

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN SEROTINUS DI RUANGAN BERSALIN RSUD ABEPURA TAHUN 2007

*Disampaikan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Guna Menyelesaikan Program Study Diploma III Kebidanan*



Oleh

Nama : Yosmina Basna
Nim : 202 400 506

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN
TAHUN 2007**

LEMBAR PERSETUJUAN

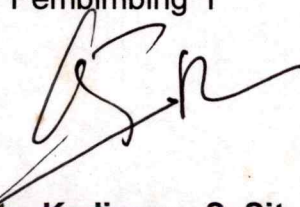
Laporan Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul
“Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Serotinus”
Di Ruang Bersalin RSUD Abepura
Tahun 2007

Telah mendapat Persetujuan Pembimbing dan Dapat Diajukan Kepada
Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Pada Politeknik Kesehatan Jayapura

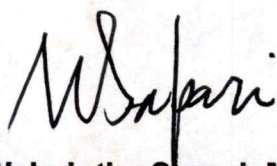
Jayapura, 10 – 8 – 2007

Menyetujui

Pembimbing I


Saaty Kadiwaru, S. Sit
NIP. 640 009 887

Pembimbing II


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

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Jurusan Kebidanan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma Tiga Kebidanan pada hari Jumat, tanggal 10 tahun 2007 Tempat Poltekes Jayapura.

MENGESAHKAN

**Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan
Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan**

Ketua



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

Sekretaris



Heni Voni Rerey, SKM
NIP. 140 238 870

Dewan Penguji

1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681
2. Saaty Kadiwaru, S. Sit
NIP. 640 009 887



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur yang tak terhingga penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala Rahmat dan KasihNya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Adapun Karya Tulis Ilmiah yang penulis buat dengan judul Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Serotinus Di Ruang Bersalin RSUD Abepura Tahun 2007. Karya Tulis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan D – III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Papua.

Penulis menyadari dengan keterbatasan yang ada bahwa penulis Karya Tulis ini masih jauh dari segala kesempurnaan. Karya Tulis ini perkenallah penulis kesempatan ini pula menyampaikan ucapan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan :

1. J. P. Rumakewi, SKM, MM, sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Papua yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan pada Politeknik Kesehatan Papua.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua sebagai Dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI.

3. Saaty Kadiwaru, S.Sit, sebagai Dosen Pembimbing Akademik sekaligus sebagai Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI.
4. Dr. Felliks Duwit, sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sorong Selatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan pada Politeknik Kesehatan Papua. Teristimewa yang tak terhingga penulis haturkan buat yang tercinta Ayahanda tercinta Lewi Basna (Almarhum) dan Ibu Marthina Yumame. Dan Anak Anan, Yandres Kambu dan tak lupa Suamiku Maurids Kambu, SKM yang telah memberikan motivasi dan dukungan dan doa selama penulis mengikuti Pendidikan di Poltekes ini.
5. Tak lupa Anak Teresia Kareth, Am, Keb yang memberikan motivasi dukungan serta mendampingi penulis baik suka maupun duka selama penulis mengikuti Pendidikan di Poltekes Papua ini.

Semoga berkat Rahmat dan Kasih dari Allah yang Maha Kuasa membalas budi baik yang Bapak Ibu berikan pada penulis dan Karya Tulis ini bermanfaat bagi yang membutuhkannya.

Jayapura, Agustus 2007

Penulis,

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II LANDASAN TEORI	7
I. Konsep Dasar Kehamilan Lewat Waktu (Serotinus)....	7
A. Pengertian.....	7
B. Etiologi.....	8
C. Frekwensi	9
D. Gambaran Klinis.....	10
E. Diagnosa	12
F. Komplikasi	17
G. Penanganan	19
H. Pencegahan	19
II. Manajemen Kebidanan	20
A. Pengertian.....	20
B. Tujuan dan Prinsip	20
C. Proses Manajemen Menurut Helen Varney (1997)	22

BAB III	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	31
	A. Lokasi Pengambilan Kasus	31
	B. Kasus	37
BAB IV	PEMBAHASAN	76
BAB V	PENUTUP	78
	A. Kesimpulan.....	78
	B. Saran.....	79

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan bahwa pembangunan kesehatan yang benar artinya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh manusia Indonesia (Saifuddin, 2002).

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin merupakan salah satu tolok ukur dalam menilai status kesehatan dan juga merupakan masalah-masalah besar di Negara-negara berkembang tahun 1990 WHO memperkirakan lebih 585.000 ibu pertahunnya meninggalkan pada saat hamil atau bersalin (Saifuddin, 2002).

Di Indonesia angka kematian ibu (AKI) tercatat sebanyak 334 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI), 1997 yang merupakan urutan tertinggi di ASEAN, sehingga menempatkan upaya penurunan AKI sebagai program prioritas (Saifuddin, 2002).

Untuk mencapai hasil tersebut pemerintah mencanangkan *Making Pregnancy Safe* (MPS) sebagai salah satu strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia sehat 2010 pada tanggal 12 Oktober 2000, dengan demikian peran dan fungsi profesi kebidanan akan semakin meningkat dan tuntutan kontribusinya di mana focus strategis *Making Pregnancy Safe* adalah untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin penyediaan dan pemantapan pelayanan kesehatan yang ditunjukkan untuk mengulangi penyebab utama kematian dan kesakitan ibu dan hamil dan bayi baru lahir (Saifuddin, 2002).

Untuk menurunkan angka kematian tersebut banyak upaya yang telah dilakukan selama sepuluh tahun terakhir ini, namun hasilnya belum optimal sebab lambatnya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir antara lain kurang fokusnya kegiatan yang dilaksanakan disamping terbatasnya sumber daya yang dilaksanakan dan belum bermanfaat secara optimal sehingga perlu di tetapkan dan di laksanakan kegiatan prioritas yang mempunyai dampak langsung terhadap penurunan kematian ibu. Khususnya pelayanan terhadap ibu hamil dengan Post Term (Serotinus) yang membutuhkan pelayanan secara tepat dan benar.

Ibu hamil Post Term (Serotinus) bila tidak ditangani dengan baik maka akan menyebabkan gawat janin dan menyebabkan kematian.

Berdasarkan data dari ruang kebidanan RSUD Abepura Kecamatan Abepura sepanjang bulan Desember 2005 s/d Desember 2006 jumlah ibu hamil dengan kasus fisiologi 1250/1599 ibu yang dirawat, sedangkan ibu hamil dengan kasus patologi 349/1599 ibu yang di rawat.

Berdasarkan data tersebut di atas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus Serotinus di Ruang Kebidanan RSUD Abepura Kecamatan Abepura.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang di kemukakan di atas maka kasus ini pandang menarik, penting dan perlu di teliti sebagai berikut :

1. Bagaimana cara melakukan pengumpulan data dasar pada manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan serotinus ?
2. Bagaimana melakukan interpretasi data dasar pada manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan serotinus ?
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada ibu inpartu dengan serotinus ?
4. Bagaimana mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada inpartu dengan serotinus ?
5. Bagaimana merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu inpartu dengan serotinus ?

6. Bagaimana melaksanakan perencanaan pada ibu inpartu dengan serotinus ?
7. Bagaimana melaksanakan evaluasi dan pendokumentasi pada ibu inpartu dengan serotinus ?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan penulis agar memiliki pola pemikir sistematis sesuai dengan asuhan manajemen kebidanan, sehingga kemampuan penulis berpikir secara analitik dan kritis dalam memberikan asuhan pada ibu dengan kehamilan lewat waktu (Serotinus)

2. Tujuan Khusus

Untuk mendapatkan hasil yang maksimal dalam penerapan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan serotinus maka tujuan khusus yang ingin dicapai adalah :

1. Dapat mengumpulkan data dasar pada ibu inpartu dengan serotinus.
2. Dapat melakukan interpretasi data dasar pada ibu inpartu dengan serotinus.
3. Dapat melakukan identifikasi diagnosa atau masalah potensial pada ibu inpartu dengan serotinus .

4. Dapat melakukan tindakan segera dan kolaborasi pada ibu inpartu dengan serotinus.
5. Dapat membuat rencana asuhan yang menyeluruh pada ibu inpartu dengan serotinus.
6. Dapat melakukan evaluasi kembali tentang asuhan yang telah diberikan pada ibu inpartu dengan serotinus.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Pribadi

- a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekes Kesehatan Jayapura.
- b. Dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam penyerapan manajemen kebidanan, khususnya pada ibu hamil dengan serotinus.

2. Untuk Pendidikan/Institusi

Sebagai bahan pertimbangan dalam penerapan manajemen kebidanan dan menjadi pedoman atau referensi bagi mahasiswa maupun pihak-pihak yang menggunakan dalam melaksanakan manajemen kebidanan.

3. Untuk Rumah Sakit

Dapat memantau dan serta memberi penanganan yang komperhensip pada ibu yang kehamilan lewat waktu (serotinus).

4. Untuk Klien

Agar ibu dan keluarga mengerti tentang resiko dan bahaya yang akan terjadi pada persalinan post term (serotinus).

