

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL TRIMESTER III DENGAN PRE-EKLAMPSIA RINGAN DI PUSKESMAS ABEPURA TAHUN 2011

Di Susun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura



Oleh :

HASMAWATI H. L
NIM : PO. 71. 24. 4. 08. 47

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul ‘’ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Pre – eklampsia Ringan di Puskesmas Hedam Tahun 2011 ‘’

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura, Juli 2011

Pembimbing I

Heni Voni Rerey, SKM. MPH
NIP. 196404191989032003

Pembimbing II

Marthina Mogan, S.ST
NIP. 197909132008012011

Mengetahui,

Ketua Jurusan

Heni Voni Rerey,SKM, MPH
Nip. 196404191989032003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh panitia Ujian Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan
Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan
Diploma III Kebidanan pada:

Hari : Senin

Tanggal : 25 Juli 2011

Panitia Ujian Akhir Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

Ketua,



Heni Voni Rerey, SKM. MPH
NIP. 196404191989032003

Sekretaris,



Hj. Saaty Kadiwadaru, S. Sit
NIP. 195101011972082001

DOSEN PENGUJI

1. Heni Voni Rerey, SKM. MPH
NIP. 196404191989032003
2. Hj. Saaty Kadiwaru, S. Sit
NIP. 195101011972082001

TANDA TANGAN

()

()

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan hidayatnya yang telah dilimpahkan kepada Penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Pre – Eklampsia Ringan Di Puskesmas Hedam ” tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini Penulis ajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Allah SWT yang selalu memberikan kelancaran dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua
3. Direktur Poliklinik Kesehatan Papua Bapak Ishak, J. H Tukayo, SKP, Msc yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Heni Voni Rerey, SKM. MPH sebagai Ketua Jurusan Kebidanan dan selaku Pembimbing I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan masukan dan bimbingan kepada Penulis
5. Ibu Martina Mogan, S.ST selaku Pembimbing Akademik dan Pembimbing II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan masukan dan bimbingan kepada penulis

6. Pelaksana harian kepala Puskesmas Hedam, Kepala BKIA, beserta Staf Puskesmas Hedam yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil kasus.
 7. Para Dosen yang telah memberikan bimbingan dalam perkuliahan
 8. Para staf jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah membantu dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
 9. Kedua orang tuaku dan saudara – saudaraku beserta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material serta doa.
 10. Kekasihku Irsan Kaba yang selalu memberikan dukungan dan motivasi selama perkuliahan dan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
 11. Ny. S selaku pasien yang bersedia Penulis rawat dan telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan keterangan.
 12. Sahabat – sahabatku , awa, tante, mumun, irda, yanti, widya dan mega yang selalu memberikan semangat dan membuat hari – hariku menjadi ceria, serta rekan – rekan mahasiswa seangkatan yang telah memberikan masukan dan ikut berpartisipasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
- Penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, amin.

MOTTO

"Barang siapa menghendaki pahala dunia, maka ketahuilah bahwa di sisi Allah ada pahala dunia dan akhirat. Dan Allah Maha Mendengar, Maha Melihat" (surah An-Nisa)

"Jangan pernah menghancurkan impianmu hanya karena suatu alasan yang tak pasti"

"Pengalaman Adalah Guru Terbaik" (By. Hasma)

Karya ini kupersembahkan kepada :

- 1. Kemuliaan dan Keagungan Nama Tuhan*
- 2. Almamater Politeknik Kesehatan Jayapura*
- 3. Kedua Orang Tuaku tercinta H. Latif Upe dan Hj. Rahmatia serta Saudara – saudaraku yang kusayangi.*
- 4. Kekasihku tersayang Irsan Kaba serta Sahabat – sahabatku marwah, fitriani, murni, irda, yanti, widya dan mega.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
MOTTO	v
DAFTAR ISI	vi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan dan Manfaat	4

BAB II LANDASAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Definisi	6
2. Klasifikasi	6
3. Diagnosa	9
4. Pengawasan Dan Pemeriksaan Kehamilan	12

B. PRE – EKLAMPSIA

1. Definisi	18
2. Etiologi	19
3. Klasifikasi	19
4. Gambaran Klinis	21
5. Diagnosis	22
6. Penanganan	23
7. Komplikasi	24

8. Pencegahan	26
C. MANAJEMEN KEBIDANAN	
1. Definisi	28
D. PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL	
I. Pengkajian Data	33
II. Interpretasi Data Dasar	46
III. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial	47
IV. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera	48
V. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh	48
VI. Pelaksanaan Perencanaan	50
VII. Evaluasi	51
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Lokasi Pengambilan Kasus	53
B. Kasus	58
BAB IV PEMBAHASAN	84
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	86
B. Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	89

BAB I

P E N D A H U L U A N

A. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan hidup sehat bagi penduduk dan individu agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Salah satu tantangan pembangunan Indonesia di bidang kesehatan adalah masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Penyebab kematian ibu di Indonesia, seperti halnya di negara lain adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia. (Prawirohardjo, 2006)

Di Provinsi Papua Angka Kematian Ibu pada tahun 2006 adalah 1.116/100.000 kelahiran hidup, artinya setiap 100.000 ibu yang bersalin terdapat 1.116 ibu yang meninggal.

Di Indonesia, eklampsia di samping pendarahan dan infeksi masih merupakan sebab utama kematian ibu dan perinatal yang tinggi. Oleh karena itu, diagnosa dari pre-eklampsia, yang merupakan tingkat pendahuluan eklampsia, serta penanganannya perlu segera dilaksanakan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak. Perlu ditekankan bahwa sindrom pre-eklampsia ringan dan hipertensi, oedem dan proteinuria sering tidak diketahui atau tidak di perhatikan oleh wanita yang bersangkutan sehingga tanpa di sadari dalam waktu singkat dapat timbul pre-eklampsia berat, bahkan eklampsia. Dengan pengetahuan ini menjadi jelas bahwa pemeriksaan Antenatal yang teratur dan secara rutin mencari

tanda – tanda pre-eklampsia berat dan eklampsia. Pelayanan kesehatan tersebut di nyatakan sebagai bagian internal dari pelayanan dasar yang terjangkau seluruh masyarakat. . (Prawirohardjo, 2006)

Didalamnya termasuk pelayanan kesehatan ibu yang berupaya agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat. . (Prawirohardjo, 2002)

Menurut data yang Penulis peroleh Dinkes Provinsi Papua tahun 2006, terdapat kasus pre-eklampsia ringan sebanyak 0,12 . Sedangkan dari data yang penulis peroleh dari BKIA Puskesmas Hedam sejak bulan januari s/d Juni 2011 terdapat 3 (tiga) kasus dari 209 kunjungan ibu hamil (1, 43 %).

