

KARYA TULIS ILMIAH

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
EKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JAYAPURA**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma Tiga Kebidanan



Oleh :

NAMA : SITI KOMARIYAH
NIM : PO.71.24.4.06.34

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

**MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Eklampsia Di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura Tahun 2008”.

Telah disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
Politeknik Kesehatan Jayapura



Pembimbing I

W. Sapari
Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

Nip. 640 010 681

Jayapura, 20 Agustus 2008

Pembimbing II

F. Rumaropen
Fredrika Rumaropen, S.ST

Nip. 640 010 659

LEMBAR PENGESAHAN

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

Hari : Sabtu
Tanggal : 06 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

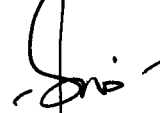
KETUA



Dra. Welmintje Sapari, M.kes

Nip. 640 010 681

SEKRETARIS



Susana Ramandey, S.Sos, M,Kes

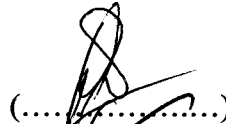
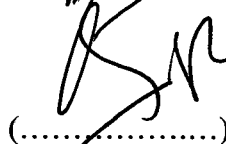
Nip. 140 092 598

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari, M.kes
NIP. 640 010 681

2. Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659

3. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877


(.....)
(.....)
(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

Jalanilah kehidupan ini dengan kejujuran dan bantulah orang yang membutuhkan pertolonganmu dengan sekuat tenaga dan iringilah dengan keikhlasan, maka semua yang dikerjakan akan menjadi sangat berarti dan mendapat ridho Allah SWT.

(Bidan Siti Komariyah, 2008)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Allah S.W.T.
2. Kedua Orang Tuaku Tercinta.
3. Suami (Paino) dan Anakku Terkasih (Ati, sikembar Liana & Liani).
4. Sahabat-sahabatku, Kak Yos. S.R, Servis R.S, Sri. M, Thresya. R, Nurmina. L, yang telah memberikan motivasi.
5. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Karena berkah dan anugrah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul **“Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Eklampsia Tahun 2008”**, yang mana kasus ini penulis dapatkan di RSUD Jayapura Tahun 2008.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Direktur RSUD Jayapura yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian kasus.
3. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura sekaligus sebagai Dosen Pembimbing I yang telah memberikan arahan dan bimbingan hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Fredrika Rumaropen, S.ST selaku Dosen pembimbing II, atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Keluargaku tercinta yang telah memberiku semangat dan motivasi dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
7. Teman – teman se-Angkatan 2006 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
8. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ini tepat pada waktunya.

Dengan kerendahan hati, penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi sisi maupun sisi teknis penyusunannya masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari penulis kiranya Allah SWT, selalu memberkahi dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Agustus 2008

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
 BAB I. PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Rumusan Masalah	3
D. Manfaat Penulisan.....	4
 BAB II. TINJAUAN TEORI	 5
A. Eklampsia dan Nifas	5
1. Eklampsia.....	5
2. Nifas	15
B. Manajemen Asuhan Kebidanan	21
1. Definisi.....	21
2. Tujuan	21
3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (2002)	22
 BAB III. TINJAUAN KASUS	 29
Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Hari I	29
Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Hari II.....	46
Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Hari III	52
Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Klien Ny. F.P Pada Masa Nifas Dengan Eklampsia	58
 BAB IV. PEMBAHASAN.....	 61

BAB V. PENUTUP.....	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut WHO melalui pemantauan ibu meninggal di berbagai belahan dunia memperkirakan bahwa setiap tahun jumlah 500.000 ibu meninggal disebabkan kehamilan, persalinan dan nifas (Dep Kes, 2002).

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

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

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, infeksi, dan eklampsia. frekuensi eklampsia bervariasi antara satu negara dengan negara yang lain. Frekuensi rendah pada umumnya merupakan petunjuk tentang adanya pengawasan antenatal yang baik, penyedia tempat tidur antenatal yang cukup dan penanganan pre-eklampsia yang sempurna (<http://www.wahdah.or.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008).

Di negara-negara sedang berkembang frekuensi dilaporkan berkisar antara 0,3%-0,7%, sedangkan di negara-negara maju angka tersebut lebih kecil, yaitu : 0,05% - 0,1% (<http://www.wahdah.or.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008).

Pada tahun 2007 jumlah ibu nifas pada RSUD Jayapura dilaporkan sebanyak 2.961 jiwa, dari jumlah ibu nifas diperkirakan yang mengalami eklampsia sebanyak 8,6% (Laporan medik RSUD Jayapura, 2007).

Dari data-data di atas menjadi perhatian bagi penulis untuk membuat KTI dengan judul "Manajemen Kebidanan Pada Ibu nifas Dengan Eklampsia Di RSUD Jayapura".

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Agar dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan nifas dengan kasus eklampsia menggunakan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengumpulan data (pengkajian) secara komprehensif.
- b. Dapat mengidentifikasi secara benar terhadap permasalahan sehingga dapat menentukan diagnosa dengan tepat berdasarkan pengkajian data.
- c. Dapat menentukan masalah potensial yang akan terjadi berdasarkan rangkaian masalah.
- d. Dapat mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera sesuai kondisi klien.

- e. Dapat merencanakan asuhan kebidanan yang komprehensif.
- f. Dapat melaksanakan asuhan kebidanan yang komprehensif.
- g. Dapat mengevaluasi secara menyeluruh dari asuhan yang telah dilaksanakan.
- h. Dapat membuat pendokumentasian dari asuhan yang telah dilaksanakan.

C. PERUMUSAN MASALAH

Eklampsia yang terjadi pada masa nifas, maka dari uraian di atas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

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

D. MANFAAT PENULISAN

1. Untuk Rumah Sakit

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

2. Untuk Pendidikan

Sebagai informasi ilmiah dan menjadi pedoman serta menambah referensi dalam melaksanakan manajemen kebidanan pada kasus ibu nifas dengan eklampsia.

3. Untuk Klien dan Keluarga

Memberikan pengetahuan tambahan tentang eklampsia pada masa nifas, sehingga dapat dijadikan pedoman dalam pengambilan langkah guna meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

4. Untuk Penulis

Menambah pengalaman yang sangat berharga serta wawasan dan pengetahuan serta keterampilan penulis.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. EKLAMPSIA DAN NIFAS

1. EKLAMPSIA

a. Definisi Eklampsia

- 1) Eklampsia adalah kelanjutan dari pre-eklampsia berat menjadi eklampsia dengan tambahan gejala kejang-kejang dan koma. Kejadian eklampsia di negara berkembang berkisar diantara 0,3% - 0,7%, sedangkan di negara-negara maju angka tersebut lebih kecil 0,05% - 0,1% (<http://www.wahdah.or.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008).
- 2) Berdasarkan waktu terjadinya, eklampsia dapat dibagi :
 - a) Eklampsia Gravidarum
 - (1) Kejadian 50% - 60%
 - (2) Serangan terjadi dalam keadaan hamil
 - b) Eklampsia Parturientum
 - (1) Kejadian sekitar 30% - 35%
 - (2) Saat sedang inpartu
 - (3) Batas dengan eklampsia gravidarum sukar ditentukan terutama saat mulai inpartu

c) Eklampsia puerperium

(1) Kejadian jarang, 10%

(2) Terjadi serangan kejang atau koma setelah persalinan berakhir

3) Kejang-kejang pada eklampsia terdiri dari empat tingkatan, yaitu :

a) Tingkat awal atau aura

(1) Berlangsung 30-35 detik

(a). Tangan dan kelopak mata gemetar

(b). Mata terbuka dengan pandangan kosong

(c). Kepala diputar ke kanan atau ke kiri

b) Tingkat kejang tonik

(1) Berlangsung sekitar 30 detik

(2) Seluruh tubuh dan wajah kaku, pernafasan terhenti dapat diikuti sianosis, tangan menggenggam, kaki diputar ke dalam, lidah dapat tergigit.

c) Tingkat kejang klonik

(1) Berlangsung 1-2 menit

(2) Kejang tonik berubah menjadi kejang klonik

(3) Kontraksi otot berlangsung cepat.