BAB II

LANDASAN TEORI

I. Konsep Dasar Kehamilan Lewat Waktu (Serotinus)

A. Pengertian

1. Kehamilan lewat waktu (serotinus) adalah kehamilan yang melebihi batas waktu 42 Minggu belum terjadi persalinan : Kejadian kehamilan lewat waktu berkisar antara 100% dengan variasi 4% sampai 15% perlu diperhatikan bahwa sebagian besar ibu di daerah pedesaan tidak mengetahui dengan pasti tanggal haid terakhir, sehingga sulit melakukan evaluasi (Manuaba, 1998).
2. Kehamilan lewat waktu (serotinus) ialah kehamilan yang berlangsung selama 42 Minggu atau lebih sejak awal, periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 Minggu kemudian. Meskipun kehamilan Post Terem ini mencapai 10 persen dari seluruh kehamilan, sebagian diantaranya mungkin tidak benar-benar serotinus, tetapi lebih di sebabkan oleh kekeliruan dalam memperkirakan usia bestasional (Cunningham, MD, 1995).

3. Kehamilan lewat waktu (serotinus) ialah merupakan kehamilan yang melebihi waktu 42 Minggu belum terjadi persalinan, kejadian lewat waktu berkisar antara 10% dengan variasi 4% sampai 15% (Manuaba, 1998).

B. Etiologi

Menjelang persalinan terjadi penurunan progesterone, peningkatan oksitosin sehingga otot rahim tidak sensitive terhadap rangsangan, karena ketegangan psikologi atau kelainan pada rahim.

Pada kehamilan lewat perlu mendapatkan perhatian dalam penanganan hingga akhir menuju *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba, 1998).

Tetapi yang paling menentukan adalah terjadi produksi prostaglandin yang menyebabkan his yang kuat. Prostaglandin telah dibuktikan berperan paling penting dalam menimbulkan kontraksi uterus. NOW OSU dan kawan-kawan menemukan perbedaan dalam rumahnya kadar cortisol pada darah bayi sehingga di simpulkan kerentanan akan stress merupakan faktor tidak timbulnya his, selain kurangnya air ketuban dan insufisiensi placenta (Wiknjosastro, 1999).

Faktor lain adalah faktor hereditas karena postmaturitas sering di jumpai pada suatu keluarga tertentu (Muchtar, 1998).

Penyebab terjadinya kehamilan lewat waktu masih merupakan tanda tanya, namun disebut bahwa kelainan anatomi dan biokimia merupakan faktor predisposisi (Saifuddin, 2002).

C. Frekwensi

Pada ante natal sering kita jumpai usia kehamilan adalah lewat waktu atau 42 Minggu, namun belum ada tanda-tanda mulainya persalinan keadaan ini mungkin 10% dari seluruh kehamilan, sebagian diantaranya mungkin tidak benar-benar berusia 42 Minggu lebih disebabkan oleh kelahiran dalam memperkirakan usia gestasional.

Tanpa diketahui usia gestasional pertumbuhan janin tidak dapat ditentukan dan kekeliruan yang sering dalam pelaksanaan pasien bias saja terjadi karena hal-hal tersebut frekuensi kehamilan lewat waktu berkisar antara 10% - 15%. Kematian pada kehamilan lewat waktu dapat terjadi sekitar 25% - 35% dalam rahim serta mungkin meningkat pada pertolongan persalinan yang kurang cepat dan tepat. Seorang bidan yang profesional harus mampu dan tampil dalam menangani sesuatu kasus post term agar tidak terjadi komplikasi dan mortalitas pada ibu dan janin.

D. Gambaran Klinis

Sebelum melakukan intervensi, kita harus menilai kembali tentang kehamilannya untuk memperoleh umur kehamilan yang benar. Pemeriksaan ultrasonografi janin sangat bermanfaat untuk pemeriksaan adanya kelainan congenital, presentase janin, taksiran berat janin, kondisi plasenta, volume cairan amnion. Pemeriksaan ultrasonografi tidak bisa menentukan umur kehamilan secara tepat apabila kehamilannya sudah lanjut (Saifuddin, 2002).

1. Masalah pada Ibu

- a. Serviks yang belum matang (70% kasus)
- b. Kecemasan pada ibu
- c. Persalinan traumatis akibat janin besar (20%)
- d. Angka kejadian seksio sesarea meningkat karena gawat janin distosia, dan disproporsi sefalopelvi.
- e. Meningkat perdarahan pasca persalinan, karena penggunaan oksitosin, waktu ekselerasi atau induksi (Manuaba, 1998).

2. Masalah pada Janin

Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah placenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran

CO2/O2 sehingga janin mempunyai resiko asphyxia sampai dalam rahim. Kelainan pertumbuhan janin.

- a. Janin besar dapat menyebabkan distosia bahu, fraktur *klavikulapalsi Erb-Dechene*.
- b. Pertumbuhan janin terhambat.
- c. Air ketuban semakin berkurang dan semakin kental.
- d. Tali pusat tertekan sehingga menyebabkan kematian janin yang mendadak.
- e. Sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan.
- f. Berkurangnya nutrisi dan O₂ ke janin yang menimbulkan asphyxia dan setiap saat dapat meninggalkan dalam rahim.

Walaupun dikatakan kejadiannya mencapai 10% kehamilan, namun perlu dilakukan evaluasi ulang tentang kehamilan.

Kesalahan dalam estimasi umur kehamilan. Penyebab terjadinya kehamilan lewat waktu masih merupakan tanda Tanya, namun disebutkan kelainan anatomi dan biokimia merupakan faktor predisposisi.

Penanganan Umum

- a. Lakukan konfirmasi umum kehamilan bayi.
- b. Mengevaluasi kesejahteraan janin.

E. Diagnosa

Post term (serotinus) ialah kondisi bayi yang lahir akibat kehamilan lewat waktu dengan kelainan fisik akibat kekurangan makanan dan oksigen. Bila kasus telah mengalami insufisiensi yang berat maka akan lahir bayi dengan kelainan-kelainan seperti di atas. Tanda-tanda post term (serotinus) dapat dibagi dalam 3 stadium :

1. Stadium I

Kulit bayi menunjukkan kehilangan veniks kaseosa maserasi berupa kulit kering rapuh dan mudah mengelupas.

2. Stadium II

Gejala di atas disertai pewarnaan mekoneum (kehijauan) pada kulit bayi.

3. Stadium III

Terdapat pewarnaan kekuningan pada kuku kulit dan tali pusat. Diagnosis kehamilan lewat waktu biasanya perhitungan lewat rumus naegele setelah mempertimbangkan siklus haid dan keadaan klinis. Bila terdapat keraguan maka

pengukuran tinggi fundus uteri gestasi lebih tepat, keadaan klinis yang mungkin ditemukan ialah :

1. Air ketuban yang berkurang
2. Gerakan janin yang jarang

Bila telah dilakukan pemeriksaan ultrasonografi serial terutama semenjak trimester pertama maka hampir dapat dipastikan usia kehamilan. Sebaliknya pemeriksaan yang sesat setelah trimester III sukar untuk memastikan usia kehamilan.

Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik 20%) mempunyai spesifisitas 100% dalam menentukan adanya disfungsi janin placenta post term (serotinus) (Wiknjosastro, 1999).

Penilaian Pasien :

1. Menentukan tafsiran persalinan merupakan bagian terpenting dari perawatan antenatal, karena akan mempengaruhi pada tindakan selanjutnya menentukan pada saat persalinan lebih tepat dan dapat dipercayai bila dilakukan pada kehamilan dini.

2. Penilaian Janin

Bila kehamilan lewat waktu direncanakan tidak segera di lahirkan kita harus mempunyai keyakinan bahwa janin dapat hidup terus di dalam lingkungan intra uterine.

Penilaian janin tentunya disesuaikan dengan kemampuan fasilitas kesehatan seperti :

a. Pemeriksaan ultra sonografi

- Pemeriksaan biometri untuk menafsirkan berat janin.
- Pemeriksaan derajat kematangan placenta dan keadaan cairan amnion.

b. Pemeriksaan penampilan jantung janin

- Tes tanpa tekanan atau kontraksi (NST)/Non Stress.
- Bila memperoleh hasil non relative maka nilai spesifitas 98,8% menunjukkan janin baik bila ditentukan hasil tekanan yang pas positif meskipun sensitifitas relative rendah tetapi telah dibuktikan berhubungan dengan keadaan post matur.
- Menilai derajat kematangan serviks biasanya mempergunakan skor bishop kurang dari 5 cm.
- Gerakan janin :

Gerakan janin dapat ditentukan secara subjektif normal rata-rata 7 x 20 menit atau secara objektif dengan

sonografi normal rata-rata 10 x 20 menit. Gerakan janin dapat pula ditentukan pada pemeriksaan ultrasonografi (Wiknjosastro, 1999).

Diagnosis terhadap ibu dan janin :

1. Terhadap ibu

Terhadap ibu persalinan post term dapat menyebabkan distosia karena :

- a. Aksi uterus tidak terkoordinir, serviks yang belum matang.
- b. Persalinan traumatis akibat janin yang besar.
- c. Kecemasan ibu.
- d. Molding (moulage) kepala kurang maka akan sering dijumpai :
 - Partus lama, kesalahan letak janin, inersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan post term (serotinus).
 - Hal ini menaikkan angka morbiditas dan angka mortalitas.

2. Terhadap janin

- a. Jumlah kematian janin atau bayi pada kehamilan 42 Minggu lebih besar dari pada 40 Minggu.

b. Kelahiran pertumbuhan atau pertumbuhan janin terhambat karena post maturitas pada janin bervariasi berat badan janin bertambah besar, tetapi ada yang berkurang sesudah kehamilan 42 Minggu.

c. Oligohidramnion

Kelainan cairan amnion menyebabkan :

Gawat janin

Keluarnya mekonium

Tali pusat tertekan sehingga menyebabkan kematian janin (Mochtar, 1998).