Berdasarkan data diatas, maka Penulis berkeinginan untuk menulis Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Pre-eklampsia Ringan di Puskesmas Hedam “. Penulis berpendapat bahwa dengan melakukan Manajemen Kebidanan yang tepat dan menyeluruh dalam penanganan kasus pre-eklampsia ringan pada ibu hamil, maka kita dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan data yang di atas dengan kasus pre-eklampsia ringan, maka Penulis dapat merumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana cara melakukan pengkajian pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan dan mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan ?
2. Bagaimana menganalisa data dan mendiagnosa yang aktual, menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa tersebut ?
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan sebagai acuan untuk melakukan asuhan kebidanan untuk mengantisipasi diagnosa potensial ?
4. Bagaimana melakukan tindakan segera untuk melakukan tindakan konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi kesehatan ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan?
5. Bagaimana membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh secara tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah – langkah sebelumnya ?
6. Bagaimana melaksanakan rencana asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun secara efisien dan aman ?
7. Bagaimana mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan ?

C. TUJUAN DAN MANFAAT

1) Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memahami proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan dan memberikan gambaran nyata tentang manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan dengan menggunakan proses asuhan kebidanan menurut Helen Varney.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan dan mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.
- b. Menganalisa data dan mendiagnosa aktual yang actual, menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnose tersebut.
- c. Menentukan diagnosa potensial pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan sebagai acuan untuk melakukan asuhan kebidanan untuk mengantisipasi diagnose potensial.
- d. Melaksanakan tindakan segera untuk melakukan tindakan konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi kesehatan ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan.

- e. Melakukan rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh, secara tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah – langkah sebelumnya.
- f. Melakukan rencana asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun secara efisien dan aman.
- g. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan.

2) Manfaat

1. Bagi Puskesmas

Agar dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia ringan secara komprehensif.

2. Bagi Institusi

- a. Agar dapat menjadi sumber informasi bagi pembaca.
- b. Sebagai dasar pertimbangan dalam memotivasi dan membina sikap mahasiswa dalam menerapkan manajemen asuhan kebidanan bila telah bekerja.

3. Bagi Penulis

- a. Agar dapat melaksanakan manajemen asuhan kebidanan yang benar dan tepat sesuai ilmu yang diperoleh.
- b. Merupakan pengalaman yang berharga bagi penulis karena dapat memperluas wawasan ilmiah dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh.
- c. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Definisi

Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Wiknjosastro, 2002)

Kehamilan adalah proses pertemuan antara ovum dan sperma yang kemudian terjadi konsepsi pertumbuhan zigot terjadi nidasi pada uterus, pembentukan placenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm dan berakhir sampai pada permulaan persalinan. (Manuaba, 1998)

2. Klasifikasi

Pembagian kehamilan menurut umur kehamilan adalah sebagai berikut :

- 1) Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1.000 gram bila berakhir disebut keguguran.
- 2) Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas.
- 3) Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut aterm.
- 4) Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau serotinus.

Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu :

a. Triwulan pertama : 0 sampai 12 minggu

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa (konsepsi atau fertilisasi) terjadi pada pars ampularis tuba. Hasil konsepsi membentuk zigot yang dalam beberapa jam membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Selama proses pembelahan dari hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus, sehingga memenuhi ruang dalam ovum yang disebut stadia morula, pembelahan berjalan terus dan didalam ruang morula terjadi ruangan yang mengandung cairan (blastula). Pada hari ke 6 dan 7 setelah konsepsi, blastula menanamkan diri kedalam endometrium (nidasi). Perkembangan terus berlanjut sampai terbentuk bakal tali pusat. Pada minggu kedua dan ketiga terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju bakal talipusat. Pada hari ke 14 sampai 15 terjadi aliran darah pertama retoplasenter ke embrio, sehingga embrio mendapat darah langsung dari ibu. Pada umur kehamilan 4 (empat) minggu, panjangnya 7,5 – 10 mm, rudimeter : hidung, telinga dan mata. Umur kehamilan 8 (delapan) minggu panjang janin 2,5 cm dan berat badan 5 gram kepala ke arah dada, hidung, telinga dan mata mulai terbentuk, tangan dan kaki dengan jari tangan dan kaki sudah terbentuk. Akhir 12 minggu dengan panjang janin 9 cm dan berat badan 15 gram, telinga terbentuk, kelopak mata tampak, leher terbentuk, alat genitalia luar mulai tampak.

b. Triwulan kedua : 13 sampai 28 minggu

Umur kehamilan 16 minggu : placenta terbentuk sempurna, panjang janin 16 – 18 cm, beratnya 120 gram. Genitalia eksternal tampak, hidung dan telinga nampak

jelas. Umur kehamilan 20 minggu : panjang janin 25 cm, berat badan 280 gr, kulit makin tebal, rambut kepal tumbuh, rambut lanugo tampak.

Umur kehamilan 24 minggu : panjang badan janin 30 – 35 cm, berat 680 gr = 1, 15 Kg, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulasi) misalnya bising yang keras dari luar. Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan musik yang tenang dan merdu. Semua organ telah tumbuh dengan baik. Pemberian sakarin kedalam cairan amnion memperlihatkan adanya kecepatan menelan 2 (dua) kali lebih besar. Mata terbuka, alis mata dan bulu mata telah berkembang dengan baik. Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang. Testis mengalami penurunan dari abdomen kedalam serotum pada minggu ke 28. Fetus yang lahir pada akhir masa ini masih mempunyai angka kematian (mortalitas) yang tinggi karena gangguan pernafasan (respirasi).

c. Triwulan ketiga : 29 sampai 42 minggu

Umur kehamilan 32 minggu : panjang jari 42 cm, berat badan 1.700 gr, permukaan kulit masih merah dan keriput seperti kulit orang tua. Umur kehamilan 36 minggu : panjang janin 45 cm, berat badan 2.500 gr, karena sudah ada lapisan lemak dibawah kulit, ia sudah berisi. Akhir 42 minggu : panjang janin 50 cm, berat badan 3.000 gr, janin sudah cukup bulan, bayi laki – laki biasanya lebih berat dari bayi wanita, kulitnya halus dan tidak ada lanuga lagi. Pada kulit masih terdapat venix caseosa, kepala ditumbuhi rambut, kuku melebihi jari.pada laki – laki testis sudah ada dalam skrotum dan pada wanita labia mayora menutupi labia minora.