(4) Mulut terbuka tertutup dan lidah dapat tergigit sampai putus

(5) Mata melotot

(6) Mulut berbuih

(7) Muka tampak sianosis

(8) Penderita dapat jatuh dan dapat menimbulkan trauma tambahan.

d) Tingkat koma

(1) Setelah kejang kronik berhenti, penderita menarik nafas

(2) Diikuti koma yang lamanya bervariasi. Saat kejang terjadi suhu naik mencapai 40°C, nadi bertambah cepat dan tekanan darah meningkat (Manuaba, 1998).

b. Etiologi Eklampsia ✓

Penyebab eklampsia sampai sekarang belum diketahui tapi banyak teori yang mencoba menerangkan sebab penyakit tersebut. Teori yang menerangkan tentang eklampsia adalah sebagai berikut :

- 1) Sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatidosa.
- 2) Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan.
- 3) Sebab terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
- 4) Sebab jarang terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya.
- 5) Sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma (<http://www.info.sehat.com>. diakses tanggal 17 Juli 2008).

c. Patofisiologis

Perubahan pokok yang dialami pre-eklampsia/eklampsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada beberapa lumen arteriole demikian kecilnya, sehingga hanya dapat dilalui satu sel tubuh, maka mudah dimengerti bahwa tekanan darah yang meningkat tampaknya usaha mengatasi kenaikan terhadap ferifer, agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi kenaikan berat badan bertambah dan oedema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan.

Pada pre-eklampsia permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat. Sehingga mempengaruhi penurunan aliran darah ke plasenta dan mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada pre-eklampsia yang agak lama dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin, gawat janin sampai kematian karena kekurangan oksigenasi. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan sering didapatkan pada pre-eklampsia dan eklampsia sehingga mudah terjadi partus prematus (Manuaba, 1999).

d. Gambaran Klinik

Tanda-tanda pre-eklampsia/eklampsia timbul dalam urutan :

- 1) Pertambahan berat badan yang berlebihan, diikuti oedema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada pre-eklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subjektif. Pada pre-eklampsia didapatkan sakit kepala di daerah frontal, gejala ini sering nyeri di daerah epigastrium, mual atau

muntah-muntah gejala-gejala ini sering ditemukan pada pre-eklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul tekanan darah pun akan meningkat lebih tinggi, oedema menjadi lebih umum, dan proteinuria bertambah banyak.

2) Gejala dan tanda pre-eklampsia - eklampsia ✓

- a) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg
- b) Tekanan darah diastolik > 110 mmHg
- c) Peningkatan kadar enzim hati atau ikterus
- d) Trombosit kurang dari 100.000/mm³
- e) Oliguria < 400 ml/24 jam
- f) Proteinuria > 3 g/liter
- g) Nyeri epigastrium
- h) Skotoma dan gangguan faeses lain atau nyeri frontal yang berat
- i) Perdarahan retina
- j) Oedema pulmonum dan koma.

(<http://www.wahdah.or.id> diakses tanggal 17 Juli 2008)

e. Diagnosa

Diagnosis eklampsia umumnya tidak mengalami kesukaran. Dengan adanya tanda dan gejala pre-eklampsia yang disusul oleh serangan kejang maka diagnosis eklampsia sudah tidak diragukan, walaupun demikian eklampsia harus dibedakan dari :

1). Epilepsi

Dalam anamnesis diketahui adanya serangan sebelum hamil atau pada hamil muda dan tanda pre-eklampsia tidak ada.

2). Kejang karena obat anastesi, apabila obat anastesi tersuntikan ke dalam vena dapat timbul kejang.

3). Koma karena sebab lain, seperti diabetes, perdarahan otak, meningitis, ensefalitis, dan lain-lain (Manuaba, 2001).

f. Komplikasi

Komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin. Usaha utama adalah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita pre-eklampsia dan eklampsia. Komplikasi yang tersebut di bawah ini biasanya terjadi pada pre-eklampsia dan eklampsia.

1). Solusio plasenta. Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada pre-eklampsia.

Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo 15,5% solusio plasenta disertai pre-eklampsia.

2). Hypofibrinogenemia. Pada pre-eklampsia zuspan (1978) menemukan 23% hipofibrinogenemia, menganjurkan pemeriksaan kadar fibrinogen secara berkala.

3). Hemolisis, penderita dengan pre-eklampsia kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal karena ikterus

belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel-sel hati atau destruksi sel darah merah, ini bisa ditemukan pada autopsi penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

- 4). Perdarahan otak, penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.
- 5). Kelainan mata, kehilangan penglihatan untuk sementara yang berlangsung untuk satu minggu, kadang-kadang dapat terjadi perdarahan pada retina.
- 6). Oedema paru-paru. Zuspan (1978), menemukan hanya satu penderita dari 96 kasus eklampsia ini disebabkan karena payah jantung.
- 7). Nekrosis hati, pada pre-eklampsia/eklampsia merupakan akibat vasopasmus arteriol umum. Kelainan ini diduga khas untuk eklampsia tetapi bisa ditemukan pada penyakit lain.
- 8). Kelainan ginjal, yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktural lainnya.
- 9). Komplikasi lain, lidah tergigit, trauma dan fraktur karena, jatuh akibat kejang-kejang.
- 10). Pneumonia aspirasi.
- 11). Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra-uterin (<http://www.library.usu.ac.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008).

g. Penanggulangan

Tujuan utama pengobatan eklampsia ialah menghentikan berulangnya serangan kejang dan mengakhiri kehamilan secepatnya dengan cara yang aman setelah keadaan ibu mengijinkan pengawasan dan perawatan yang intensif sangat penting bagi penanganan penderita eklampsia, sehingga ia harus dirawat di Rumah Sakit dalam perjalanan ke Rumah Sakit perlu diberikan obat penenang yang cukup untuk menghindari timbulnya kejang dalam hal ini dapat diberikan diazepam 20 mg IM, penderita harus disertai seorang tenaga yang terampil dalam resusitasi yang dapat mencegah terjadinya trauma bila terjadi serangan kejang. Pertolongan yang perlu diberikan jika timbul kejang ialah mempertahankan jalan pernafasan bebas, menghindari tergigitnya lidah, pemberian oksigen, dan menjaga agar penderita tidak mengalami trauma. Untuk menjaga jangan sampai terjadi kejang ulang yang bisa mempengaruhi gejala-gejala lain dapat diberikan beberapa obat seperti misalnya :

- 1). Sodium pentotal. Sangat berguna untuk menghentikan kejang dengan segera bila diberikan secara intra vena, tetapi obat ini sangat berbahaya dan hanya diberikan di Rumah Sakit dengan pengawasan yang sempurna. Dosis inisial dapat diberikan sebanyak 0,2 – 0,3 gr dan disuntikan perlahan-lahan.

- 2). Sulfasmagnesikus, yang mengurangi kepekaan saraf pusat pada hubungan neuromuskuler tanpa mempengaruhi susunan saraf yang lain. Obat ini menyebabkan vasodilatasi, menurunkan tekanan darah, meningkatkan diuresis, dan menambah aliran darah ke uterus. Dosis yang diberikan 8 gr dalam larutan 40% secara intra muskuler, selanjutnya tiap 4 gr, dengan syarat bahwa refleks patella masih positif, pernafasan 16 x/m atau lebih, diuresis harus melebihi 600 ml per hari, selain intramuskuler, sulfasmagnesikus dapat diberikan secara intra vena, dosis yang diberikan adalah 4 gr 40% $MgSO_4$ dalam larutan 10 ml intra vena secara perlahan-lahan, diikuti 8 gr IM dan selalu disediakan kalsium glukonas 1 gr dalam 10 ml sebagai antidotum.
- 3). Lyric cocktail yang terdiri atas petidin 100 mg, klor promasin 100 mg dan prometazin 50 mg dilarutkan dalam glukosa 5 % 500 mg diberikan secara infus intra vena, tetesan disesuaikan dengan tensi dan keadaan penderita, setiap 5 menit dalam waktu setengah jam pertama tensi harus diukur apabila keadaan sudah stabil kontrol tensi menurut keadaan penderita atau dapat dijangka. Ditekankan dalam pemberian obat-obat tersebut pasien harus dalam pengawasan yang teliti dan terus-menerus disesuaikan dengan keadaan penderita demi keselamatan janin dalam kandungan. Sebelum diberikan obat penenang yang cukup, penderita eklampsia harus dihindarkan dari

semua rangsangan dan dirawat di ruang isolasi yang tenang. Observasi tekanan darah, nadi, pernafasan dicatat setiap 30 menit. Suhu diukur secara rektal dan dicatat tiap 3 jam. Bila penderita belum melahirkan, dilakukan pemeriksaan obstetrik untuk mengetahui saat permulaan atau kemajuan persalinan. Pasien dipasang kateter untuk menentukan protein dalam air kencing secara kuantitatif. Untuk menghindari dekubitus, posisi baring pasien dibalikkan miring kiri miring kanan tiap jam. Pemberian cairan disesuaikan dengan jumlah deuresis dan air yang hilang melalui kulit dan paru-paru. Pada penderita koma, pemberian kalori dilakukan dengan infus dekstran, glukosa 10%, atau larutan asam amino, seperti aminofusin, cairan ini selain mengandung kalori cukup juga berisi asam amino (<http://www.wahdah.or.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008).