Diagnosis terhadap ibu :

Bila tanggal hari pertama haid terakhir dicatat dan diketahui wanita hamil, diagnosis tidak sukar.

Bila wanita tidak tahu, lupa atau tidak ingat atau sejak melahirkan yang lalu tidak haid dan kemudian menjadi hamil, hal ini akan sukar memastikannya. Hanya dengan pemeriksaan ante natal yang teratur dapat diikuti tinggi dan naiknya tinggi fundus uteri, mulainya gerakan janin dan besarnya. Janin dapat membantu diagnosa.

Pemeriksaan rontgenologik, dapat di jumpai di pusat-pusat penulangan pada bagian distal femor, bagian proksimal tibia tulang kuboud diameter bipareatal 19,8 cm atau lebih.

Pemeriksaan berat badan ibu diikuti, kapan menjadi berkurang begitupula lingkaran perut dan jumlah air ketuban, apakah berkurang atau tidak.

Ultrasonografi, ukuran diameter biparental, gerakan janin dan jumlah air ketuban.

Pemeriksaan sitologik air ketuban, air ketuban di ambil dengan amnio sintetis baik transvaginal maupun transabdominal air ketuban akan bercampur lemak dari sel-sel kulit yang di lepas janin setelah mencapai lebih dari 36 Minggu. Air ketuban yang diperoleh pula dengan sulfat biru rill, maka sel-sel yang mengandung lemak akan berwarna jingga bila :

Melebihi 10% kehamilan diatas 36 Minggu.

Melebihi 50% kehamilan diatas 36 Minggu.

F. Komplikasi

- a. Anak besar, dapat menyebabkan disprorsi sefalopelvik.
- b. Oligohidramnion, dapat menyebabkan kompresi tali pusat, gawat janin sampai bayi meninggal.
- c. Keluarnya mekoneum yang dapat menyebabkan aspirasi mekoneum.

Masalah Peri Natal

Fungsi placenta mencapai puncaknya pada kehamilan 38 Minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 Minggu, hal itu dapat di buktikan dengan penurunan kadar estriol dan placenta latagen. Rendahnya fungsi placenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin. Akibat dari proses penuaan placenta maka pemasukan makanan dan oksigen akan menurun.

Janin akan mengalami pertumbuhan terhambat dan penurunan berat, dalam hal ini dapat di sebut sebagai dismatur. Jumlah air ketuban yang berkurang mengakibatkan perubahan abnormal jantung janin.

Kematian janin akibat kehamilan lewat waktu adalah :

30% sebelum persalinan

55% dalam persalinan

15% setelah persalinan

Penyebab utama kematian janin adalah hypoksia dan aspirasi mekonium. Komplikasi yang dapat di alami oleh bayi baru lahir bila telah mengalami isufiensi yang berat ialah :

- a. Suhu yang tidak stabil
- b. Polisitemia
- c. Dan kelainan Neurologik (Saifuddin, 2002)

G. Penanganan

Penanganan kehamilan lewat waktu, kita awali dari umur kehamilan 41 Minggu karena dapat meningkatkan pengaruh buruk pada perinatal setelah umur kehamilan 40 Minggu. Di Puskesmas bidan akan merujuk bila kehamilan 42 Minggu. Bila kehamilan 42 Minggu ibu di anjurkan menghitung gerakan janin selama 24 jam tidak boleh kurang dari 10 kali atau jumlah gerakan janin pada suatu waktu dan dibandingkan.

Yang terpenting dalam menangani kehamilan lewat waktu ialah menentukan keadaan janin karena setiap keterlambatan akan menimbulkan resiko kegawatan.

H. Pencegahan

- a. Konseling antenatal yang baik.
- b. Evaluasi ulang umur kehamilan bila ada tanda-tanda berat badan tidak naik, oligohidramnion, gerakan anak menurun. Bila di periksa untuk konfirmasi umur kehamilan dan mencegah komplikasi (Saifuddin, 2002).

II. Manajemen Kebidanan

A. Pengertian

a. Menurut Helen Varney (1997)

Adalah proses pemecahan masalah yang memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan yang dari komperhensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian pengetahuan, hasil temuan yang berfokus pada manajemen klien.

b. Menurut Laurentia Lawinoto (2002)

Manajemen kebidanan berarti pelaksanaan atau pengolahan pelayanan kebidanan.

B. Tujuan dan Prinsip

Agar bidan mampu memberikan asuhan kebidanan yang adekuat komprehensif yang berstandar pada ibu antanatal dengan memperhatikan selama hamil ini, kebutuhan dan respon ibu serta mengidentifikasi penyakit-penyakit yang ada dan mengantisipasinya. Prinsip proses manajemen sesuai dengan

standar yang di keluarkan oleh American Collage Of Nurse Midwife terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan dan mempengaruhi data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk pengumpulan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpanan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

C. Proses Manajemen Menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970 an.

Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini hanya terdiri pemikiran dan tindakan saja melainkan perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Dengan demikian proses mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil

temuan, dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi suatu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen klien terdiri dari 7 langkah yang berurutan di mana setiap langkah di sempurnakan secara periodik. Proses di mulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah di uraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

Ketujuh Langkah Tersebut Adalah Sebagai Berikut :

Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini melakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada Dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Ada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah V dan VI (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan di ambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah-langkah IV untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu di sampaikan pada dokter.

Langkah II Interpretasi Data Dasar

Pada data ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar-benar atas data-data yang telah di kumpulkan.

Data dasar yang telah dikumpulkan di interprestasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah diagnosa keduanya di gunakan, karena beberapa, masalah tidak dapat di selesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang di tuangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah sering dikaitkan dengan pengalaman wanita dan diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah ini sering menyertai diagnosa sebagai contoh yang diperlukan diagnosa “Kemungkinan wanita hamil” dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa itu adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya, contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah dapat ditunda lagi.

Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori nomen cultural standar diagnosa tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang dibutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan sesuatu perencanaan untuk menguraikan rasa takut.

Langkah III Mengidentifikasi Masalah Potensial

Pada langkah kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi langkah itu membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan bersikap siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan peregangan uterus yang berlebihan bidan

harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab peregangan uterus yang berlebihan tersebut, misalnya polyhidramnion, kehamilan kembar. Kemudian ia mengantisipasi melakukan perencanaan untuk mengatasinya dengan bersikap siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan portpartum yang disebabkan oleh Antonio uteri karena pemuaian uterus yang berlebihan pada persalinan dengan bayi besar bidan sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus premature atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan dikonsultasikan atau di tangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan jadi bukan asuhan primer. Periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan. Terus-menerus, misalnya pada

waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat di mana bidan dan anak misalnya berdarahan kala atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah. Dari data yang dikumpulkan data yang dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga jika ditemukan tanda-tanda awal dari preeklampsia, kelainan panggul dan adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gigi, seorang ahli perawatan klinis bayi yang baru lahir, dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultan dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah mengidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien biar ada masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, cultural atau masalah psikologi.

Dengan perkataan ini asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakan. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan

pengetahuan dan teori serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.

Rasional yang berdasarkan asumsi yang baik sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang salah atau tidak memadai atau berdasarkan sesuatu data dasar yang tidak lengkap, biasa dianggap tidak valid dan akan menghasilkan asuhan klien yang tidak lengkap dan berbahaya.

Langkah VI Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan bisa dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian dilakukan sendiri oleh dokter. Bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan meningkatkan waktu dan biaya serta mutu dari asuhan klien.

Langkah VII Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah identifikasi di dalam masalah dan diagnosa rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinu, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinis dan ada dua langkah yang terakhir bertanggung jawab pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

A. Lokasi Pengambilan Kasus

Analisis Type dan Karakteristik

Type Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk Type C dengan Peraturan Daerah Nomor : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dengan Surat Keputusan Nomor : 78 Tahun 1998 pada tanggal 01 – 05 – 1998 dan selanjutnya di Undang-Undangkan dengan Lembaran Daerah Propinsi Dati I Irian Jaya No : 162 Tanggal 13 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu rumah sakit, maka disusul dengan terpenuhinya persyaratan rumah sakit, maka di susul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak di bidang komersial Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 163 kapasitas tempat tidur, dengan beberapa ruang rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan, dan bangsal perinatologi, ruang ICU, VIP dan ruang kelas.

Tercapainya kriteria sebagai Rumah Sakit Type C dapat di lihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat

Struktur Organisasi dan Ketenagaan

Struktur Organisasi

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

Ketenagaan

Jumlah Dr Spesialis	= 16 orang
Jumlah Dr Umum	= 11 orang
Jumlah Dr Gigi	= 4 orang
Jumlah Perawat	= 104 orang
Bidan D III	= 5 orang
Bidan	= 12 orang
Gizi	= 31 orang
Kesehatan Lingkungan	= 6 orang

Wewenang dan Tanggung Jawab

Tugas Pokok

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

Fungsi

Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis

Menyelenggarakan pelayanan medis

Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan

Menyelenggarakan pelayanan rujukan

Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan

Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan

Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

Gambaran Umum Ruang Bersalin

Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik yang patologi maupun fisiologi dan ginekologi.

a. Wewenang dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan Bersalin

1. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh.
2. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruang bersalin.
3. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin.