3. Diagnosa

Untuk dapat menegakkan kehamilan diterapkan dengan melakukan penilai terhadap beberapa tanda dan gejala hamil

a. Tanda – tanda kehamilan

1) Amenorrhoe (terlambat datang bulan)

Pembentukan folikel de graf (kantong primer jaringan ovarium yang masak) dan ovulasi (keluarnya sel telur dari folikel de graf atau pecahnya folikel de graf) ovum dilepas kedalam tuba fallopii selanjutnya menuju uterus. Pada saat sperma masuk akan terjadi pembuahaan atau konsepsi dan menanamkan diri di endometrium (bernidasi) di uterus. Ini diketahui dengan tidak datang bulan (menstruasi) dengan mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegele dapat ditemukan persalinan.

2) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.

3) Ngidam

Menginginkan makanan tertentu.

4) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan.

5) Payudara tegang

Pengaruh estrogen – progesterone dan somatropin menyebabkan deposit lemak, air dan garam pada payudara.

6) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi.

7) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh estrogen dapat menghambat peristaltic usus menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

8) Pigmentasi kulit

a) Sekitar pipi : Cloasma Gravidarum

Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi pada kulit.

b) Dinding perut

Striae livide, striae nigra, linea alba makin hitam.

c) Sekitar payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, puting susu makin menonjol, kelenjar Montgomery menonjol, pembuluh darah manifest sekitar payudara.

d) Epulis

Hipertropi gusu disebut epulis dapat terjadi bila hamil.

e) Varices atau penampakan pembuluh darah vena

Karena pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat

b. Tanda Kemungkinan (tidak pasti) hamil :

- 1) Perut membesar
- 2) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim.
- 3) Tanda hegar
- 4) Tanda Chadwick
- 5) Tanda piskasek
- 6) Kontraksi Braxton – Hicks (kontraksi kevil bila dirangsang)
- 7) Teraba ballotement
- 8) Reaksi kehamilan positif

c. Tanda pasti (tanda positif)

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa serta diraba, jika bagian – bagian janin.
- 2) Denyut jantung janin :
 - a) Didengar dengan stetoskop – monoral leannec
 - b) Dicatat dan didengar dengan alat doppler
 - c) Dicatat dengan fetu – elektro kardiogram
 - d) Dilihat pada ultrasonografi
- 3) Terlihat tulang – tulang janin dalam foto rontgen

d. Diagnose banding kehamilan

Sesuai kehamilan kadang kala harus dibedakan dengan keadaan atau penyakit yang dalam pemeriksaan meragukan :

- 1) Hamil palsu (Pseudocyesis = kehamilan spuria), gejala dapat sama dengan kehamilan, seperti amenorea, perut membesar, mual, muntah, air susu keluar dan bahkan wanita ini merasa gerakan janin. Namun pada pemeriksaan uterus membesar, tanda – tanda kehamilan lain reaksi kehamilan negative.
- 2) Mioma uteri, perut dan rahim membesar, namun pada kerabaan, rahim terasa padat, kadang kala berbenjol – benjol. Tanda kehamilan negative dan tidak dijumpai tanda – tanda kehamilannya lainnya.
- 3) Kista ovari ; perut membesar bahkan makin bertambah besar, namun pada pemeriksaan dalam, rahim teraba seperti biasa, reaksi kehamilan negative, tanda – tanda kehamilan lainnya negative.
- 4) Kandung kemih penuh dan terjadi retensi urin ; pada pemasangan kateter keluar banyak air kencing.
- 5) Hematometra ; uterus membesar karena terisi darah yang disebabkan hymen inferforata, stenosis vagina atau servicks.

4. Pengawasan dan Pemeriksaan Kehamilan

a. Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah :

- 1) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan dan kala nifas.
- 2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan dan kala nifas.
- 3) Memberi nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi dan aspek keluarga berencana.

4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

b. Jadwal pemeriksaan adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan pertama

Dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

2) Pemeriksaan ulang

a) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan

b) Setiap 2 minggu sampai umur kehamilan 8 bulan

c) Setiap satu minggu sejak umur 8 bulan sampai terjadi persalinan.

3) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan – keluhan tertentu

c. Konsep pemeriksaan, pengawasan antenatal meliputi :

1) Anamnesa

a) Data biologis

b) Keluhan hamil

c) Fisiologis

d) Patologis (abnormal)

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik umum

b) Pemeriksaan fisik khusus

(1) Obstetric

(2) Pemeriksaan dalam / rectal

(3) Pemeriksaan ultrasonografi

3) Pemeriksaan Psikologi

Kejiwaan dalam menghadapi kehamilan

4) Pemeriksaan laboratorium

5) Diagnose kehamilan

- a) Kehamilan normal
- b) Kehamilan dengan resiko
- c) Kehamilan disertai dengan penyakit ibu yang mempengaruhi janin
- d) Kehamilan disertai komplikasi
- e) Kehamilan dengan nilai nutrisi kurang
- f) Diagnose potensial

6) Penatalaksanaan lebih lanjut

- a) Pengobatan penyakit yang menyertai kehamilan
- b) Pengobatan penyakit kehamilan
- c) Memberikan jadwal pemberian vaksinasi
- d) Memberikan preparat penunjang kesehatan
- e) Menjadwalkan pemeriksaan ulang

7) Memberikan nasehat dan petunjuk tentang :

- a) Pantang diet hamil

Pada dasarnya wanita hamil dianjurkan untuk makan makanan yang empat sehat lima sempurna, karena kebutuhan akan protein dan bahan makanan tinggi, dianjurkan untuk makan sebutir telur setiap hari. Nilai gizi dapat ditentukan dengan bertambah beratnya badan sekitar 6,5

sampai 15 kg selama hamil, kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari $\frac{1}{2}$ kg / minggu.

b) Pekerjaan rumah tangga

Pekerjaan rutin tetap dilaksanakan, namun disesuaikan dengan kemampuan dan makin dikurangi dengan semakin tuanya kehamilan.

c) Wanita pekerja diluar rumah

Kehamilan bukanlah halangan untuk berkarya asalkan dikerjakan dengan pengertian sedang hamil.