h. Pencegahan ~

Pada umumnya timbulnya eklampsia dapat dicegah, atau frekuensinya dikurangi. Usaha-usaha untuk mengurangi frekuensi eklampsia :

- 1). Meningkatkan jumlah balai pemeriksaan antenatal dan mengusahakan wanita hamil memeriksakan diri sejak hamil muda.
- 2). Mencari pada tiap pemeriksaan tanda-tanda pre-eklampsia dan mengobatinya segera apabila ditemukan.

- 3). Mengakhiri kehamilan sedapat-dapatnya pada kehamilan 37 minggu ke atas apabila setelah dirawat tanda-tanda pre-eklampsia tidak juga dapat dihilangkan.

2. NIFAS

a. Definisi

Nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau ± 40 hari (Prawirohardjo, 2002).

Masa nifas (*puerperium*) adalah pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandung kembali seperti pra hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu. (Mochtar, 1998).

Nifas dapat dibagi kedalam 3 periode :

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.
- 2) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
- 3) Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna berminggu – minggu, berbulan – bulan atau tahunan. (Mochtar, 1998).

b. Perubahan–Perubahan Yang Terjadi Pada Masa Nifas**1) Involusi Traktus Genetalis dan laktasi****a) Involusi traktus genetalis**

- (1) Corpus uterus
- (2) Endometrium
- (3) Involusi tempat plasenta
- (4) Pembuluh darah uterus
- (5) Servix
- (6) Vagina dan pintu keluar panggul.
- (7) Pengeluaran lochea

(a) Lochea rubra : hari ke 1 – 2.

Terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernix kaseosa, lanugo, dan mekonium.

(b) Lochea sanguinolenta : hari ke 3 – 7.

Terdiri dari : darah bercampur lendir, warna kecoklatan.

(c) Lochea serosa : hari ke 7 – 14.

Berwarna kekuningan.

(d) Lochea alba : hari ke 14 – selesai nifas.

Hanya merupakan cairan putih. lochea yang berbau busuk dan terinfeksi disebut lochea purulent.

b) Laktasi

Pada payudara terjadi perubahan atropik yang terjadi pada organ pelvis, payudara mencapai maturitas yang penuh selama masa nifas kecuali jika laktasi supresi payudara akan lebih menjadi besar, kencang dan lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi.

2) Perubahan – perubahan pada sistem yang lain

a) Suhu badan

Suhu badan dapat mengalami peningkatan setelah persalinan, tetapi tidak lebih dari 38°C . Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C selama 2 hari berturut-turut, maka kemungkinan terjadi infeksi. kontraksi uterus yang diikuti HIS pengiring menimbulkan rasa nyeri-nyeri ikutan (after pain) terutama pada multipara, masa puerperium diikuti pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium serta sisa dari implantasi plasenta yang disebut lochea.

b) Traktus Urinarius

Buang air sering sulit selama 24 jam pertama, karena mengalami kompresi antara kepala dan tulang pubis selama persalinan.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar

hormone eskrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok, keadaan ini menyebabkan diuresis.

c) System Kardiovarkuler

Normalnya selama beberapa hari pertama setelah kelahiran, Hb, Hematokrit dan hitungan eritrosit berfruktuasi sedang. Akan tetapi umumnya, jika kadar ini turun jauh di bawah tingkat yang ada tepat sebelum atau selama persalinan awal wanita tersebut kehilangan darah yang cukup banyak. Pada minggu pertama setelah kelahiran, volume darah kembali mendekati seperti jumlah darah waktu tidak hamil yang biasa. Setelah 2 minggu perubahan ini kembali normal seperti keadaan tidak hamil. (Saifuddin, 2002).

d) Peritoneum dan dinding abdomen

3) Adaptasi Psikologi Masa Nifas

a) Masa Taking In

Dimulai sejak dilahirkan sampai 2 – 3 hari, ibu bersifat pasif dan berorientasi pada diri sendiri, tingkat ketergantungan tinggi, kebutuhan nutrisi dan istirahat tinggi.

b) Masa Taking Hold

Berlangsung sampai 2 minggu, klien mulai tertarik pada bayi, dan Ibu berupaya melakukan perawatan mandiri.

c) Masa taking Go

Berlangsung pada minggu ke III – IV dan perhatian pada bayi sebagai individu terpisah.

c. Perawatan/Asuhan Pada Masa Nifas

1) Tujuan Asuhan Nifas

Asuhan nifas bertujuan untuk :

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologinya.
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi yang sehat.
- d) Memberikan pelayanan KB.
- e) Mempercepat involusi alat kandung.
- f) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium.
- g) Melancarkan fungsi alat gastro intestinal atau perkemihan .
- h) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

2) Pengawasan Nifas, sebagai berikut :

a) Rawat gabung

Perawatan/asuhan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama, sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin.

b) Pemeriksaan umum

(1) Kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.

(2) Pemeriksaan fisik (TD, ND, Resp, SB).

c) Pemeriksaan khusus

(1) Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus

(2) Payudara

(3) Lochea

(4) Luka Jahitan

d) Mobilisasi

e) Diet

f) Miksi

g) Defekasi

h) Laktasi dan Perawatan Payudara

i) Cuti hamil dan Bersalin

j) Kebersihan Diri

k) Imunisasi

l) Menganjurkan pada ibu agar mengikuti KB sendiri mungkin setelah 40 hari (16 minggu nifas).

m) Nasehat untuk ibu nifas

Sebaiknya bayi disusui. Psikoterapi post natal sangat baik bila diberikan. Kerjakan gimnastik sehabis bersalin. Sebaiknya ikut KB (Manuaba, 1998).

B. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

1. Definisi

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tindakan berdasarkan teori yang ilmiah. Penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. (Varney, 2002).

Persalinan merupakan saat yang menyenangkan dan dinanti-nantikan oleh keluarganya. Semua ibu menginginkan persalinan maupun persalinannya berjalan lancar dan normal. Tetapi persalinan dapat juga menjadi saat kegelisahan dan keprihatinan.

2. Tujuan

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

3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (2002)

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

Semua keluhan pasien harus dicatat, data dasar ini dilengkapi data penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis lainnya pada persalinan dengan Eklampsia, data yang harus dikumpulkan adalah :

- 1) Data Subyektif
- 2) Data Obyektif

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Langkah ini adalah tahap mengidentifikasi secara benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi data dasar yang dikumpulkan, sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Masalah yang ada selalu diikutsertakan, karena perlu diselesaikan dan butuh penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan sebagai contoh : perasaan cemas terhadap janinnya, perasaan cemas bukan diagnosa tetapi akan menimbulkan masalah. Masalah ini berpengaruh pada nifas, maka

membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan perlu penanganan menghilangkan rasa cemas tersebut. Pada nifas dengan eklampsia akan ditentukan diagnosa kebidanan sebagai berikut : Ibu umur . . . tahun, P, A, nifas hari dengan eklampsia, ibu dalam keadaan tidak sadar Masalah : adanya kejang ulang, cedera, lidah tergigit, denyut nadi dan TD meningkat. Kebutuhan : Observasi kesadaran, TTV, perdarahan, kontraksi uterus, vulva hygiene, cairan input dan output serta tidur miring kiri dan kanan, diagnosa kebidanan : adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata norma) yang ditetapkan sebagai diagnosa kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial Serta Mengantisipasi Penanganannya

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

Langkah ini memerlukan penanganan segera, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati pasien, bidan diharapkan bersiap-siap bila diagnosa masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman. Contoh pada nifas dengan eklampsia akan potensial :

- 1) Potensial terjadinya cedera berhubungan dengan kejang – kejang berulang

- 2) Potensial terjadinya asidosis respirasi berhubungan dengan kejang – kejang berulang.
- 3) Potensial terjadinya infeksi.
- 4) Potensial terjadinya gawat ibu

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera bidan atau dokter untuk dikonsultasikan dan ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain yang sesuai dengan kondisi pasien. Langkah ke 4 ini mencerminkan kesinambungan dan dari proses manajemen kebidanan.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu sisi yang memerlukan tindakan segera yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tapi memerlukan kolaborasi dokter.