4. Membuat program kerja tahunan.
 5. Kepala ruang bersalin bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- b. Instansi Kebidanan di bagi dalam dua bagian yaitu Polik Kebidanan dan Ruang Bersalin
- Ruang bersalin terdiri dari tiga bagian yaitu kamar bersalin (VK), Nifas, dan Ruang Pre Operasi dan Post Operasi yang masing-masing ada penanggung jawabnya.
- c. Ruang bersalin memiliki 5 kamar rawat inap yang terdiri dari :
- a). Kamar kelas I dua buah dengan empat tempat tidur.
 - b). Kamar kelas II satu buah dengan empat tempat tidur.
 - c). Kamar kelas III dengan 13 tempat tidur

Jumlah tenaga dokter

Dr. Spesialis Kebidanan : 1 orang

Dr. Umum : 2 orang

Dengan jumlah tenaga 17 orang yang terdiri dari :

D III Kebidanan : 9 orang

D III Keperawatan : -

Bidan : 6 orang

Perawat : 1 orang

Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing/ruang (VK, Nifas dan Kamar Pre Operasi dan Post Operasi) adalah :

Kamar Bersalin/VK

Tugas/Tanggung Jawab

Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang fisiologi maupun patologi, mengamnease, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan kasus ginekologi serta partus patologi ke dokter penanggung jawab VK. Petugas bertanggung jawab menolong pasien yang akan bersalin normal sesuai dengan asuhan persalinan normal sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN). Membantu dokter saat melakukan tindakan dalam ruang VK.

Fasilitas Pelayanan di Ruang Bersalin Abepura terdiri dari :

- 4 buah partus set
- 4 buah curetase set
- 1 vacuum set
- 1 buah alat forcep
- 1 buah alat steril
- 4 troli
- 5 tempat tidur/tempat tidur ginekologi
- 1 buah lampu sorot

Oksigen

Lemari obat dan obat-obatan dan alkes

Petunjuk 60 langkah

Tromol-tromol berisi kasa, kapas, kapas lidi, tampon, hands coen yang sudah steril.

Ember dengan lap, clorin baskom untuk merendam alat, tempat sampah untuk isi plasenta, tempat sampah medis dan non medis.

Timbangan BB

Pengukur tinggi badan

Standar infuse, infuse set, transfuse set dan infuse

Hecting set 4 buah

Cateter metal dan nelaton serta urine bag

Status pasien obstetric maupun ginekologi

Alat komunikasi dan ATK (alat tulis kantor)

Alat non medis lainnya

Alat pemantau tanda-tanda vital seperti tensi meter, stetoskop, thermometer.

Dopler 1 buah

Alat maupun obat-obatan semua digunakan sesuai dengan kebutuhan.

B. Kasus

Tanggal Pengkajian : 27 – 6 – 2007

Hari/Jam : Minggu, 10.00 WIT

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura

Diagnosa Medis : Inpartu dengan Serotinus

Langkah I Pengumpulan Data Dasar**Data Subyektif****1. Biodata**

Nama Ibu	: Ny. I	Nama Suami	: J
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 30 Tahun
Agama	: Kristen Protestan	Agama	: Kristen Protestan
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: PNS
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Nika Ke	: III	Nika ke	: III
Lama Nikah	: 10 Tahun	Lama Nikah	: 10 Tahun
Alamat	: Kamkei	Alamat	: Kamkei

2. Data Biologis/Fisiologis

a. Keluhan Utama

Ibu masuk ruang bersalin dengan keluhan sakit pada sympicis menjalar ke tulang belakang.

b. Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan sakit bagian perut tembus ke belakang, keluar lendir jam 04.00 pagi.

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. Grafida : III, P.II A. 0
2. HPHT : 3 – 9 – 2006
3. TP : 10 – 6 – 2007
4. ANC : 4 kali, polik kebidanan
RSUD Abepura
5. Imunisasi : 2 kali
6. Pergerakan janin dirasakan ibu : Ya
7. Cukup bulan menurut ibu : Ya
8. Obat-obat yang diminum selama hamil : SF, Kall dan obat
Malaria

d. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nipas yang lalu

No.	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	BB Bayi	Keadaan Ibu & Bayi	Lama ASI	Usia Anak
1.	9 bulan	Spontan	Bidan	2800 kg	Baik	2 tahun	4 tahun
2.	9 bulan	Spontan	Bidan	3000 kg	Baik	1 tahun	2 tahun
3.	Hamil ini						

e. Riwayat Keluarga Berencana : Tidak pernah KB

f. Riwayat Reproduksi

1. Menarche : 16 Tahun
2. Siklus haid : 28 hari
3. Durasi haid : 4 hari
4. Banyaknya : 2 kali ganti duk/hari
5. Bau warna : amis/merah tua
6. Sifat darah haid : encer
7. Gangguan haid : tidak ada

g. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit waktu anak-anak : ISPA, diare dan malaria
2. Riwayat opname : tidak pernah
3. Riwayat operasi : tidak pernah
4. Penyakit serius saat ini : tidak ada

h. Riwayat Penyakit Keluarga

1. Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
2. Penyakit menahun dalam keluarga : tidak ada
3. Penyakit keturunan dalam keluarga : tidak ada
4. Riwayat keluarga yang meninggal : tidak ada
5. Riwayat persalinan kembar
 - a. Pihak suami : tidak ada
 - b. Pihak istri : tidak ada

i. Keadaan Psikologi

1. Klien : Ibu merasa cemas dengan kehamilannya sekarang dan janin kandungannya.
2. Suami : Turut mengkhawatirkan keadaan ibu serta bertahap istri dan janinnya selamat.
3. Keluarga : Kedua pihak keluarga sangat mengkhawatirkan dan mencemaskan keadaan keadaan janin yang dikandungnya, harapan keluarga semoga anak mereka serta janin yang di kandung selamat.

j. Latar Belakang Sosial Budaya

Klien dan Suami

Klien dan suami berasal dari keluarga yang berbeda tetapi tidak ada suatu perbedaan yang menonjol diantara mereka,

namun mereka masih memegang teguh adat istiadat/tradisi budaya mereka masing-masing dari daerah mereka. Kehidupan mereka masih membaur dengan masyarakat sekitar.

k. Dukungan Keluarga

Perhatian dari pihak keluarga klien dan suami akan keselamatan ibu dan janin sangat besar, terlihat pada waktu berkunjung kedua keluarga bergantian mengunjungi dan memberi dukungan dan selalu berdoa bersama-sama.

l. Keadaan Sosial Ekonomi

Penghasilan suami sangat mencukupi kebutuhan anggota keluarganya.

m. Masalah-masalah Selama Kehamilan Sekarang

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

n. Riwayat Aktivitas sehari-hari

No.	Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Pola Nutrisi			
	Pola Makan	Nasi, sayur, lauk	Nasi, sayur, lauk	Nasi, sayur, lauk
	Frekuensi Makan	3 x sehari	3 x sehari	3 x sehari
	Nafsu Makan	Kurang	Kurang	Cukup
	Makanan Kesukaan	Buah dan sayur	Buah dan sayur	Buah dan sayur
	Jumlah Minuman/Hari	5 gelas air/hari	6-7 gelas air/hari	7-8 gelas air/hari
2.	Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kehamilan			
	Merokok	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	Obat peminang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	Minum beralkohol	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
	Jamu/obat tradisional	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3.	Eliminasi			
	BAB			
	Frekuensi	2 x sehari	2 x sehari	
	Bau/warna	Amoniak/kng kcl	Amoniak/kng kcl	Amoniak/kng kcl
	Konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak
	BAK			
	Frekuensi	4 – 6x/sehari	5 – 7 x/sehari	6 – 8 x/sehari
	Bau/warna	Amis/teh tua	Amis/teh tua	Amis/teh tua

4.	Pola tidur dan istirahat			
	Tidur siang	1 – 2 jam	2 – 3 jam	1 – 2 jam
	Tidur malam	5 – 6 jam	7 – 8 jam	7 – 8 jam
5.	Olahraga dan Rekreasi			
	Nonton TV	Ya	Ya	Ya
	Dengar Radio	Tidak	Tidak	Tidak
	Rekreasi	Ya	Ya	Ya
	Olah Raga	Tidak	Jalan pagi	Jalan pagi + sore
6.	Kebersihan diri			
	Frekuensi mandi	1 – 2 x/sehari	1 – 2 x/sehari	1 – 2 x/sehari
	Pakai sabun mandi	Ya	Ya	Ya
	Di keringkan dengan handuk	Ya	Ya	Ya
	Frekuensi sikat gigi	1 – 2 x/sehari	1 – 2 x/sehari	1 – 2 x/sehari
	Sikat gigi dengan odol	Ya, Pepsodent	Ya, Pepsodent	Ya, Pepsodent
	Frekuensi cuci handuk	2x/Minggu	2x/Minggu	2x/Minggu
	Memakai sampo	Ya, Clear	Ya, Clear	Ya, Clear

Data Obyektif**1. Pemeriksaan Umum**

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Cm
3. Penampilan : Kusut
4. Eksresi wajah : Cemas
5. Tanda-tanda vital
 - a. TD : 130/70 mmHg
 - b. SB : 37°C
 - c. N : 80/mt
 - d. R : 28x/mt
6. Berat badan sebelum hamil : 61 kg
7. Tinggi badan : 162 cm
8. Berat badan selama hamil : 76 kg
9. Kenaikan berat badan : 15 kg
10. Lila : 26 cm