Wanita karier yang hamil mendadak berhak cuti selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 (dua) bulan setelah persalinan

d) Hubungan seksual

Hamil bukanlah halangan untuk melakukan hubungan seksual, hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila :

- (1) Terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas
- (2) Terjadi perdarahan saat hubungan seksual
- (3) Terjadi pengeluaran cairan (air) yang mendadak
- (4) Pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, kematian janin dalam kandungan dan sekitar dua minggu menjelang persalinan.

e) Olahraga saat hamil

Yang banyak dianjurkan adalah jalan – jalan pada waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapat udara segar.

f) Pakaian hamil

Dianjurkan pakaian yang longgar dan terbuat dari katun sehingga mempunyai kemampuan menyerap terutama pakaian dalam . BH dianjurkan yang longgar dan mempunyai kemampuan untuk menyangga payudara yang makin berkembang.

g) Pemeriksaan payudara

Puting susu harus diperhatikan agar tetap bersih, puting susu juga perlu ditarik – tarik sehingga menonjol untuk memudahkan pemberian ASI.

h) Perawatan gigi

Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi.

i) Jadwal istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan pertumbuhan janin.

j) Pemberian obat – obatan

Pengobatan penyakit saat hamil harus selalu diperhatikan agar tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

k) Merokok, minuman beralkohol dan kecanduan narkotik

Ketiga hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah, bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan.

l) Keadaan darurat pada kehamilan

Keadaan darurat saat hamil yang mengharuskan ibu hamil untuk pemeriksaan diri:

1) Berkaitan dengan janin

- (a) Badan panas disertai dengan infeksi lain
- (b) Gerakan janin terasa berkurang atau menghilang
- (c) Perut terasa semakin kecil

2) Berkaitan dengan keadaan ibu

- (a) Mual dan muntah berlebihan
- (b) Terjadi pengeluaran abnormal : cairan mendadak, lendir apalagi bercampur darah, pendarahan.
- (c) Tanda subjektif : sakit kepala, pandangan kabur, nyeri pada epigastrium, pembengkakan tangan, kelopak mata dan kaki, air seni berkurang.

3) Sakit perut mendadak

4) Terjadi tanda – tanda inpartu : perut sakit dengan pengeluaran.

5) Imunisasi

Vaksin TT sangat dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi, karena infeksi tetanus yang dilakukan dua kali selama hamil.

B. PRE - EKLAMPSIA

1. Definisi

Pre – eklampsia ialah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa.

Pre – eklampsia dan eklampsia merupakan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias : hipertensi, proteinuria dan oedem, yang kadang – kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda – tanda kelainan – kelainan vaskular atau hipertensi sebelumnya.

Pre – eklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan oedem akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Sedangkan eklampsia adalah pre – eklampsia yang disertai kejang dan koma yang timbul bukan akibat kelainan neurologi. Superimposed pre – eklampsia – eklampsia adalah timbulnya pre – eklampsia pada pasien yang menderita hipertensi kronik.

2. Etiologi

Apa yang menjadi penyebab pre – eklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah terdapat banyak teori yang mencoba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberi jawaban yang memuaskan. Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal – hal sebagai berikut :

(1) Sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, 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, oedem, proteinuria, kejang dan koma.

Teori yang dewasa ini banyak dikemukakan sebagai pre – eklampsia ialah iskemia placenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu. Rupanya tiak hanya satu factor, melainkan banyak factor yang menyebabkan pre – eklampsia. Diantara factor – factor yang ditemukan seringkali sukar ditentukan mana sebab dan mana yang akibat.

3. Klasifikasi

Pre – eklampsia dogolongkan kedalam pre – eklampsia ringan dan pre – eklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut.

a. Pre – eklampsia

- 1) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 3 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- 2) Tekanan darah diastolic 90 atau kenaikan mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- 3) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu.
- 4) Proteinuria 0,5 gr atau dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urine kateter.

b. Pre – eklampsia berat

Bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil sudah dapat golongan pre – eklampsia berat :

- 1) Tekanan darah 160 / 110 mmHg
- 2) Oligouria, urine kurang dari 400 cc / 24 jam
- 3) Proteinuria lebih dari 3 gr / liter
- 4) Keluhan subjektif
 - a) Nyeri epigastrium
 - b) Gangguan penglihatan
 - c) Nyeri kepala
 - d) Oedem paru dan sianosis
 - e) Gangguan kesadaran
- 5) Pemeriksaan
 - a) Kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
 - b) Perdarahan pada retina

c) Trombosit kurang dari 100.000 / mm

Peningkatan gejala dan tanda pre – eklampsia berat memberikan petunjuk akan terjadi eklampsia, yang mempunyai prognosa buruk dengan angka kematian maternal dan janin tinggi.

4. Gambaran klinis

Biasanya tanda – tanda pre – eklampsia timbul dalam urutan : pertambahan berat badan yang berlebihan, diikuti oedem, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada pre – eklampsia berat didapatkan sakit kepala didaerah frontal, skotoma, diplopia, penglihatan kabur, nyeri didaerah epigastrium, mual dan muntah – muntah. Gejala – gejala ini sering ditemukan pada pre – eklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul. Tekanan darahpun meningkat lebih tinggi, oedem bertambah dan proteinuria bertambah banyak. Gejala dan tanda pre – eklampsia berat, yaitu :

- a. Tekanan darah sistolik 160 mmHg
- b. Tekanan darah diastolic 110 mmHg
- c. Peningkatan kadar enzim hati atau dan ikterus
- d. Trombosit < 100.000 / mm³
- e. Oligouria < 400ml / 24 jam
- f. Proteinuria > 3 gr / liter
- g. Nyeri epigastrium
- h. Skotoma dan gangguan virus lain atau nyeri frontal yang berat
- i. Perdarahan retina
- j. Oedem pilmonum

5. Diagnosis

Diagnosis dini harus diutamakan bila diinginkan angka morbiditas mortalitas rendah bagi ibu dan anaknya. Walaupun terjadinya pre – eklampsia sukar dicegah namun pre – eklampsia berat dan eklampsia biasanya dapat dihindarkan dengan mengenal secara dini penyakit itu dan dengan penanganan secara sempurna. Pada umumnya diagnosis pre – eklampsia didasarkan atas adanya 2 (dua) dari trias tanda utama : hipertensi, oedem dan proteinuria. Hal ini memang berguna untuk kepentingan statisti, tetapi dapat merugikan penderita karena tiap tanda dapat merupakan bahaya kendatipun ditemukan sendiri. Adanya suatu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, apalagi oleh karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak diramalkan menjadi jauh lebih buruk. Oleh sebab itu tiap kasus pre – eklampsia harus ditangani dengan sungguh – sungguh.

Diagnose diferensial antara pre – eklampsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran. Pada hipertensi menahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil, pada kehamilan muda, atau 6 (enam) bulan post partum akan sangat berguna untuk membuat diagnosis. Pemeriksaan funduskopi juga berguna karena perdarahan jarang ditemukan pada pre – eklampsia. Kelainan tersebut biasanya menunjukkan hipertensi menahun. Untuk diagnosis penyakit ginjal saat timbulnya proteinuria banyak menolong; proteinuria pada pre – eklampsia jarang timbul sebelum triwulan ke -3, sedang pada penyakit ginjal timbul lebih dahulu. Test fungsi ginjal juga banyak berguna; pada umumnya fungsi ginjal normal pada pre – eklampsia ringan.