Pada nifas dengan eklampsia perlu tindakan segera :

- 1) Konsultasikan dengan dokter SpOg di RSUD Jayapura
- 2) Kolaborasi terapi.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

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

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

Dengan kespesifikasikan asuhan yang diberikan harus disetujui oleh kedua belah pihak, karena sebagian asuhan adakalanya dilakukan oleh klien sendiri. Pada nifas dengan eklampsia akan ditemukan perencanaan sebagai berikut :

- 1) Beritahu klien hasil pemeriksaan
- 2) Pantau keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital
- 3) Pantau tanda – tanda eklampsia
- 4) Kolaborasi dokter

- 5) Beri penyuluhan kepada klien tentang makanan yang mengandung gizi seimbang, yaitu cukup kalori, protein, cairan, sayuran, buah – buahan dan diet rendah garam untuk klien nifas dengan eklampsia.
- 6) Jelaskan tanda-tanda bahaya eklampsia pada klien
- 7) Jelaskan bahaya-bahaya nifas pada klien
- 8) Anjurkan cukup istirahat
- 9) Anjurkan kontrol ulang satu minggu kemudian setelah ibu pulang dari rumah sakit.
- 10) Anjurkan ibu untuk ber-KB setelah 40 hari masa nifas.

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. dilakukan oleh bidan bekerjasama dengan dokter dan tim medis lainnya, atau sebagian oleh bidan, atau petugas kesehatan lainnya secara tim.

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

- 1) Memberitahu pada klien hasil pemeriksaan

- 2) Memantau keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital
- 3) Memantau tanda – tanda eklampsia
- 4) Melakukan kolaborasi dokter
- 5) Memberi penyuluhan kepada klien tentang makanan yang mengandung gizi seimbang, yaitu cukup kalori, protein, cairan, sayuran, buah – buahan dan diet rendah garam untuk klien nifas dengan eklampsia.
- 6) Menjelaskan tanda-tanda bahaya eklampsia pada klien
- 7) Menjelaskan bahaya-bahaya nifas pada klien
- 8) Menganjurkan cukup istirahat
- 9) Menganjurkan kontrol ulang satu minggu kemudian setelah ibu pulang dari rumah sakit.
- 10) Menganjurkan ibu untuk ber-KB setelah 40 hari masa nifas.

Langkah VII : Evaluasi

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

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

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN EKLAMPSIA

Tanggal pengkajian : 19 – 06 – 2008

Tempat : Ruang Nifas RSUD Jayapura

Oleh Mhs. Kebidanan : Siti Komariyah

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA

1. Data Subyektif

a. Biodata

Nama klien : Ny. F.P

Nama Suami : Tn. N. I

Umur : 17 Thn

Umur : 23 thn

Suku/Bangsa : Sulut /Indoneisa

Suku/Bangsa : Jawa/Indoneisa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta (ojek)

Alamat : Swakarsa/Koya Barat

Alamat : Swakarsa/Koya Barat

Lama nikah : 1 Tahun

Lama nikah : 1 Tahun

Nikah ke : I

Nikah ke : I

b. Data Biologis / Fisiologis

- 1) Keluhan utama : Ibu post partum rujukan dari Puskesmas Koya Barat, dengan eklampsia
- 2) Riwayat keluhan utama :
 - a) Ibu partus tanggal 18 Juni 2008 jam 22.20 Wit di PKM Koya Barat.
 - b) Tensi tinggi sejak umur kehamilan Trimester III, TD : 180/90 mmHg, TD setelah post partum 220/140 mmHg.
- 3) Riwayat kehamilan sekarang :
 - a) Riwayat Haid

Menarche	: 13 Tahun
Siklus haid	: 28 hari
Lamanya	: 5 hari
Banyaknya	: 3 - 4 × ganti pembalut
Sifat darah	: Cair
HPHT	: 21 - 09 - 2007
 - b) TP : 28 - 06 - 2008
 - c) Pergerakan janin dirasakan : Sejak kehamilan 5 bulan
 - d) ANC : Teratur 6 x PKM Koya Barat
 - e) Periksa Hb Trimester III : 11,4 gr%
 - f) Immunisasi TT : 2 x (lengkap)
 - g) Penyakit yang pernah diderita selama hamil : Ispa, Pre-eklampsia

h) Obat yang diminum selama hamil : SF, Kalk, Vit. C, B. Complex

4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) : Tidak pernah

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Umur kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	BB/PB	Masa Nifas	Usia Anak
1	8 – 9 bulan	Spontan	Bidan	2600 gr/47 cm	Eklampsia	1 hari

6) Riwayat kesehatan lalu

a) Riwayat yang pernah diderita : Ispa

b) Riwayat opname : Tidak pernah

c) Riwayat transfusi : Tidak pernah

d) Riwayat alergi : Tidak pernah

7) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit yang diderita : Eklampsia

8) Riwayat Penyakit Keluarga

a) Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada

b) Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada

c) Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada

d) Riwayat persalinan kembar : Tidak ada

9) Keadaan psikologis

a) Klien : Ibu dalam kondisi tidak sadar

b) Suami : Suami cemas melihat keadaan istrinya

10) Keadaan Sosial budaya

- a) Kehamilan yang direncanakan : Ya, direncanakan
- b) Susunan keluarga yang tinggal serumah : Suami, istri, anak dan mertua.
- c) Dukungan keluarga atas kehamilan : Keluarga sangat senang dan mengharapkan ibu dan bayi dalam kondisi sehat.
- d) Pendapatan rata – rata keluarga : ± Rp. 1.500.000,-

11) Latar belakang sosial budaya :

Suami dari suku Jawa dan istri dari Sulawesi Utara, mereka memiliki adat istiadat yang berbeda tetapi dapat menyesuaikan dalam keluarga dan dapat membaur dengan lingkungan sekitarnya.

12) Budaya Keluarga terhadap ibu dan bayi

- a) Terhadap ibu : Tidak boleh banyak tidur, karena darah putih naik ke otak.
- b) Terhadap bayi : Tidak ada

13) Keadaan keagamaan

Suami dan istri rajin beribadah.