2. Pemeriksaan Fisik**a. Kepala**

1. Inspeksi : Rambut hitam, kulit kepala bersih
2. Palpasi : Tidak ada benjolan

b. Muka

1. Oedema : Tidak ada
2. Cloasma gravidarum : Tidak ada

c. Mata

1. Conjunctiva : Baik
2. Solera : Tidak nampak icterus

d. Hidung

1. Pengeluaran cairan : Tidak ada
2. Kebersihan : Baik

e. Telinga

1. Pengeluaran cairan : Tidak ada
2. Kebersihan : Baik

f. Mulut / Gigi

1. Stomatitis : Tidak ada
2. Lidah : Bersih
3. Mukosa mulut : Lembab
4. Caires : Tidak ada
5. Kebersihan : Bersih

g. Leher

1. Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
2. Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

h. Dada dan Perut

1. Inspeksi

- a. Bentuk dada : Simetris
- b. Pergerakan dada : Ada, mammae kiri kanan normal
- c. Massa : Tidak ada benjolan
- d. Frekuensi pernapasan : 28x/m
- e. Jenis pernapasan : Normal

2. Palpasi

- Nyeri tekanan : Tidak ada

i. Jantung

- 1. Inspeksi : Ada pergerakan
- 2. Auskultasi : Tidak dilakukan

j. Payudara

1. Inspeksi

- a. Kulit tegang : Ya
- b. Membesar : Ya
- c. Hiperpigmentasi : Ya
- d. Puntung susu kiri/kanan : Terbentuk
- e. Kebersihan puntung : Baik

2. Palpasi

a. Pengeluaran : Ada (colostrums)

b. Pembesaran pada kelenjar askila : Tidak ada

k. Abdomen

1. Perut : Membesar

2. Strie : Gravidarum

3. Keadaan perut : Sesuai usia
Kehamilan

4. Berkas operasi : Tidak ada

l. Vulva/Vagina

Keadaan : Baik, tidak ada
kondiloma

Flour albus : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Pengeluaran : Lendir darah

m. Tungkai atas

1. Jari : Bersih

2. Kuku : Pendek

Tungkai bawah

1. Oedema : Tidak ada

2. Varices : Tidak ada

3. Refleks : Ada (+)

3. Pemeriksaan Obstetric

a. Palpasi

1. Leopold I : Tinggi Fundus Uteri 32 Cm
2. Leopold II : Punggung Kanan. Puka
3. Leopold III : Kepala
4. Leopold IV : 3/5 Bagian
5. His
 - a) Frekuensi : 3x dalam 10 menit
 - b) Durasi : 30 – 40 detik
 - c) Kekuatan : Sedang
 - d) Relaksasi : Baik
6. Gerakan janin : Ada
7. TBJ : Rumus MC. Donald,

$$32-12 \times 155 = 3255 \text{gr\%}$$

b. Auskultasi

1. Denyut jantung janin : Ada
2. Frekuensi : 152 x/menit
3. Irama : Teratur

c. Perkusi : Refleks Patella (+/+)

d. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 27 – 6 – 2007 Jam : 10 : 15 WIT Oleh : Yosmina Basna

Hasil :

1. Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan
2. Portio : Tipis melingkar
3. Pembukaan : 7 cm
4. Ketuban : (+) Menonjol
5. Presentase : Kepala
6. Penurunan : Kepala 3/5
7. Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
8. Nilai panggul
 - a) Inlet : Tidak dapat dinilai
 - b) Mid pelvis : Dinding samping lurus
Spina Ischiadika tumpul
Distansia Interpinarum
> 10,5 cm
Sacrum konkaf
 - c) Outlet : Arkus pubis <90°
 - d) ICP : Baik

e) Kesan panggul : Cukup

f. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium : Tanggal : 27 – 6 – 2006

a) Urine

Protein : Tidak dilakukan

Reduksi : Tidak dilakukan

b) Darah

Gol darah : B

DDR : -

HB : 11gr%

Leukosit : Tidak dilakukan

2. Roentgen : Tidak dilakukan

3. USG : Tidak dilakukan pemeriksaan

Langkah II Interpretasi data Dasar

Diagnosa

Ibu : Umur 28 tahun, GIII, PII, A, O hamil 40 Minggu, inpartu kala I, fase aktif dengan Serotinus.

Janin : Intra uterin, presentase kepala, tunggal hidup.

Dasar**1. DS**

- a. Ibu merasa sakit dari symphysis menjalar ketulang belakang.
- b. Ibu merasa panas badannya dan lemas.
- c. Ibu merasakan gerakan janin.
- d. Ibu merasa ada keluar cairan dari jalan lahir.
- e. GIII. P II. A. O
- f. HPHT : 3 – 9 – 2006
- g. TP : 10 – 6 – 2007

2. DO

- a. Palpasi : TFU 2 jari bawah pusat px (35 cm), letak kepala punggung kanan.
- b. Auskultasi : Djj (+) 136 x/menit
- c. tanda-tanda vital
SB : 37 C
- d. Pemeriksaan dalam
Pembukaan : 7 cm
Ketuban : (+) menonjol
Presentase : Kepala
Penurunan : 3/5
Petunjuk : UUK ke depan

e. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium

a. Darah

❖ DDR : -

❖ HB : 11 gr%

b. Urine

❖ Protein : Tidak dilakukan

❖ Reduksi : Tidak dilakukan

Langkah III Diagnosa Potensial

Janin

a. Potensial terjadi gawat janin

Langkah IV Tindakan Segera

1. Kolaborasi dokter

Pasang infus DEX 10%, Drip Oxitosin 5 U dengan kecepatan 8 tts/m dan dinaikan tiap 15 /m, 4 tts/m sampai dengan His Optimal dan tidak lebih dari 40 tts/m.

Langkah V Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

1. Atur posisi ibu

Rasional : Untuk memperlancar sirkulasi darah oksigen dari ibu ke janin.

2. Hadirkan orang yang terdekat

Rasional : Untuk memberi support pada ibu

3. Observasi HIS, BJA dan pengeluaran pervagina tiap 30 menit

Rasional : Dengan monitoring HIS dan BJA tiap 30 menit dapat diketahui kesejahteraan ibu dan bayinya

4. Observasi keadaan umum, kesadaran dan TTV tiap 4 jam

Rasional : Untuk mengetahui tanda-tanda bahaya pada ibu

5. Lakukan PD tiap 4 jam

Rasional : Untuk memantau kemajuan persalinan dan tanda-tanda bahaya dalam persalinan dilakukan tiap 4 jam untuk menghindari terjadinya infeksi.

6. Persiapan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong

Rasional : Untuk mempermudah dalam bekerja.

7. Ajarkan teknik pernapasan di luar HIS

Rasional : Dengan teknik relaksasi pernapasan, ibu dapat mengatur pernapasan dalam persalinan.

8. Berikan dukungan mental dan moril pada ibu maupun keluarga

Rasional : Dengan memberikan dukungan dan moril pada ibu dan keluarga maka proses persalinan akan berjalan dengan baik.

9. Siapkan oksitosin, partus set dan hecing set

Rasional : Dengan siapnya obat, hecing set dan partus set akan mempermudah dalam bekerja.

10. Siapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya

Rasional : Untuk dapat mencegah terjadinya nasokomial dan froteksi dini bagi penolong.

11. Penuhi kebutuhan nutrisi dan elektrolit ibu.

Rasional : Untuk menambah tenaga dan mencegah dehidrasi.

12. Kosongkan kandung kemih

Rasional : Untuk mempermudah penurunan bagian terendah.

13. Ganti alas kosong dan pakaian ibu yang basah

Rasional : Mencegah kontaminasi dari luar dan memberi rasa nyaman

14. Beri tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada HIS, posisi yang aman pada saat melahirkan.

Rasional : Dengan mengajarkan ibu cara mengedan yang benar dapat mencegah terjadinya kelelahan pada ibu dan bayi dapat segera dilahirkan.

15. Pasang infus DEX 10%

Rasional : Dengan memasang infus, dan di Drip dapat mempercepat proses kelahiran bayi.

Langkah VI Tindakan Asuhan Cara Menyeluruh

Tanggal : 27 – 6 – 2007

Jam : 10.15 WIT

1. Mengatur posisi ibu sesuai kebutuhan atau keinginan ibu.
2. Menghadirkan orang terdekat salah satu keluarga ibu.
3. Mengobservasi HIS, BJA dan pengeluaran pervagina.
4. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran TTV.
5. Mempersiapkan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong.
6. Mengajarkan teknik pernapasan di luar HIS.
7. Memberikan dukungan mental dan moril pada ibu maupun keluarga.
8. Mempersiapkan oksitoksin, partus set dan hecing set.
9. Mempersiapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya.
10. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan elektrolit ibu.
11. Mengosongkan kandung kemih.
12. Menggantikan alas bokong dan pakaian ibu yang basah.
13. Memberi tahu ibu cara mengedan yang baik pada saat ada HIS, posisi yang aman pada saat melahirkan.