6. Penanganan

Jika kehamilan < 37 minggu dan tidak ada tanda – tanda, tangani secara rawat jalan : perbaiki, dilakukan penilaian 2 (dua) kali seminggu secara rawat jalan :

- a. Pantau tekanan darah, proteinuria,refleks dan kondisi janin
- b. Lebih banyak istirahat
- c. Diet biasa
- d. Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di Rumah Sakit :
 - 1) Diet biasa
 - 2) Pantau tekanan darah 2 x sehari, proteinuria 1 x sehari
 - 3) Tidak perlu diberikan obat – obatan
 - 4) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat oedem paru, dekomposisi kordis atau gagal ginjal akut
 - 5) Jika tekanan darah diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan :
 - a) Nasehatkan untuk istirahat dan perhatikan tanda – tanda pre – eklampsia berat
 - b) Kontrol 2 x seminggu
 - c) Jika tekanan diastolik naik lagi, rawat kembali
 - 6) Jika tidak ada tanda – tanda perbaikan tetap dirawat
 - 7) Jika terdapat tanda – tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan
 - 8) Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai pre – eklampsia berat. Jika kehamilan >37 minggu, pertimbangkan terminasi.

- e. Jika serviks matang, lakukan induksi dengan oxytosin 5 UI dalam 500 ml dekstrore IV 10 tetes / menit atau prostaglandin (obat yang bekerja merangsang kontraksi uterus).
- f. Jika serviks belum matang, berikan misoprostol (cystotec = obat yang bekerja dalam pematangan serviks) atau kateter foley (kateter pertinggal yang dipertahankan dibelakang serviks oleh suatu balon yang dikembangkan dengan udara atau cairan, guna untuk mendilatasi serviks dan merangsang kontraksi uterus) atau terminasi dengan seksio sesarea.

7. Komplikasi

Pre – eklampsia ringan jarang sekali terjadi komplikasi. Komplikasi biasanya terjadi pada pre – eklampsia berat dan eklampsia. Komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin, komplikasi yang tersebut dibawah ini biasanya terjadi pada pre – eklampsia berat dan eklampsia:

a. Solusio placenta

Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada pre – eklampsia.

b. Hemolisis

Penderita dengan pre – eklampsia berat kadang – kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel – sel atau destruksi sel darah merah. Nekrosis periportal hati yang sering ditemukan pada autopsy penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

c. Pendarahan otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia

d. Kelainan mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi pendarahan kadang – kadang terjadi pada retina

e. Oedem paru

Zuspan (1978) menemukan bahwa hanya satu penderita dari 69 kasus eklampsia, hal ini disebabkan karena payah jantung

f. Nekrosis hati

Nekrosis periportal hati pada pre – eklampsia merupakan akibat dari vasopasmus arteriol umum. Kelainan ini diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain. Kerusakan sel – sel hati diketahui dengan pemeriksaan faal hati, terutama penentuan enzim – enzimnya.

g. Sindrom HELLP

Yaitu hemolysis, elevated enzymes dan low platelet.

h. Kelainan ginjal

Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus, yaitu pembengkakan sitoplasma sel endothelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya.

Kelainan lain yang dapat timbul ialah anuria sampai gagal ginjal.

i. Komplikasi lain

Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang – kejang pneumonia aspirasi.

- j. Drematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra uterin.

8. Pencegahan

Pre – eklampsia dan eklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang berkelanjutan dengan penyebab yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Untuk dapat menegakkan diagnosis dini diperlukan pengawasan hamil yang teratur dengan memperhatikan kenaikan berat badan, kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan urin untuk menentukan proteinuria.

Untuk mencegah kejadian pre – eklampsia ringan dapat dilakukan nasehat tentang dan berkaitan dengan :

a. Diet – Makanan

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin, dan rendah lemak, kurangi garam apabila berat badan bertambah atau oedem.

Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna / menu seimbang.

b. Cukup Istirahat

Istirahat yang cukup pada hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan disesuaikan dengan kemampuan. Lebih banyak duduk atau berbaring kerah punggung janin sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan, agar kebutuhan oksigen pada janin tidak terganggu.

c. Pengawasan antenatal (hamil)

Bila terjadi perubahan perasaan dan gerak janin dalam rahim segera datang ke tempat pemeriksaan. Keadaan yang memerlukan perhatian :

- 1) Uji kemungkinan darah atau kenaikannya
 - a) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya
 - b) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - c) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau oedema
 - d) Pemeriksaan protein dalam urin
 - e) Kalau mungkin dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal, fungsi hati, gambaran darah umum dan pemeriksaan retina mata.
- 2) Penilaian kondisi janin dalam rahim
 - a) Pemantauan tinggi fundus uteri
 - b) Pemeriksaan janin : pergerakan janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban
 - c) Usulkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Dalam keadaan yang meragukan, maka merujuk penderita merupakan sikap yang terpilih dan terpuji.

C. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Definisi

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan – temuan, keterampilan, dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi ketiga tahun 1997; menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis dan siklik. (Soepardan, 2006)

1. Langkah dalam manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan diakhiri dengan evaluasi. Langkah – langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bias di aplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bias dipecah – pecah ke dalam tugas – tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Setiap langkah dalam manajemen kebidanan akan dijabarkan, sebagai berikut :

Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

Anamnesis. Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda – tanda vital, meliputi :

Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi).

Periksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya)

Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah, keduanya harus di tangani. Meskipun masalah tidak dapat di artikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Masalah sering berkaitan dengan hal – hal yang sedang di alami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Langkah III : Identifikasi diagnosis / masalah potensial dan antisipasi penanganannya

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis / masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan di lakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap – siap mencegah diagnosis / masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan di tuntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional / logis.

Langkah IV : Menetapkan perlunya konsultasi dan kolaborasi segera dengan tenaga kesehatan lain

Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut dalam dumpingan bidan. Misalnya, pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli

gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan.

Langkah V : Menyusun rencana asuhan menyeluruh

Pada langkah kelima di rencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya; apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, cultural, atau psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan dan sudah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan secara efektif.

Semua keputusan yang telah disepakati dikembangkan dalam asuhan menyeluruh. Asuhan ini harus bersifat rasional dan valid yang didasarkan pada pengetahuan, teori terkini (up to date), dan sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar – benar terlaksana)

Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas akan berpengaruh pada waktu serta biaya.