14) Masalah – masalah kehamilan sekarang

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

15) Riwayat aktifitas sehari-hari

No	Kegiatan	Sebelum Hamil	Selama Hamil	Nifas
1	Pola Nutrisi : ○ Pola makan ○ Frekwensi makan ○ Nafsu makan ○ Makanan kesukaan ○ Makanan pantangan ○ Jumlah minum sehari	Nasi, lauk pauk, buah 2 - 3x sehari Baik Bubur manado Tidak ada 7-8 gelas sehari	Nasi, lauk pauk, buah 3x sehari Baik Bubur manado Tidak ada 7-8 gelas sehari	Nasi, lauk-pauk, buah 3x sehari Kurang Bubur manado Tidak ada 5-6 gelas sehari
2	Kebiasaan yang mempengaruhi : ○ Merokok ○ Obat penenang/tidur ○ Minuman keras ○ Jamu /obat tradisional	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Eliminasi : ○ BAB ▪ Frekwensi ▪ Bau/warna ▪ Konsisten ▪ Gangguan ○ BAK ▪ Frekwensi ▪ Bau/warna	2x /hari Busuk /kuning Lunak Tidak ada 4 – 6x/hari Amoniak/kuning	2x /hari Busuk /kuning Lunak Tidak ada 6 – 8 x/hari Amoniak/kuning	Tidak teratur Busuk/coklat Lunak Tidak ada Terpasang douwer kateter Amoniak/kuning
4	Istirahat dan tidur ○ Tidur siang ○ Tidur malam	7 – 8 Jam 1 – 2 Jam	7 – 8 Jam 1 – 2 Jam	Tidak teratur Tidak teratur
5	Olah Raga Dan Rekreasi ○ Nonton Televisi ○ Rekreasi ○ Olah raga ○ Dengar radio	Ya Mandi di pantai Jarang Setiap hari	Ya Sering Jalan pagi / sore Setiap hari	- - - -
6	Kebersihan diri ○ Frekwensi mandi ○ Pakai sabun mandi ○ Dikeringkan dengan handuk ○ Sikat gigi ○ Cuci rambut ○ Memakai sampho	2 – 3 x/Hari Lifeboy Ya Ya 2 x/minggu Ya	2 – 3 x/Hari Lifeboy Ya Ya 2 x/minggu Ya	- - - - -

16) Riwayat persalinan sekarang

- a) Jenis persalinan : Spontan pervaginam, tgl 18/06-2008
jam 22.20 Wit di PKM Koya Barat
- b) Lama persalinan
 - Kala I : 10 jam
 - Kala II : 1 jam 35 menit
 - Kala III : 3 menit 25 detik
 - Kala IV : 2 jam
- c) Jumlah perdarahan : 200 cc
- d) Penyakit selama persalinan : Pre-eklampsia
- e) Tindakan/pengobatan pada masa persalinan
 - Kala III : Injeksi piton iu 1 menit setelah lahir
 - Infus dextrose 5% 20 tts/menit, estro nivedifin 1 tablet

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

- Keadaan umum : Lemah
- Kesadaran : Koma
- Penampilan : Tidur
- BB/TB : 52 Kg/155 cm
- BB sebelum hamil : 50 Kg
- BB selama hamil : 59 Kg
- LILA : 24 cm

b. Tanda – tanda vital

TD : 160/130 mmHg ND : 94 x/menit

Resp : 28 x/menit SB : 36,8⁰C

c. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Kebersihan Rambut : Bersih

2) Wajah

Ekspresi wajah : Koma

Bentuk wajah : Oval

3) Mata

Bentuk : Simetris

Kebersihan : Bersih

Konjungtiva : Tidak anemis

Sclera : Tidak ikterus

Kejelasan penglihatan : Jelas

4) Hidung

Polip : Tidak ada

Sekret cairan : Tidak ada

Kebersihan : Bersih

5) Telinga

Bentuk	: Simetris
Keadaan telinga luar	: Tidak ada kelainan
Pengeluaran	: Tidak ada
Pendengaran	: Jelas

6) Mulut dan gigi

Stomatitis	: Tidak ada
Caries	: Tidak ada
Lidah	: Lembab
Mukosa mulut	: Lembab

7) Leher

Inspeksi	: Tidak ada kelainan
Palpasi	: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, limfe dan vena yugularis

8) Dada

a) Jantung	: Normal
b) Paru – Paru/Hepar	: Normal
c) Payudara	
Pembesaran	: Ya
Kebersihan	: Cukup
Kulit	: Tegang
Bentuk	: Simetris

Puting susu	: Menonjol kanan kiri
Pengeluaran	: Ada
Nyeri tekan	: Tidak ada
Benjolan	: Tidak ada
Areola mammae	: Hyperpigmentasi
d) Axila	: Normal
9) Abdomen	
Pembesaran	: 2 jari diatas pusat
Striae	: Ada
Bekas operasi	: Tidak ada
Lien	: Tidak ada pembesaran
Kandung kemih	: Kosong
10) Genetalia	
Kebersihan	: Cukup
Pengeluaran pervaginam	: Lochea rubra
Varices	: Tidak ada
Oedema	: Tidak ada
Pembesaran kelenjar bartholiny	: Tidak ada
Perineum	: Lecet
Anus	: Tidak ada haemoroid

11) Ekstremitas atas

Bentuk : Simetris

Pergerakan : Normal

12) Ekstremitas bawah

Bentuk : Simetris

Varices : Tidak

Oedema : +/+

Refleks patella : +/+

d. Pemeriksaan Obstetrik

a. TFU : 2 jari dibawah pusat

b. Jarak sympisis/fundus uteri : 13 cm

c. Kontraksi uterus : Baik

d. Konsistensi : Keras

e. Pemeriksaan penunjang

a. Urine

Protein : (-) Negatif

Reduksi : (-) Negatif

b. Darah

Golongan darah : - O -

HB : 11,4 gr%

DDR : (-) Negatif

Leukosit : 29.300 mm³

c. Faeses

Protozoa : Tidak dilakukan

Cacing : Tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR1. **Diagnosa** : Ibu umur 17 tahun, P I, A 0, nifas hari pertama dengan eklampsia2. **Dasar** :**DS** :

- a. Ibu umur 17 tahun P I, A 0
- b. Ibu tidak sadar/koma
- c. Ibu tensi tinggi sejak kehamilan 8 bulan (Trimester III)
- d. Tekanan darah sebelum melahirkan : 180 /90 mmHg
- e. Setelah postpartum : 220/140 mmHg

DO :

- a. KU : Lemah
- b. Kesadaran : Koma
- c. TTV

TD : 160/130 mmHg

ND : 94 x/menit

Resp : 28 x/menit

SB : 36,6 °C

d. Pemeriksaan fisik

Muka	: Agak pucat
Konjungtiva	: Agak pucat
Lidah	: Agak pucat
Ekstremitas	: Oedem +/-
	Varices -/-
	Refleks patella +/-
	Kejang (-)

e. Pemeriksaan obstetrik

TFU	: 2 jari bawah pusat
Jarak symphysis - FU	: 13 cm
Kontraksi uterus	: Baik
Konsistensi	: Keras
Perdarahan	: 100 cc

f. Pemeriksaan Labortatorium

1) Darah	: DDR (-)
2) HB	: 11,4 gr%

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadinya kematian pada ibu nifas

Dasar

S : Ibu koma sejak jam 05.00 Wit tanggal 19 – 06 – 2008 dari PKM Koya Barat

O :

1. Keadaan umum : Lemah

2. Kesadaran : Koma

3. Perdarahan : 100 cc

4. TTV

TD : 160/130 mmHg Resp : 28 x/menit

ND : 94 x/menit SB : 36,8⁰C

5. Fisik

a. Muka : Agak pucat

b. Conjunctiva : Agak pucat

c. Genetalia : Perineum lecet

d. Pengeluaran : Lochea rubra

e. Bau : Amis

f. Perdarahan persalinan : 100 cc

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi Dokter

1. Pasang infus dextrose 5 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml 16 tts/menit.
2. Injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv.
3. Protape PEB, pasang douwer kateter.
4. Pemeriksaan laboratorium darah dan urine.
5. Therapy oral Nifedifin 10 mg 3 x 1 sublingual.