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 10.20 WIT

14. Memasang infus DEX 10% dan ditambah Oxytolsin 5 U 8 tts/m.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam : 13.20 WIT

1. Keadaan umum : Baik
2. HIS : Frekuensi 3 – 4 x dalam 10 menit,
durasi 40 detik, kekuatan sedang, relaksasi ada, BJA : 150 x/m.
Terpasang Infus Dextrose 10% + Oxytosin 5 U dengan 8 tts/m
3. Pengeluaran pervaginam : Lendir dan darah tambah banyak.
4. Alat partus hecing set siap.
5. Perlengkapan ibu, bayi dan penolong siap.
6. Ibu minum teh hangat $\frac{1}{2}$ gelas dan makan nasi + lauk.
7. Tubuh ibu tampak bersih, ibu siap melahirkan apabila sudah waktunya.
8. Hasil pemeriksaan dalam tanggal 27 – 6 – 2007 jam 13.20 WIT
 - a. Vulava vagina : Tidak ada kelainan
 - b. Portio : Tidak teraba
 - c. Pembukaan : 10 cm
 - d. Ketuban : Negatif (-)
 - e. Presentase : Kepala
 - f. Penurunan : Kepala 0/5
 - g. Petunjuk : Ubun-ubun kecil depan

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

Langkah I Pengkajian

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 13.20 WIT

A. DS

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

B. DO

1. Ibu kelihatan gelisah, berteriak mengangkat kakinya, tinggi-tinggi.
2. HIS (+) frekuensi 4 – 5 dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.

Infus Dextrose 10%.

3. Ketuban pecah spontan jam 13.15 WIT warna putih keruh.
4. Perineum menegang dan anus membuka.
5. Nampak rambut di vulva apabila ada HIS.
6. Pemeriksaan dalam tanggal 27 – 6 – 2007 jam 13.20 WIT.

- | | |
|---------------|-------------------------|
| a. Portio | : Tidak teraba |
| b. Pembukaan | : 10 cm |
| c. Ketuban | : Negatif (-) |
| d. Presentase | : Kepala |
| e. Penurunan | : Kepala 0/5 |
| f. Petunjuk | : Ubun-ubun kecil depan |

7. Tanda-tanda vital

- a. TD : 130/70 mmHg
- b. N : 80 x/m
- c. R : 28 x/m
- d. SB : 37,5 C

Langkah II Identifikasi Diagnosa

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 13.20 WIT

Diagnosa ibu : Umur 28 tahun, G III, P II, A), Hamil 42 Minggu, Partus Kala II.

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

A. DS

- 1. Ibu merasa meluas semakin kuat dan sering.
- 2. Ibu ingin buang air besar.

B. DO

- 1. Ibu kelihatan gelisah, berteriak mengangkat kakinya, tinggi-tinggi.
- 2. HIS (+) frekuensi 4 – 5 dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.
- 3. Pemeriksaan dalam tanggal 27 – 6 – 2007 jam 13.20 WIT
 - a. Portio : Tidak teraba
 - b. Pembukaan : 10 cm

c. Ketuban : Negatif (-)

Infus Dextrose 10% + Piton 5 U 8 tts/m

d. Presentase : Kepala

e. Penurunan : 0/5

f. Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan

4. Perineum menegang dan anus membuka.
5. Nampak rambut di vulva apabila ada HIS.
6. Djj (+) frekuensi 150 x/m.
7. Terasa pergerakan janin.

Langkah III Identifikasi Potensial

1. Potensial gawat janin (Asfiksia).

Langkah IV Tindakan Segera

1. Pimpinan persalinan.

Langkah V Rencana Asuhan

1. Alat-alat didekatkan dan petugas memakai atribut.

2. Atur posisi ibu setengah duduk

Rasional : Dengan mengatur posisi tidur $\frac{1}{2}$ duduk dapat mempercepat proses kelahiran dengan mencegah terjadinya retractor perineum.

3. Penolong cuci tangan

Rasional : Dengan mencuci tangan dapat mencegah terjadinya infeksi

4. Observasi HIS, BJJ

Rasional : Dengan monitoring HIS dan DJA tiap 5 menit dapat mengetahui kesejahteraan ibu dan bayi.

5. Berikan minum di luar HIS dan beri pujian apabila kepala bayi maju.

Rasional : Dengan memberikan minuman dapat menambah tenaga ibu untuk persalinan.

6. Pimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat dan pantau tetesan cairan infuse.

Rasional : Dengan memimpin ibu mengedan pada saat ada HIS dan dorongan ingin mengedan maka bayi segera dapat dilahirkan.

7. Handuk diletakkan di perut ibu.

Rasional : Supaya bayi lahir di letakkan di handuk lalu di keringkan dan di bungkus.

8. Lakukan episiotomi bila ada indikasi.

Rasional : Untuk memperluas jalan lahir.

9. Tahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm.

Rasional : Dengan melakukan penahan perineum dapat mencegah terjadinya reptur perineum.

10. Lakukan flexi ringan.

Rasional : Agar tidak terjadi rupture uteri.

11. Lahirkan kepala dan usap muka dengan kasa steril.

Rasional : Dengan pengusapan lender pada muka bayi pada saat kepala bayi ekspulsi dapat memperlancar jalan napas dan dapat mencegah terjadinya aspirasi.

12. Periksa lilitan tali pusat.

Rasional : Dengan mengontrol tali pusat pada leher bayi dapat di ketahui adanya lilitan guna mencegah aspiksia.

13. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Rasional : Dengan emmbiarkan kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan bayi dapat menyesuaikan ke arah punggung bayi.

14. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang.

Rasional : Dengan melahirkan bahu depan dan bahu belakang dapat mencegah terjadinya reptur perineum.

15. Lahirkan badan bayi dengan sanggah susur.

Rasional : Dengan melahirkan bayi secara sanggar susur maka bayi akan lahir di tangan penolong.

16. Letakkan bayi di atas perut ibu, dikeringkan, di ganti kain bersih, bungkus bayi.

Rasional : Dengan meletakkan bayi di atas perut ibu dapat mencegah terjadinya hypitermi.

17. Jepit lalu potong/gunting tali pusat.

Rasional : Dengan menjepit dan memotong tali pusat dapat mencegah terjadinya perdarahan.

Langkah VI Implementasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 13.25 WIT

1. Mendekatkan alat-alat dan petugas memakai atribut.
2. Penolong mencuci tangan dan memakai handschun.
3. Mengatur posisi ibu setengah duduk.
4. Mengobservasi HIS, BJJ dan memantau tetesan cairan infuse.
5. Memberikan minuman air di luar HIS dan beri pujian apabila kepala bayi maju.
6. Memimpin ibu mengedan bila ada HIS yang adekuat dan kepala nampak di vulva.
7. Meletakkan handuk di perut ibu.

8. Melakukan episiotomi.
9. Menahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm.
10. Melakukan flexi ringan.
11. Melahirkan kepala dan usap muka dengan kasa steril.
12. Memeriksa lilitan tali pusat, tidak ada lilitan tali pusat.
13. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan.
14. Melahirkan bahu dengan dan bahu belakang.

Kedua tangan penolong mencekap kepala bayi secara biparietal.

Kepala di arahkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan.

Kemudian ke atas untuk melahirkan badan bayi.
15. Melakukan sanggah susur untuk melahirkan badan bayi.
 - a. Tangan kanan berada diantara kepala dan bahu.
 - b. Tangan kiri secara Poldo menelusuri punggung, bokong dan mencekap kedua kaki bayi.
 - c. Maka lahirlah bayi diatas tangan penolong.
16. Meletakkan bayi di atas perut ibu, dikeringkan, dijepit tali pusat lalu dipotong dan dikeringkan dan dibungkus, dan disusukan pada Ibu.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 14.00 WIT

Oleh mahasiswa Akbid : Yosmina Basna

1. Ibu mengatakan sangat gembira karena bayinya telah lahir dengan selamat.
2. Ibu mengatakan masih mules pada perut bagian bawah.
3. Tanggal 27 – 6 – 2007 jam 14.00 WIT bayi lahir spontan letak belakang kepala, jenis kelamin perempuan, hidup A/S : 8/9, cacat (-), kaput (-)
BB : 2.900 gr, PB : 45 cm. Keadaan kulit, kering mengkilat, ketuban, kehijauan.
4. tali pusat telah dijepit dan dipotong.
5. TTV = TD : 130/70 mmHg, ND : 80 x/m, RS : 28 x/m, SB : 37,5 C.
6. Plasenta belum lahir.
7. Luka ruptur perinium Tk II.

Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam 14.20 WIT

DS

1. Ibu mengeluh perut masih mules.
2. Ibu merasa lelah dan haus.
3. Ibu mengatakan bersyukur anaknya telah lahir.

DO

1. Palpasi
 - a. TFU : Setinggi pusat
 - b. Kontraksi uterus : Baik
2. Placenta belum lahir
3. Keadaan umum : Baik
4. TTV
 - a. TD : 130/70 mmHg
 - b. N : 78 x/m
 - c. R : 28 x/m
 - d. SB : 37,5 C
5. Cairan IVFD DEX + Oxitosin 1 ampul menetes dengan baik 20 tts/m.
6. Luka ruptur perinium tingkat II.
7. Vesika urinaria : Kosong
8. Ada pengeluaran darah sedikit.

Langkah II Interpretasi Data Dasar

- A. Diagnosa : P III, A-O, Kala III dengan Serotinus
- B. Data Dasar

DS

1. Ibu mengeluh perut mules.
2. Ibu merasa senang anaknya telah lahir.

DO

1. Placenta belum lahir.
2. Konstraksi uterus (+).
3. TFU setinggi pusat.
4. Luka robekan ruptur perinium Tk II.

Langkah III Masalah Potensi

1. Potensi atonia uteri.
2. Potensial retensio placenta.

Dasar placenta belum lahir

Langkah IV tindak Segera

1. Manajemen aktif kala III

Langkah V Rencana Asuhan

1. Observasi tanda-tanda vital.
Rasional : Untuk mengetahui kelainan perubahan pada ibu.
2. Letakkan kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen.
Rasional : Untuk mengetahui apakah ada janin lain lagi atau tidak.
3. Beri tahu ibu bahwa akan di suntik.
Rasional : Agar ibu tidak kaget dalam penyuntikan.