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui factor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan.

Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan : apakah benar – benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedang sebagian lagi belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu

kegiatan yang berkesinambungan, maka bidan perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Demikianlah langkah – langkah alur berpikir dalam penatalaksanaan klien kebidanan. Alur ini merupakan suatu proses yang berkesinambungan dan tidak terpisah satu sama lain, namun berfungsi memudahkan proses pembelajaran. Proses tersebut diuraikan dan dipilah seolah – olah terpisah antara satu tahap / dengan langkah berikutnya.

D. PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

I. Langkah 1. Pengkajian Data

Pengkajian data ibu

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

Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi :

- a. Riwayat perkawinan, terdiri atas : status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.
- b. Riwayat menstruasi , meliputi : HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam dan flour albus.
- c. Riwayat kehamilan sekarang, meliputi : riwayat ANC, gerakan janin, tanda – tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu.
- d. Riwayat obstetric (Gravida (G)... Para (P) ... Abortus (Ab)... Anak hidup (Ah)...), meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, BB lahir bayi < 2500 gr atau > 4000 gr serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.
- e. Riwayat Keluarga Berencana, meliputi : jenis metode yang dipakai, keluhan / alasan berhenti.
- f. Riwayat kesehatan / penyakit ibu dan keluarga, meliputi : penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- g. Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat / makanan.
- h. Imunisasi TT.
- i. Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari, meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat.

- j. Riwayat psikososial, meliputi : pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi :

a. Pemeriksaan fisik ibu hamil, meliputi :

- 1) Keadaan umum, meliputi : tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB.
- 2) Tanda – tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.
- 3) Kepala dan leher, meliputi : edema wajah, cloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher : pembesaran kelenjar tyroid, pembuluh limfe.
- 4) Payudara, meliputi : bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe.
- 5) Abdomen, meliputi : adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukur jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (Usia kehamilan lebih

dari 28 minggu) dan penurunan kepala janin (Usia kehamilan lebih dari 36 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.

- 6) Ekstremitas, meliputi : edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, refleks patella.
- 7) Genetalia, meliputi : luka, varises, kondiloma, cariran (warna, konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan, hemoroid dan kelainan lain.
- 8) Inspekulo, meliputi : keadaan serviks (cairan / darah, luka, pembukaan), keadaan dinding vagina (cairan / darah, luka).
- 9) Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks; adakah dilatasi dan nyeri tekan / goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya massa (pada trimester I saja).
- 10) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.
- 11) Kebersihan kulit.

b. Palpasi abdomen

Ada empat macam palpasi abdomen pada ibu hamil, bertujuan untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Empat macam palpasi abdomen pada ibu hamil ini, antara lain : Palpasi Leopold, palpasi Ahfeld, palpasi Budin dan palpasi Knebel. Dari ke empat

macam palpasi abdomen pada ibu hamil ini, yang sering dipakai dan relative lebih lengkap adalah Palpasi Leopold. Palpasi Leopold terdiri atas Palpasi Leopold I, II, III, dan IV. Palpasi Leopold secara lengkap baru dapat dilakukan kurang lebih pada usia kehamilan 24 minggu.

Cara / prosedur umum pemeriksaan palpasi Leopold pada ibu hamil ini, adalah sebagai berikut :

- 1) Lingkungan aman, ibu dianjurkan BAK dahulu (urine bias digunakan bila diperlukan pemeriksaan Protein / reduksi, serta agar pengukuran TFU tidak kacau).
- 2) Posisi ibu terlentang, kepala dan bahu sedikit lebih tinggi (bantal).
- 3) Tangan ibu disamping badan, kaki ditekuk agar ibu rileks.
- 4) Baju dibuka seperlunya.
- 5) Kaki dan genitalia ditutup.
- 6) Bidan berdiri di sebelah kanan ibu.
- 7) Tangan bidan kering dan hangat.
- 8) Palpasi harus dilakukan dengan pelan, lembut, urut, tidak diulang – ulang

Leopold I

Tujuan :

1. Menentukan umur kehamilan (berdasarkan TFU).
2. Menentukan bagian apa yang terdapat di fundus.

Langkah :

1. Lihat wajah ibu. Letakkan tangan di atas simfisis pada sisi kanan dan kiri. ketengahkan uterus perlahan – lahan sampai menemukan puncak fundus uteri. Ukur dari fundus uteri sampai tepi atas simfisis dengan menggunakan jari atau dengan metelin.
2. Tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan dan menentukan tafsiran berat janin.
3. Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong). Normalnya akan bokong, teraba lunak, dan kurang melenting.
4. Pada kehamilan aterm, TFU tidak boleh lebih dari 40 minggu.

Temuan :

1. Jika bagian janin bulat dan keras, mudah digoyangkan, berarti kepala dan posisi janin membujur.
2. Jika bagian janin teraba tidak beraturan, agak bulat, lebih lunak dari kepala, sulit untuk digoyang, berarti bokong dan letaknya membujur. Normalnya akan teraba bokong.
3. Jika tidak teraba apapun di fundus atau kosong, berarti posisi janin melintang.

Tabel Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan.

Umur Kehamilan	Umur Kehamilan	
	TFU	Centimeter (cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisi atau 3 jari di atas simfisis	
16 minggu	½ simfisis – pusat	
20 minggu	2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat	20 cm
24 minggu	Settinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat – px	30 cm
36 minggu	Setinggi px	33 cm
40 minggu	Dua jari (4cm) di bawah px	

Leopold II

Tujuan :

Menentukan bagian apa yang ada di bagian kanan dan kiri ibu

Langkah :

1. Tetap lihat wajah ibu.
2. Letakkan kedua tangan pada kedua sisi uterus pada pertengahan antara simfisis pubis dan fundus.
3. Satu tangan menekan satu sisi uterus sampai mendorong janin ke sisi lainnya untuk membuatnya tidak bergerak (stabil). Pertahankan tekanan ini sampai tangan satunya selesai meraba sisi lain uterus.
4. Tangan yang lain melakukan pemeriksaan pada area lateral perut, dari simfisis pubis ke arah fundus. Lakukan dengan lembut dan tekanan yang halus.
5. Lakukan hal yang sama pada sisi lain uterus.

