulis ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyadi, 2009. *Angka Kejadian Malaria*. www.batampos.co.id. Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Data Rekam Medis Puskesmas Sentani Tahun 2010, Jayapura.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria Di Indonesia*. Jakarta.
- Mansjoer, 2001. *Plasmodium Falciparum*. www.harnawatiiaj.wordpress.com. Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Manuaba, 2008. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, EGC; Jakarta.
- Prawirohardjo, 2008, *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP; Jakarta.
- Reginald, 2009. *Angka Kesakitan Malaria di Papua*. www.papua-pos.go.id/2009. Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Riskesdas, 2007. *Angka Kejadian Malaria*. www.batampos.co.id Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan : Konsep dan Praktik*. EGC; Jakarta.
- Sedyawati, 2009. *Prevalensi Malaria*. www.bkkbn.go.id/2009. Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Sudoyo, dkk. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. FKUI : Jakarta.
- Sukaswara, 2009. *Awat, Malaria Penyakit Yang Berbahaya*. www.tabloid-jubi,2009. Diakses pada tanggal 20 Juni 2011.
- Varney dkk, 2007, *Buku Saku Kebidanan*, EGC; Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

**MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN
MALARIA TERTIANA DI PUSKESMAS SENTANI**

Nama Mahasiswa : MARSELINA T. LAMANIPA

NIM : PO.71.24.4.08.85

Pembimbing I : Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	06-07-2011 Rabu	Daftar Isi - Bab I - Bab II - Daftar Pustaka	Perbaiki, sesuai saran	W. Sapari
2	Kamis 07-07-2011	- Bab I, II - Daftar Pustaka	Ace	W. Sapari
3	Selasa 26-7-2011	Bab III Bab IV, V	Perbaiki Ace	W. Sapari
4	Rabu 27-7-2011	Bab III	Ace dan gantikan seluruhnya	W. Sapari



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

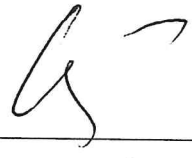
MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN
MALARIA TERTIANA DI PUSKESMAS SENTANI

Nama Mahasiswa : MARSELINA T. LAMANIPA

NIM : PO.71.24.4.08.85

Pembimbing II : SAATY KADIWARU, S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Senin 04-07-2011	Udian Kiri Kasab I Kasab II	Doc. Doc. - Tawar. gigit kiri. Kiri. Tawar- Tawar. - Tawar. penalar kiri. Kiri. Kiri.	
2			Tawar. - Tawar. penalar kiri. Kiri. Kiri.	
3			Tawar. - Tawar. penalar kiri. Kiri. Kiri.	
4	Rabu 06-07-2011	Kasab I Kasab II	Doc. Kiri. Kiri. Kiri. Kiri. Kiri. Kiri.	

5			7/7 - kumpul ngl asul. luring u - u	
6	Sabtu 09-07-2011	Prab u	Perbinc: Pr. Ha u → prab. Vana / SOAP.	
7	Senin 11-07-2011	Prab. u	Perbinc: lg 12/7-2011. j. 4 ⁰⁰ .	
8	Selasa 12-07-2011	Prab u Prab u-v	kumpul kumpul ore. ore.	
8			luring dapu puler. de. u wselamit	
9				
10				