4. Berikan suntikan oksitoksin 10 U 1 M.
Rasional : Merangsang uterus berkontraksi.
5. Lahirkan Plasenta secara PTT.
Rasional : Mencegah terjadinya inversion uteri.
6. Periksa kelengkapan placenta.
Rasional : Mengetahui apakah placenta telah lepas lengkap atau tidak.
7. Lakukan masase kontraksi uterus dan ajari ibu menilai kontraksi uterus.
Rasional : Untuk merangsang kontraksi uter.
8. Ukur jumlah perdarahan.
Rasional : Untuk mengetahui jumlah perdarahan kala III.
9. Bersihkan ibu dari lendir dan darah, letakkan kain bersih pada bokong ibu.
Rasional : Untuk memberikan rasa nyaman dan mencegah masuknya mikro organisme.

Langkah VI Implementasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 jam 14.20 WIT

1. Mengobservasi tanda-tanda vital.
2. Membuka kain bersih pada perut ibu, palpasi abdomen.
3. Memberi tahu ibu bahwa akan di suntik.
4. Memberikan suntikan oksitoksin 10 U 1 M.

5. Melahirkan placenta secara PTT yaitu :
 - a. tangan kanan memindahkan klem pada tali pusat $\pm 5 - 10$ cm dari depan vulva.
 - b. tangan kiri menekan bagian atas symphysis dengan telapak tangan menghadap ke fundus uteri, menunggu uterus berkontraksi.
 - c. Lakukan tangan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang dengan hati-hati.
 - d. setelah placenta terlepas meminta ibu menekan sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan ke atas sesuai survey jalan lahir.
 - e. Placenta terlihat di introitus vagina, selanjutnya kelahiran placenta dengan menggunakan kedua tangan, memegang placenta dengan kedua tangan dengan hati-hati dan memutar placenta hingga selaput ketuban terpelin.
 - f. Melakukan massage uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
6. Memeriksa kelengkapan placenta, kontiledon dan keadaan placenta
7. mengajari ibu menilai kontraksi uterus dan massage uterus
8. Mengukur jumlah perdarahan
9. Membersihkan ibu dari lendir darah, letakkan kain bersih pada bokong ibu.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 jam 14.25 WIT

1. Placenta sudah lahir lengkap dengan kontiledon dan selaput placenta secara maternal ukuran 17 x 16 x 2 cm, berat $\pm$ 350 gram, insersi sentralit, panjang tali pusat $\pm$ 45 cm, keadaan kotiledonnya agak hitam, dan nampak adanya berkapuran sebagian placenta.
2. Palpasi TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik.
3. Perdarahan kala III $\pm$ 150 cc.
4. KU : baik Kes : CM.
5. Luka ruptur perinium Tk. II.
6. Perdarahan pada daerah robekan.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Langkah I Pengkajian

A. DS

1. Ibu mengatakan mules-mules pada perut.
2. Ibu mengatakan senang karena anak dan placenta telah lahir dengan selamat.

B. DO

1. Keadaan umum : baik kesadaran : cm.
2. Palpasi TFU 2 jari bawah pusat kontraksi uterus (+).
3. Placenta lahir lengkap dengan selaputnya jam 14.25 WIT.
4. Perdarahan kala III $\pm$ 150 cc.
5. Nampak luka ruptur perinium Tk II.
6. TTV

TD : 130/70 mmHg

N : 78 x/m

SB : 37,2 C

R : 28 x/m

Langkah II Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : P 111, A0, Inpartu Kala IV, Luka ruptur perinium tingkat II.
2. Data Dasar
 - a. TFU 2 jari di bawah pusat.
 - b. Jam 14.25 WIT placenta lahir lengkap dengan selaputnya.
 - c. TTV (TD : 130/70 mmHg SB : 37,2 C N : 78 x/m R : 28 x/m).
 - d. Kontraksi uterus kuat.
 - e. Luka ruptur perinium Tk II.

Langkah III Identifikasi Masalah Potensial

1. Potensial atonia uteri.
2. Potensial perdarahan luka ruptur perinium.

Langkah IV Tindakan Segera

1. Penjahitan luka ruptur perinium Tk II.

Langkah V

1. Observasi tanda-tanda vital, kandung kemih.
Rasional : Mendeteksi terjadinya Atonia Uteri, untuk mengetahui jumlah perdarahan dan merangsang kontraksi uterus.
2. Nilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase.
Rasional : Mendeteksi terjadinya Atonia Uteri, untuk mengetahui terjadinya perdarahan dan merangsang kontraksi uterus.
3. Siapkan hecing set dan dekatkan.
Rasional : Dengan menyiapkan alat-alat dapat melakukan tindakan segera.
4. Lakukan jahitan luka ruptur perinium Tk II.
Rasional : Dengan melakukan hecing dapat mencegah terjadinya perdarahan.

5. Bersihkan ibu dengan air DTT, berikan pakaian dan softeks.

Rasional : Dengan membersihkan ibu dapat memberikan rasa nyaman.

6. Berikan makan dan minum.

Rasional : Dengan memberikan ibu makanan dan minuman dapat mengembalikan tenaga ibu saat persalinan.

7. Motivasi ASI Eksklusif.

Rasional : Meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayi, Isapan bayi merangsang kontraksi uterus.

8. Observasi 2 jam post partum, control uterus, TTV, fundus uteri, tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.

Rasional : dengan kontraksi uterus yang baik tidak akan terjadi perdarahan post manual placenta.

9. Anjurkan istirahat yang cukup.

Rasional : Dengan istirahat dapat menghilangkan kelelahan pada ibu.

10. Rendam instrumen dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Rasional : Dengan merendam alat-alat dapat mencegah terjadinya kontaminasi.

11. Buang bahan-bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai.

Rasional : Agar tidak terlihat sampah dimana-mana.

12. Bersihkan alat tenun/atribut penolong dengan larutan klorin 0,5% air DDT.

Rasional : Dengan membersihkan atribut penolong dapat mencegah terjadinya kontaminasi.

13. Cuci tangan pada air mengalir.

Rasional : Agar tersebut terjadi infeksi.

14. Dokumentasi kegiatan.

Rasional : Agar dapat dipergunakan jawaban sebagai bukti tindakan.

Langkah VI Implementasi

Tanggal 27 – 6 – 2007

Jam : 14.35 WIT

1. Mengobservasi tanda-tanda vital, kandung kemih.
2. Menilai kontraksi uterus dan perdarahan, dan ajarkan cara melakukan masase.
3. Menyiapkan heching set dan dekatkan.
4. Melakukan jahitan lupa ruptur perinium Tk II sesuai tujuan.
5. Membersihkan ibu dengan air DTT, diberikan pakaian dan softeks.
6. Memberiikan makanan dan minum.
7. Memotivasi ASI eksklusif.
8. Mengobservasi 2 jam post partum, control uterus, TTV, fundus uteri, tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
9. Menganjurkan istirahat yang cukup.

10. Merendam instrument dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
11. Membuang bahan-bahan terkontaminasi ke dalam tempat yang sesuai.
12. Membersihkan alat tenun/atribut penolong dengan larutan klorin 0,5% air DDT.
13. Mencuci tangan pada air mengalir.
14. Mendokumentasi kegiatan persalinan.

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 27 – 6 – 2007 Jam : 16.50 WIT

1. Ibu makan satu porsi.
2. Ibu merasa capek dan mengantuk.
3. Keadaan umum baik.
4. Kesadaran kompos mentis.
5. Tanda-tanda vital : TIDAK 130/70 mmHg, ND : x/m, R : 28 x/m, SB : 37,2⁰C.
6. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.
7. kontraksi uterus baik.
8. Perdarahan kala IV 50 cc.
9. Telah dilakukan penjahitan luka ruptur perinium Tk II leluhur dengan benang catcut.
10. Semua hasil tindakan telah didokumentasikan pada buku register pasien maupun register ruangan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan selama melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan serotinus di ruang bersalin RSUD Abepura, maka itu penulis akan menjabarkan sesuai dengan kasus diatas dengan proses manajemen 7 langkah :

Pada pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang lengkap, akurat dan sistematis, dengan cara anamnese/wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan menunjang, saat penulis melakukan pengumpulan data ini penulis tidak menemukan atau mengalami kesulitan atau kendala, sebab pasien kooperatif, dapat diteruskan pada saat pengkajian HPHT – TP dan dapat ditulis umur kehamilan $\pm$ 42 Minggu.

Diagnosa kebidanan di tegakkan berdasarkan data yang dikumpulkan berupa keluhan klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya. Dari keluhan utama yang didapatkan dari pasien yaitu : pasien mengatakan rasa sakit di daerah simpisis sampai ke bagian tulang belakang.

Masalah potensial yang penulis antisipasi adalah potensial terjadinya gawat janin, potensial terjadi partus macet dan dengan dilakukan asuhan kebidanan yang ade kuat masalah potensial diatas tidak menjadi aktual.

Tidak dilakukan karena tidak ada hal-hal yang memerlukan penanganan segera.