Temuan :

1. Jika teraba kokoh, cembung, panjang, dan tertahan oleh massa yang dianggap kepala atau bokong, maka berarti punggung janin. Posisi punggung janin pada kanan atau kiri abdomen menunjukkan posisi janin membujur.
2. Jika teraba kecil, menonjol, bentuk tidak beraturan dan bergerak jika ditekan, menendang atau memukul tangan pemeriksa, berarti bagian kecil janin yaitu tangan, kaki, lutut, dan siku. Ini biasanya berada pada sisi berlawanan dari punggung janin.
3. Jika bagian – bagian kecil banyak pada seluruh abdomen, punggung sulit dirasakan, berarti posisi posterior (punggung posterior).

Leopold III

Tujuan :

1. Menentukan bagian apa yang terdapat di bawah.
2. Apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul.

Langkah :

1. Tetap melihat wajah ibu.
2. Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati – hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi klien. Berfungsi untuk menentukan bagian terbawah dan sudah engage atau belum.

3. Penting untuk menekuk lutut ibu untuk mengurangi ketidaknyamanan saat pemeriksaan.
4. Pegang bagian perut bawah ibu tepat di atas simfisis pubis dengan jempol dan jari tengah. Lakukan penekanan dengan lembut tapi kuat untuk merasakan bagian presentasi.
5. Anda akan merasakan bagian yang bergerak jika bagian presentasi belum engaged (masuk PAP). Seperti pada Leopold I, raba bentuk, ukuran, konsistensi, dan mobolitas untuk membedakan antara bokong dan kepala.

Temuan :

1. Hasil temuan sama dengan pada Leopold I.
2. Jika bagian presentasi adalah kepala, dan mungkin agak sulit untuk digoyang, berarti kepala sudah engaged.

Leopold IV

Tujuan :

Berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

Langkah :

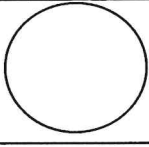
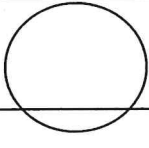
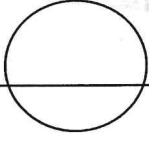
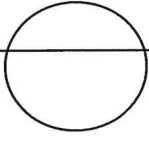
1. Putar pandangan ke kaki ibu.
2. Pastikan lutut ibu menekuk untuk menghindari nyeri.
3. Letakkan kedua tangan pada sisi – sisi uterus dengan jari – jari pada daerah bawah pusat diarahkan pada simfisis pubis.

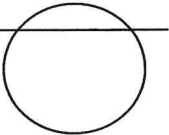
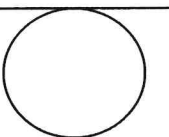
4. Tekan dengan dalam menggunakan ujung jari ke abdomen bawah dan gerakan menuju pintu panggul.

Temuan :

1. Jika jari – jari tangan bertemu (konvergen) berarti kepala belum masuk PAP.
2. Jika jari – jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul.
3. Jika jari – jari kedua tangan saling menjauh (divergen) berarti ukuran kepala terbesar sudah melewati PAP.

Kemungkinan Hasil Palpasi Leopold IV

PERIKSA LUAR	PERIKSA DALAM	KETERANGAN
 = 5 / 5		Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
 = 4 / 4	H I – II	Sulit digerakkan, Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3 / 5	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2 / 5	H III +	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul

 = 1 / 5	H III – IV	Kepala di dasar panggul
	H IV	Di perineum

Kesimpulan hasil palpasi :

- 1.) Menentukan usia kehamilan ;
- 2.) Bagian anak dapat diraba dengan jelas setelah kehamilan 20 minggu ;
- 3.) Letak anak bujur atau lintang ;
- 4.) Presentasi yaitu bagian janin yang terletak di bawah ;
- 5.) Kedudukan anak atau habitus yaitu fleksi atau defleksi ;
- 6.) Positio yaitu letak punggung di sebelah kiri atau kanan ;
- 7.) Masuknya bagian bawah ke PAP, pada primigravida 32 minggu dan pada multigravida 36 minggu;
- 8.) Kelainan – kelainan pada ibu dan janin seperti CPD dan gemelli,

c. Pemeriksaan panggul

Indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu – ibuhamil yang diduga panggul sempit, yaitu : pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obtetrik jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skoliosis, kaki pincang atau cebol.

d. Pemeriksaan Laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada ibu hamil, adalah pemeriksaan melalui sampel urin maupun sampel darah. Pemeriksaan sampel urin pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PPTest), warna urin, bau, kejernihan, protein urin dan glucose urin. Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk memeriksa haemoglobin, golongan darah, hematokrit darah, factor resus, rubella, VDRL / RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

Pengkajian data fetus

a. Gerakan janin

Pemeriksaan gerakan janin, bias dilakukan dengan cara dilihat, dirasakan atau diraba. Gerakan janin mulai dirasakan ibu hamil primigravida pada usia kehamilan 18 minggu dan usia kehamilan 16 minggu pada multigravida. Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa. Salah satu cara untuk mengetahui kesejahteraan janin, ibu hamil bisa diminta menghitung jumlah gerakan janin dalam 1 jam pada pagi hari dan malam hari. Rata – rata gerakan janin adalah 34 kali / jam. Apabila gerakan janin kurang dari 15 kali / jam tergolong rendah, sehingga harus waspada terhadap kemungkinan terjadinya gawat janin.

b. Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

terdengar pada usia kehamilan 12 minggu. Ciri – ciri DJJ adalah ketukan lebih cepat dari denyut nadi, dengan frekuensi normalnya 120 – 160 kali permenit. Janin mengalami bradycardia apabila DJJ kurang dari 120 permenit selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia, apabila DJJ lebih dari 160 permenit selama 10 menit.

Alat yang dipergunakan untuk mendengarkan DJJ, antara lain : stetoskop Leanec, Fetoscope Doppler, monitor kardiotokografi dan USG. Dengan stetoskop Leanec dan FEtoscop Doppler, kita dapat mendengar bunyi DJJ sejak usia kehamilan 18 – 20 minggu. Dengan monitor kardiotokografi DJJ bisa didengarkan sejak usia kehamilan 12 minggu, dengan USG DJJ bisa diketahui sejak kemahilan dini.