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Observasi keadaan umum dan kesadaran klien
2. Observasi tanda – tanda vital tiap 30 menit.
3. Observasi kejang
4. Lakukan pemeriksaan pupil mata
5. Lakukan puerperium
6. Atur posisi tidur miring kiri dan miring kanan setiap 3 jam.
7. Observasi cairan input dan output.
8. Informasikan hasil pemeriksaan terakhir pada suami atau keluarga klien.
9. Kolaborasi dokter sesuai dengan protape PEB.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 19 – 06 – 2008 Jam : 15. 30 Wit Oleh : Mhs Kebidanan Siti Komariyah

1. Mengobservasi keadaan umum dan kesadaran klien (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
2. Mengobservasi tanda – tanda vital tiap 30 menit (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
3. Mengobservasi kejang (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
4. Melakukan pemeriksaan pupil mata (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
5. Melakukan puerperium (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
6. Mengatur posisi tidur miring kiri dan miring kanan setiap 3 jam (jam 15.30 dan 20.30 Wit).
7. Mengobservasi cairan input dan output
8. Menginformasikan hasil pemeriksaan terakhir pada suami atau keluarga klien (jam 20.55 Wit).
9. Berkolaborasi dengan dokter obgin sesuai dengan protape PEB (jam 15.40 dan 20.30 Wit).
 - a. Memasang infus dextrose 5 % dan 10% (1/1) + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit.
 - b. Memberikan injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv.
 - c. Memberikan therapy obat nivedifin 10 mg sublingual.
 - d. Mengambil darah dan urine
 - e. Memasang douwer kateter dan melakukan protape PEB.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 19 – 06 – 2008

Jam : 21.00 Wit

1. Keadaan umum lemah dan kesadaran koma
2. TTV : TD : 150/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 28 x/menit
SB : 36,7°C.
3. Kejang tidak ada
4. Pupil mata tidak bergerak bila dirangsang cahaya.
5. Kontraksi uterus baik dan keras, TFU : 2 jari bawah pusat, perdarahan 2 x ganti pembalut, lochea rubra.
6. Klien tidur dalam posisi miring
7. Cairan input infus dextrose 5 % + drip 4 ampul diasepam : 350 cc, output 200 cc (Jam 15.30 - 21.00 Wit)
8. Suami dan keluarga telah mengetahui keadan klien.
9. Hasil kolaborasi dokter : (jam 15.40 Wit).
 - a. Telah dipasang infus dextrose 5 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit terpasang dengan baik.
 - b. Telah diberikan injeksi vicillin 1 gr/iv (jam 19.00 Wit)
 - c. Telah diberikan therapy obat nivedifin 10 mg sublingual (jam 15.45 Wit)
 - d. Hasil pemeriksaan laboratorium HB : 11,4 gr%, leukosit 29.300 mm³, DDR (-), Trombosit : 71.000 mm³ serta protein urine (-).
 - e. Telah terpasang douwer kateter pengeluaran urine 200 cc warna kuning tua (jam 15.30 – 21.00 Wit) dan protape PEB telah dilakukan.

PERAWATAN HARI II

Tanggal : 20 – 06 – 2008 Jam : 09.00 Wit Oleh Mhs. Kebidanan Siti Komariyah

LANGKAH I : PENGKAJIAN

DS : Ibu mengatakan :

- Badan masih lemas
- Kepala masih terasa berat
- Mata masih berat saat dibuka

DO: - Keadaan Umum : Lemah

- Kesadaran : Samnolent (saat dicubit merasa sakit)
- Kejang : Tidak ada
- Pupil mata : Saat dirangsang bergerak
- TTV : TD : 150/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 28
x/menit, SB : 38⁰ C
- Infus dextrose 5 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16
tts/menit masih terpasang
- Douwer kateter masih terpasang

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 17 tahun, P I A 0, Nifas hari kedua dengan post eklampsia

Dasar : Ibu mengatakan

- Badan masih lemas
- Kepala masih terasa berat
- Mata masih berat saat dibuka

DO: - Keadaan Umum : Lemah

- Kesadaran : Samnolent (saat dicubit merasa sakit)
- Kejang : Tidak ada
- Pupil mata : Saat dirangsang bergerak
- TTV : TD : 150/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 28 x/menit, SB : 38⁰ C
- Infus dextrose 5 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit masih terpasang
- Douwer kateter masih terpasang

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadi sepsis puerperalis

Dasar : Nifas hari kedua, SB 38⁰C, ibu masih lemah sehingga kurang gerak, leukosit 29.300 mm³

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

- Kolaborasi dokter untuk lanjutkan therapy
- Injeksi Cefriaxon 3 x 1 gr/iv
- Kompres hangat

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Kompres badan dengan air hangat dengan cara menyeka badan (Jam 09.10 Wit).
2. Observasi keadaan umum, kesadaran, dan TTV dalam tiap 1 jam.
3. Observasi kejang dan pupil mata.
4. Informasikan hasil pemeriksaan terakhir pada suami dan keluarga klien.
5. Lakukan puerperium.
6. Observasi cairan input (infus) dan cairan output (pengeluaran urine).
7. Anjurkan ibu tidur miring kiri dan kanan setiap 1 jam.
8. Beri air gula.
9. Anjurkan ibu untuk mobilisasi ringan.
10. Kolaborasi dengan dokter obgin dalam pemberian therapy lanjutan
 - a. Cairan Infus dextrose 5 %, dextrose 10% (1/1) + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit masih dilanjutkan.
 - b. Injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv masih dilanjutkan.
 - c. Therapy obat nivedifin 10 mg sublingual masih dilanjutkan.
 - d. Injeksi Cefriaxon 3 x 1 mg/iv.
 - e. Mengambil darah dan urine masih dilanjutkan.

f. Douwer kateter dan protape PEB masih dilanjutkan.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 20-06-2008

Jam 09.30 Wit

1. Mengompres badan klien dengan air hangat dengan cara menyeka badan (jam 09.30 Wit).
2. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, dan TTV dalam tiap 1 jam (jam 09.30 – 14.30 Wit).
3. Mengobservasi kejang dan pupil mata (jam 09.30 – 14.30 Wit).
4. Menginformasikan hasil pemeriksaan terakhir pada suami dan keluarga klien (jam 14.30 Wit).
5. Melakukan puerperium (kontrol kontraksi uterus, TFU, dan pengeluaran pervaginam) (jam 09.30 – 14.30 Wit).
6. Mengobservasi cairan input (infus dextrose 5 % + 4 ampul diazepam) dan cairan output (pengeluaran urine) (jam 14.30 Wit).
7. Menganjurkan ibu tidur miring kiri dan kanan setiap 1 jam. (jam 09.30 – 14.30 Wit).
8. Memberikan air gula (jam 10.00 Wit).
9. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi ringan (jam 11.00 Wit).

10. Berkolaborasi dengan dokter obgin dalam pemberian therapy lanjutan (jam 09.00 Wit).

- a. Cairan Infus dextrose 5 % dan 10% (1/1) + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit masih dilanjutkan.
- b. Injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv masih dilanjutkan.
- c. Therapy obat nivedifin 10 mg sublingual masih dilanjutkan.
- d. Lakukan skin test Cefriaxon 3 strip.
- e. Douwer kateter masih terpasang dan protape PEB masih dilanjutkan.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 20-06-2008

Jam 15.00 Wit

1. Klien telah dikompres, suhu badan masih tetap (38°C).
2. Keadaan umum lemah, kesadaran sumnolent, TTV (TD : 140/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 30 x/menit, SB : 38°C).
3. Pupil mata sudah bergerak bila dirangsang dan tidak ada kejang.
4. Suami dan keluarga telah mengetahui hasil hasil pemeriksaan terakhir.
5. Kontraksi uterus baik dan keras, TFU : 3 jari bawah pusat, perdarahan 2 x ganti pembalut, lochea rubra.
6. Cairan infus dextrose 5 % + 4 ampul diazepam kecepatan 16 tts/menit pada jam 10.00 Wit habis dan diganti dengan infus dextrose 10 % + 4 ampul diazepam kecepatan 16 tts/menit. Dari jam 21.00 – 15.00 (selama 18 jam) cairan input : 1125 cc dan output : 900 cc.

7. Menganjurkan ibu tidur miring kiri dan kanan setiap 1 jam.
8. Ibu minum 6 sendok (30 cc).
9. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi ringan.
10. Kolaborasi dokter.
 - a. Cairan Infus dextrose 5 % dan 10% (1/1) + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16 tts/menit masih dilanjutkan.
 - b. Injeksi vicillin 1 gr/iv masih diberikan.
 - c. Therapy obat nivedifin 10 mg sublingual masih diberikan.
 - d. Pemberian Cefriaxon tidak jadi diberikan, karena ada alergi.
 - e. Douwer kateter masih terpasang (pengeluaran urine selama 18 jam (21.00 – 15.00) sebanyak 900 cc berwarna kuning) dan protape PEB masih dilanjutkan.