Monitoring His dan BJA serta kemajuan persalinan merupakan prioritas utama selanjutnya tanda-tanda vital serta kebutuhan dasar klien seperti makan, minum, eliminasi, istirahat, dan persiapan alat partus serta alat-alat resusitasi serta pemberian pertolongan persalinan.

Pada kasus inpartu dengan serotinus ini, evaluasi dilakukan pada setiap kala dalam persalinan, mulai dari kala I fase aktif, kala II s/d kala IV kemudian dalam masa post partum. Tidak terjadi komplikasi, bayi lahir dengan selamat, kondisi bayi saat lahir badan kelihatan kering dan mudah terkelupas, keadaan ibu baik. Karena tidak ada hal-hal yang memerlukan penanganan khusus, maka ibu dan bayinya diperbolehkan pulang.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan serotinus dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney, maka penulis menyimpulkan bahwa :

Asuhan pada kasus Ny. I ini dengan menggunakan proses manajemen 7 langkah pada setiap kala, pada prinsipnya dapat berjalan dengan baik, hal ini tidak terlepas dari kerjasama yang baik antara penulis pembimbing di lahan praktek dank lien pada kasus ibu inpartu dengan serotinus ditakutkan akan terjadi bahaya pada ibu dan janin yang akan dilahirkannya ternyata tidak ditemukan, seperti ibu inpartu dengan kasus serotinus di takutkan akan terjadi partus macet dan pada bayi yang di takutkan akan terjadi hipoksia dan kematian janin intra uteri maka kesimpulannya semua kasus ibu inpartu dengan serotinus dapat diatasi dengan asuhan kebidanan.

B. Saran

Adapun saran-saran yang dapat penulis berikan adalah :

1. Pihak Ruang Bersalin RSUD Abepura.
 - a). Perlu adanya penambahan alat-alat partus.
 - b). Perlu penyediaan obat-obat preklansi.
 - c). Perlu menyediakan obat-obat perdarahan.
 - d). Perlu adanya 18 penapisan di tingkatkan lagi.
2. Pihak Institusi/Pendidikan :
 - a). Perlu adanya buku-buku pedoman yang berkualitas untuk menunjang mahasiswa/i dalam penulisan KTI.
 - b). Perlu melihat buku-buku yang ada di Perpustakaan Poltekes adalah buku-buku terbitan tahun yang lama, maka perlu pendidikan menyediakan buku-buku terbitan tahun terbaru demi menunjang kelancaran penulisan KTI.
 - c). Kesulitan yang dihadapi oleh mahasiswa/i dalam penulisan KTI, maka perlu Pihak Pendidikan menyiapkan sarana penunjang seperti Internet.

DAFTAR PUSTAKA

Cunningham, MD, 1995, *Obstetri Williams*, Cetakan Pertama, Edisi 18, EGC, Jakarta.

Manuaba, 1998, *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk I*, EGC, Jakarta.

Mochtar, R, 1998, *Sinopsis Obstetric Fisiologi dan Patologi*, EGC, Jakarta.

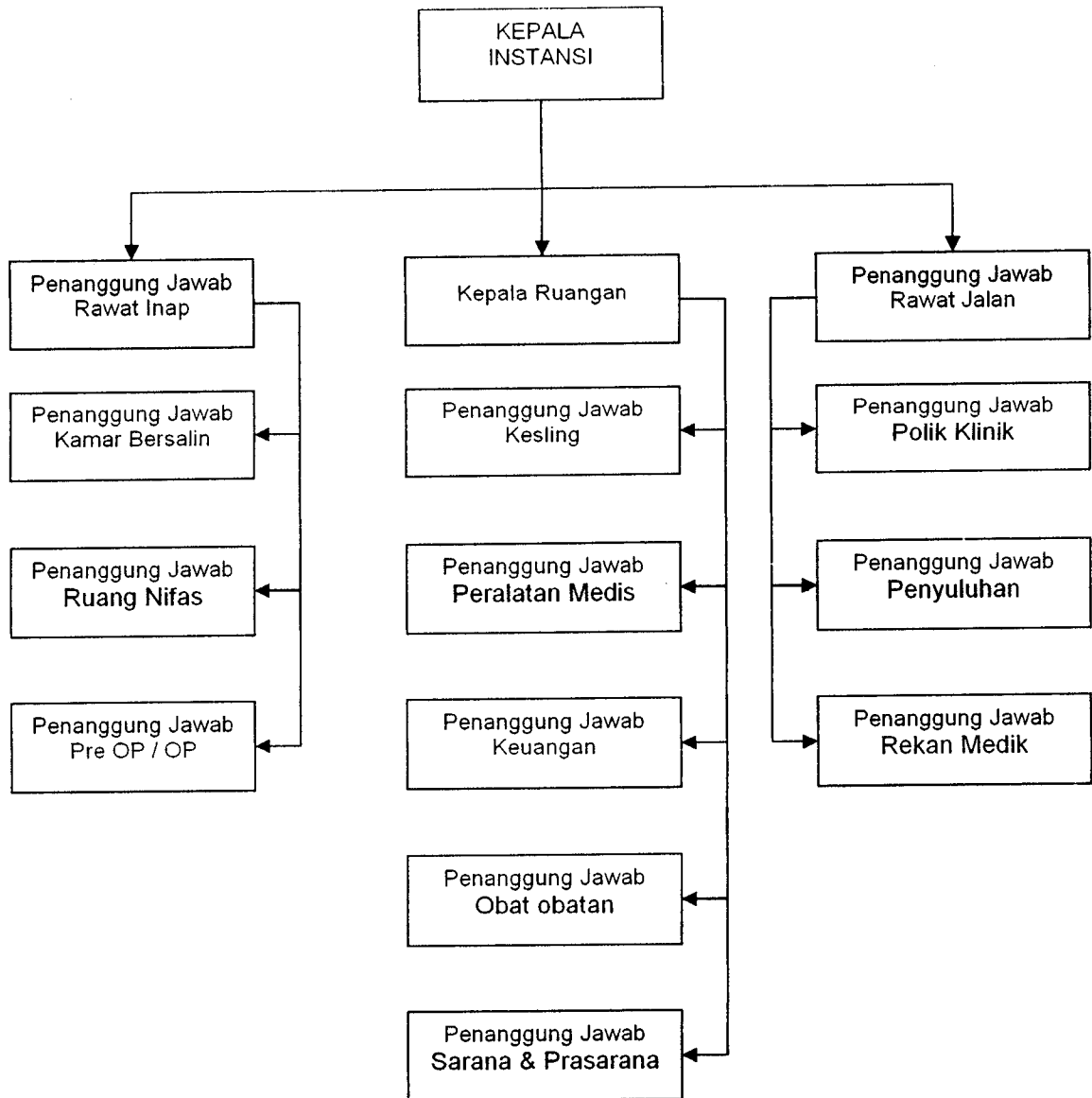
Saifuddin. A. B., 2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta.

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

Wiknjosastro, 1999, *Ilmu Kebidanan*, YBP - SP, Jakarta.

Lampiran

STRUKTUR ORGANISASI KAMAR BERSALIN ABEPURA



Lampiran

PEMERIKSAAN PENILAIAN APGAR SCORE

UL

	Tanda	0	1	2	Jumlah Nilai
Menit Ke I	• Frekuensi jantung • Usaha napas • Tomus otot • Reflek • Warna	() tak ada () tak ada () lumpuh () tak bereaksi () biru/pucat	() < 100 () lambat tak teratur (v) EXT, fleksi sedikit () gerakan sedikit () tubuh kemerahan dan kaki biru	() < 100 (v) Menagis kuat (v) gerakan aktif () Menangis () Kemerahan	8
Menit Ke V	• Frekuensi jantung • Usaha napas • Tomus otot • Reflek - Warna	() tak ada () tak ada () lumpuh () tak bereaksi () biru/pucat	() < 100 () lambat tak teratur (v) EXT, fleksi sedikit () gerakan sedikit () tubuh kemerahan dan kaki biru	() < 100 (v) Menagis kuat (v) gerakan aktif () Menangis () Kemerahan	9
JUMLAH NILAI APGAR SCORE					8/9



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

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 584280, 534281

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

Nama : YOSMINA BASNA
Nim : 202 400 506

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
20/7-07	Prab I. Asy. Prab II. perawatan Lahir & Kandungin.	SR	Bekasri Lom Kandungin Lahir Prab III.
28/7/07	Prab I + II. Asy Prab III. Seperumal. Senai. Air.	SR	Selisi kemari Tgl 30/7-07
30/7/07	Prab III. Asy Prab IV. Lilaug Topik tiy. Lilaug	SR	Tgl 31/7/07. Kemari.
31/7/07	Prab IV. Asy Prab V. perli perli Senai. Air	SR	Lilaug ICTI kemari. 1/8-07-



Nama :
Nim :

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
1/8/20	Prab E. Ase LTD. Ase.		Penulisan kembali ke dalam file



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

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

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

Nama : YOSMINA BASNA.
Nim : 202 400 506.

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
2-8-07	Bab I, II, III, IV Daftar Pustaka } Perbaiki sesuai saran	M. Sapari	Kembali tgl 3-8-07 jam 14.00.
6-8-07	Bab II, III, IV, V } Perbaiki Daftar Pustaka } sesuai saran	M. Sapari	Kembali tgl 7-8-07. jam 07.30
7-8-07	Ace. → Gandakan, serahkan ke jurusan	M. Sapari	