PERAWATAN HARI III

Tanggal : 21 – 06 – 2008

Jam : 09.00 Wit

LANGKAH I : PENGKAJIAN

DS: Ibu mengatakan :

- Lemas berkurang
- Kepala sudah terasa ringan
- Penglihatan sudah jelas dan normal

DO: - Keadaan Umum : Sedang

- Kesadaran : Compos mentis

- Kejang : Tidak ada

- Pupil mata : Sudah normal

- TTV : TD : 140/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 24
x/menit, SB : 37,3⁰ C

- Infus dextrose 10 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16
tts/menit masih terpasang

- Douwer kateter masih terpasang

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 17 tahun, P I A 0, Nifas hari ketiga dengan post eklampsia

Dasar : Ibu mengatakan :

- Lemas berkurang
- Kepala sudah terasa ringan
- Penglihatan sudah jelas dan normal

DO: - Keadaan Umum : Lemah

- Kesadaran : Compos mentis

- Kejang : Tidak ada

- Pupil mata : Sudah normal

- TTV : TD : 140/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 24
x/menit, SB : 37,3⁰ C

- Infus dextrose 10 % + drip 4 ampul diasepam per 500 ml kecepatan 16
tts/menit masih terpasang

- Douwer kateter masih terpasang

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

-

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

-

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Informasikan hasil pemeriksaan terakhir pada klien dan keluarga klien.
2. Observasi keadaan umum dan TTV.
3. Lakukan puerperium dan bersihkan badan klien 2 x sehari.
4. Observasi cairan input (infus) dan cairan output (pengeluaran urine).
5. Berikan asupan nutrisi diet rendah garam dan makanan lunak.
6. Kolaborasi dokter; pemberan therapy terakhir diberikan pada hari ini.
 - a. Cairan Infus dextrose 10 % + drip 4 ampul diasepam kecepatan 16 tts/menit pada jam 08.00 Wit (habis) di aff, instruksi dokter dilanjutkan dextrose 5% kosong kecepatan 20 tts/menit
 - b. Injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv.
 - c. Therapy obat nivedifin 3 x 1 10 mg sublingual.
 - d. Mengambil darah dan urine.
 - e. Instruksi dokter, douwer kateter dilepas.
7. Berikan penyuluhan kepada klien tentang :
 - a. Vulva hygiene yang benar
 - b. Ajarkan cara perawatan payudara, cara menyusui dan cara merawat bayi dan perawatan tali pusat.
 - c. Anjurkan ibu untuk imunisasikan bayinya.
 - d. Anjurkan ibu untuk makan – makanan bergizi dengan diet rendah garam.
 - e. Anjurkan ibu untuk beraktivitas yang ringan dan istirahat yang cukup setelah pulang dari rumah sakit.

- f. Anjurkan ibu untuk ber-KB.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 21-06-2008

Jam 09.30 Wit

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan terakhir pada klien dan keluarga klien (jam 14.30 Wit).
2. Mengobservasi keadaan umum dan TTV (Jam 09.30 – 14.30 Wit).
3. Melakukan puerperium (kontrol kontraksi uterus, TFU, pengeluaran pervaginam) dan bersihkan badan klien 2 x sehari (Jam 09.30 – 14.30 Wit).
4. Mengobservasi cairan infus dextrose 10 % (jam 08.00 Wit) habis, diganti infus dextrose 5 % kosong.
5. Memberikan asupan nutrisi diet rendah garam dan makanan lunak (jam 09.40 Wit).
6. Berkolaborasi dengan dokter, instruksi pemberian therapy terakhir diberikan pada hari ini (jam 09.30 wit).
 - a. Cairan Infus dextrose 5 % kosong kecepatan 20 tts/menit
 - b. Injeksi vicillin 1 gr/iv.
 - c. Therapy obat nivedifin 10 mg sublingual.
 - d. Mengambil darah dan urine.
 - e. Douwer kateter dilepas.

7. Berikan penyuluhan kepada klien tentang :

- a. Vulva hygiene yang benar
- b. Ajarkan cara perawatan payudara, cara menyusui dan cara merawat bayi dan perawatan tali pusat.
- c. Anjurkan ibu untuk imunisasikan bayinya.
- d. Anjurkan ibu untuk makan – makanan bergizi dengan diet rendah garam.
- e. Anjurkan ibu untuk beraktivitas yang ringan dan istirahat yang cukup setelah pulang dari rumah sakit.
- f. Anjurkan ibu untuk ber-KB.
- g. Menganjurkan kontrol ulang pada PKM Koya Barat.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 21-06-2008

Jam 15.00 Wit

1. Klien dan keluarga telah mengetahui kondisi terakhir klien.
2. Keadaan umum klien baik (ibu sudah bisa ke kamar mandi untuk buang air kecil dituntun suaminya), kesadaran compos mentis, TTV (TD : 130/100 mmHg, ND : 88 x/menit, Resp : 24, SB : 36,7⁰C).
3. Kontraksi uterus : baik dan keras, TFU : 4 jari bawah pusat, perdarahan 2 x ganti pembalut, pengeluaran lochea rubra dan ibu sudah dibersihkan.
4. Cairan infus dextrose 5 % jam 14.30 Wit habis, infus dilepas. Cairan input (dari jam 15.00 – 14.00 Wit) selama 23 jam input : 1435 cc dan output : 1000 cc.

5. Porsi makan dihabiskan $\frac{1}{2}$ piring dewasa (makanan lunak) dengan diet rendah garam.
6. Pemberian therapy dihentikan dan douwer kateter telah dilepas
7. Ibu sudah mengerti dan mengikuti anjuran yang diberikan tentang :
 - a. Vulva hygiene yang benar
 - b. Cara perawatan payudara, cara menyusui dan cara merawat bayi dan perawatan tali pusat.
 - c. Mengimunitasikan bayinya.
 - d. Makan – makanan bergizi dengan diet rendah garam.
 - e. Beraktivitas yang ringan dan istirahat yang cukup setelah pulang dari rumah sakit.
 - f. Ibu mau ber-KB.
 - g. Ibu akan kontrol ulang di PKM Koya Barat dengan Surat Pengantar dari Rumah Sakit.

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA KLIEN Ny. F.P
PADA MASA NIFAS DENGAN EKLAMPSIA

Tanggal : 21 Juni 2008
Jam : 14.30 Wit
Oleh : Mhs. Kebidanan Siti Komariyah

DS :

1. Klien umur 17 tahun, PI A 0, rujukan dari Puskesmas Koya Barat, nifas disertai Eklampsia.
2. Ibu tidak sadar/koma

DO :

1. Keadaan umum : Lemah
2. Kesadaran : Koma
3. Kejang : Tidak ada
4. Reaksi pupil mata : Tidak ada
5. Oedema : +/+
6. Tekanan darah sebelum melahirkan di Puskesmas : 180/90 mmHg
7. Setelah post partum di Puskesmas : 220/140 mmHg
8. Tanda – tanda vital saat di rumah sakit :

TD : 160/130 mmHg, ND : 94 x/menit, Res : 28 x/menit, SB : 38,6⁰C

3. Ibu sudah sadar dan Ibu mengerti tentang vulva hygiene, cara merawat payudara, cara merawat bayi dan tali pusat setelah diberikan pengetahuan dan mau ber-KB.
4. Ibu mau kontrol ulang tanggal 29 Juli 2008 di Puskesmas Koya Barat setelah diberi Surat pengantar dari Rumah Sakit.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis kepada klien Ny. F.P umur 17 tahun, PI A0 nifas hari I dengan nifas disertai eklampsia di RSUD Jayapura, asuhan ini berlangsung selama 3 hari. Pada saat pengkajian, penulis mendapatkan data melalui keluarga dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang laboratorium (urine, darah). Klien Ny. F.P adalah rujukan dari Puskesmas Koya Barat.

Kasus eklampsia yang penulis angkat merupakan kasus yang jarang terjadi dan hanya 10% dari ibu nifas (Manauaba, 1998). Sedangkan hasil data medik tahun 2007 di RSUD Jayapura, kejadian eklampsia 8,6 %. Pada saat melakukan pengkajian, penulis menemukan tanda – tanda eklampsia pada klien Ny. F.P, yaitu tekanan darah 160/130 mmHg, pemeriksaan urine protein negatif, pemeriksaan darah trombosit 71.000 mm^3 , leukosit 29.300 mm^3 dan output urine $< 400 \text{ ml/24 jam}$ dan klien ada dalam keadaan koma.

Menurut Manuaba (1998), gejala – gejala eklampsia, yaitu : protein urine 3 gram/ltr, perdarahan retina, nyeri epigastrium, tekanan darah sistolik $> 160 \text{ mmHg}$, diastolik $> 110 \text{ mmHg}$, peningkatan kadar enzim trombosit $< 100.000 \text{ mm}^3$, oliguria $< 4 \text{ mm/2 jam}$, hal ini ada perbedaan antara teori dan keluhan yang dialami oleh klien ada teori yang tidak temukan pada klien Ny. F.P.

Berdasarkan diagnosa aktual yang ada, penulis menegakkan diagnosa potensial, yaitu potensial terjadi kematian ibu dan melihat keadaan umum ibu yang koma, maka berdasarkan kolaborasi dokter diberikan penanganan segera sesuai dengan protab PEB, yaitu pemberian cairan dextro 5% drip 4 ampul diazepam perbotol 16 tts/menit, injeksi vicillin 3 x 1 gr/iv, therapy nifedivin 10 mg 3 x 1/hari, pemasangan douwer kateter dan therapy ini diberikan sampai tekanan darah kembali normal, hal ini dikaitkan dengan teori <http://www.wahdah.or.id> diakses tgl 17 Juli 2008, mengatakan bahwa pengobatan eklampsia, yaitu kolaborasi dokter untuk pemberian MgSO_4 8 gram dalam larutan 40%, selanjutnya tiap 4 gram dengan syarat bahwa refleks patella masih positif, sulfas magnesikus dapat diberikan secara intravena dan ada perbedaan antara protab PEB yang dilakukan pada klien Ny. F.P dengan teori sesuai dengan kolaborasi dokter pemberian vicillin 3 x 1 gram/iv, hal ini berhubungan dengan leukosit klien Ny. F.P 29.300 mm^3 , sehingga suhu badan menjadi 38°C , sedangkan dalam teori eklampsia tidak menyebutkan pemberian antibiotik dan kolaborasi lain dokter ini dilanjutkan dalam asuhan rencana yang dilaksanakan dalam tindakan menyeluruh saat penulis melakukan asuhan kepada klien Ny. F.P berdasarkan kolaborasi dokter, dimana lebih difokuskan kepada perbaikan keadaan umum ibu. Selama 3 hari, penulis melakukan asuhan kebidanan didapatkan klien mengalami perubahan, yaitu pada hari kedua klien sudah sadar dan tekanan darah 140/100 mmHg dilakukan 3 kali berturut –turut dalam jarak waktu 1 jam (jam 12.00, Wit, 13.00 Wit dan 14.00 Wit) pada tanggal 21 Juni 2008, nadi 88 x/menit, respirasi 30 x/menit, SB : 38°C dan perawatan selanjutnya merupakan perawatan nifas.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dari uraian – uraian diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan :

1. Seorang wanita hamil dikatakan eklampsia ditandai dengan TD 160/110 mmHg, dengan trombosit 71.000 mm^3 disertai kejang atau koma.
2. Klien Ny. F.P adalah klien rujukan dari Puskesmas Koya Barat dengan interpretasi data; umur 17 tahun, P1 A0 dengan eklampsia dengan TD nifas 220/140 dan ibu dalam keadaan koma.
3. Dari hasil diagnosa, klien berpotensi terjadinya kematian. Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 3 hari diagnosa potensial tidak terjadi. Asuhan kebidanan difokuskan berdasarkan kolaborasi dokter dan mengobservasi tanda – tanda vital, perdarahan, kontraksi uterus, pemenuhan asupan nutrisi melalui cairan infus (dextrose 5% & 10% + drip diazepam 4 amp 16 tts/menit) dengan diet rendah garam disertai dengan pemberian pendidikan tentang vulva hygiene, cara merawat payudara dan menyusui, cara merawat bayi, dan menganjurkan ibu ber-KB.
4. Hasil evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan selama 3 hari, ibu telah sadar dengan tanda-tanda vital mendekati normal dan ibu diperbolehkan pulang sehari kemudian pada tanggal 22 juni 2008 dan dianjurkan untuk kontrol ulang pada tanggal 29 Juni 2008 di Puskesmas Koya Barat.

B. SARAN

1. Bagi Bidan di Puskesmas

Dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil jika ditemukan kasus pre-eklampsia, sebaiknya lebih jeli dalam memberi tindakan secara cepat dan tepat sesuai kasus yang ditemukan. Deteksi dini, yaitu tindakan/kolaborasi dan merujuk ke dokter Puskesmas/setempat. Setelah dilakukan tindakan dan tidak mengalami perubahan/bertambah buruk, maka klien perlu mendapatkan penanganan yang lebih serius segeralah dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai/Rumah Sakit.

2. Bagi Bidan di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura, diharapkan lebih meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal sehingga angka kematian ibu dapat dicegah

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

4. Bagi Klien

Untuk menindaklanjuti evaluasi tanggal 21 Juni 2008, klien dianjurkan untuk kembali kontrol 1 minggu kemudian tanggal 29 Juni 2008, maka penulis sarankan agar melakukan pemeriksaan lanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dep.Kes RI,2002, *Modul I Masalah Kematian Ibu*, Edisi 2,Depkes RI, Jakarta.
- Hanafiah. T. M, 2004, *Diktat Perawatan Masa Nifas*, <http://www.library.usu.ac.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008.
- Martaadisoebrata. D. dkk, 2005, *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*, Edisi I Cetakan I, YBS-SP; Jakarta.
- Manuaba. I. G. 1998, *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, Cetakan I, EGC; Jakarta.
- Mochtar. F, 1998, *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologis*, Jilid I, Edisi II, EGC; Jakarta.
- Prawirohardjo. S, 2005, *Ilmu Kebidanan*, Edisi III, Cetakan VII, YBP-SP; Jakarta.
- Varney. H. dkk, 2002, *Buku Saku Kebidanan*, Cetakan I, EGC; Jakarta.
- Arifin, *Diktat Pre-eklampsia/Eklampsia*, <http://www.wahdah.or.id> diakses pada tanggal 17 Juli 2008.
- , *Seminar Waspada Terhadap Pre-eklampsia*, <http://www.info.sehat.com> diakses pada tanggal 17 Juli 2008.

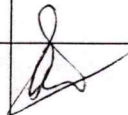


PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA
NIM
PEMBIMBING I
PEMBIMBING II

: SITI KOMARIYAH
: DO-71-24-4-06-34
: Dra. WELMINTJE SAPARI, M.KES
: FREDRICA RUMAH ROPEU, S.ST

N o	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	23/2008 7	Bab. I	1. Revisi bab 2-4. 2. Perbaiki sistematika Bab I). kembali kontrol bab Bab II. selanjutnya.	
2	25/2008 7 Dato. 00	Bab I ok. Bab II A, B, C →	Consisten bab. ok. Perbaiki sistematika Redaksi. Kausa Bab III	
3	4/8-08 Siag	Bab II → Bab III.	Perbaiki sistematika kelompokan yg sesuai	
4	6/8-08 Siag.	Bab II → Bab III →	ok. revisi format. bab? Rasional di bab 3 (tabel pelayanan) Revisi format Implementasi di Gemanti Wahatu.	
5	7/8-08	Bab II → Bab III → Bab IV →	ok. ok. Coba bab 4 selanjutnya secara umum	

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	8/8-08	Bab IV Bab V	Tinjauan kembali & dilengkapi pembahasan, dilengkapi Bab V.	
7	9/8-08	Bab IV Bab V	ok. → perhatikan yg masih kurang.	
8	13/8-08	Bab <u>IV</u> <u>V</u> Daftar pustaka	ok perbaiki susunan.	
9	19/8-08	Daftar pustaka	perbaiki susunan penulisan daftar pustaka sbi Abjad	
10	20/8-08	Daftar pustaka	ok	

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681



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

NAMA

NIM

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II

: SITI KOMADIAH

: 0912440634

: Dra. WELMINTJE SAPARI, M.KES

: FREDRICA RUMAROPEN, S-ST

No	Tanggal	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf pembimbing
1	13-8-'08	- Inspeksi - Bab I - II - III - IV - Daftar pustaka	Kembali tgl 19-8-'08 jam 13.00	M. Sapari
2	20-8-'08	Ace → digandakan	→	M. Sapari

Jayapura, 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

Politeknik Kesehatan Jayapura

M. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681