Cara menghitung DJJ, sebagai berikut :

- 1) Pastikan yang terdengar adalah DJJ.
- 2) Dengarkan DJJ pada tempat yang paling jelas terdengar DJJ.
- 3) Satu tangan memegang monoskop Leanec, tangan yang lain memegang denyut nadi radialis ibu, mata melihat jam.
- 4) Hitung 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima.
- 5) Pada 5 detik kedua dan 5 detik ke empat, DJJ tidak dihitung, tetapi tetap mendengarkan dan memperhatikan karakteristik DJJ.
- 6) Hasilnya dijumlah dikalikan empat ditulis dengan “.... Kali permenit”, dijelaskan juga keteraturan dan kekuatannya.

c. Non Stress Test (NST)

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

d. Amnioskintesis

Amnioskintesis adalah tindakan aspirasi cairan amnion dengan pungsi melalui dinding abdomen atau melalui serviks uteri. Amnioskintesis dilakukan apabila cairan amnion sudah cukup banyak, yaitu awal trimester II (usia kehamilan 14 – 14 minggu). Tujuan amnioskintesis adalah mendeteksi kelainan genetic dan metabolic melalui pemeriksaan sitogenik dan mendeteksi kelainan janin, antara lain : kelainan kraniospinal melalui kadar alfa – fetoprotein. Setelah kehamilan 24 minggu, tindakan amnioskintesis bertujuan untuk mengukur kadar bilirubin, maturitas janin, mikrobiologik dan lain – lain. Pada ibu hamil dengan hidramnion akut disertai sesak / gelisah, amnioskintesis bertujuan untuk dekompresi.

Amnioskopi adalah tindakan inspeksi pada ketuban utuh dengan amnioskopi yang dimasukkan lewat kanalis servikalis. Amnioskopi bertujuan untuk melihat keadaan cairan amnion, mendeteksi kelainan genetic dan metabolic melalui pemeriksaan sitogenik dan mendeteksi kelainan janin, antara lain : kelainan kraniospinal melalui kadar alfa – fetoprotein serta mengukur kadar bilirubin, maturitas janin, mikrobiologik dan lain – lain (setelah kehamilan 24 minggu).

II. Langkah 2 . Interpretasi Data Dasar

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

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

Contoh : Ny. Lestari hamil 16 minggu (G2 P1 A0) wasir berdarah. Dia sedih karena suami tidak menginginkan kehamilannya. Kedua masalah tersebut tidak termasuk dalam nomenklatur diagnosis, sehingga didokumentasikan sebagai masalah.

III. Langkah 3 . Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

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

Contoh : Seorang wanita datang ke bagian KIA dengan wajah pucat, keringat dingin, tampak kesakitan, mulas – mulas hilang timbul, cukup bulan pemuain perut sesuai hamil. Bidan harus berfikir kea rah : wanita hamil tersebut in partu, kehamilan cukup bulan, atau anemia.

IV. Langkah 4 . Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

Contoh : Pada pemeriksaan ante natal ditemukan kadar HB : 9, 5 gr %, hamil 16 minggu, nafsu makan kurang, flour albus banyak, hijau muda, gatal dan berbau. Dengan data tersebut dapat menentukan perlu tidaknya konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau pemeriksaan diagnosis (laboratorium). Bidan harus mampu menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

V. Langkah 5 . Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi / data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Juga bisa mencerminkan rasional yang benar / valid. Pengetahuan teori yang salah atau tidak memadai atau suatu data dasar yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup berbahaya.

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

- a. Jelaskan kondisi kehamilan dengan rencana asuhan yang akan dilaksanakan.
- b. Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan.

- c. Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus / konsultasi ke disiplin ilmu lain, bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli / fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
- d. Beritahukan beberapa hal / gejala klinis penting dalam kehamilan yang menyebabkan ibu harus segera melakukan kunjungan ulang.
- e. Beritahukan ibu tentang fasilitas kesehatan dan system yang ada untuk melakukan rujukan.
- f. Pastikan ibu mengerti informasi dan hasil pemeriksaan / diagnosis serta penataksanaannya.
- g. Berikan kartu ibu, antarkan ibu keluar dan ucapkan salam.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal, antara lain : pemberian konseling : gizi, latihan fisik, perubahan fisiologis, kebersihan diri, kunjungan ulang berikutnya, pertolongan bila terjadi tanda – tanda bahaya, rencana dan persiapan kelahiran, pengambilan keputusan bila terjadi komplikasi. Ibu hamil normal juga harus mendapatkan tablet zat besi serta imunisasi TT sesuai jadwal.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan masalah / kebutuhan khusus, adalah sama seperti rencana asuhan yang menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal dengan sedikit penambahan. Rencana asuhan ditambah dengan konseling khusus sesuai dengan masalah / kebutuhan khusus yang ibu hamil hadapi saat ini.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan penyakit / komplikasi, adalah :

- a. Rujuk ke dokter untuk konsultasi.
- b. Lanjutkan pemantauan ibu dan janin selama kehamilan.
- c. Berikan asuhan antenatal.
- d. Rencana dini jika ibu tidak aman melahirkan di rumah.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan keadaan darurat, adalah :

- a. Rujuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat yang tersedia pelayanan kegawatdaruratan obstetric.
- b. Sambil menunggu transportasi, berikan pertolongan awal, bila perlu berikan pengobatan.
- c. Temani ibu dan anggota keluarga.
- d. Bawa obat dan kebutuhan lain.
- e. Bawa catatan medic, kartu ibu dan surat rujukan.

VI. Langkah 6 . Pelaksanaan Perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar – benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

VII. Langkah 7 . Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah – langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen asuhan yang terdiri atas tujuh langkah ini merupakan proses befikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan Kebidanan yang dapat diaplikasikan / diterapkan dalam setiap situasi. (Muslihatun, 2009)

BAB III

GAMBARAN UMUM TEMPAT PENGAMBILAN KASUS DAN TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

Gambaran Umum Puskesmas

Puskesmas Abepura berada di Distrik Abepura dengan luas wilayahnya $\pm 159,7 \text{ km}^2$, dengan jumlah penduduk, laki-laki 9,965 jiwa, perempuan 9,581, dengan penduduk seluruhnya adalah 19,546 jiwa .

Batas wilayah kerja Puskesmas Abepura, yaitu :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Puskesmas Kotaraja.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Distrik Arso, Kab. Kerom.
- c. Sebelah Timur berbatasan dengan Puskesmas Abepantai.
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Puskesmas Waena.

Program Puskesmas Abepura

Pada periode Januari sampai dengan Desember 2010, Puskesmas Abepura mempunyai program kerja diantaranya adalah promosi kesehatan, Kesehatan Lingkungan dan Klinik Sanitasi, P2M (termasuk imunisasi), KIA-KB, perbaikan gizi dan pengobatan dasar.

Wilayah kerja Puskesmas Abepura terdiri dari 6 Kelurahan, yaitu :

- a. Kelurahan Hedam (termasuk Distrik Hedam)
- b. Kelurahan Kota Baru
- c. Kelurahan Yobe
- d. Kelurahan Waimborok
- e. Kelurahan Awiyo
- f. Kelurahan Asano

Sarana Trransportasi

Letak wilayah kerja Puskesmas Abepura di tengah Kota, jadi transportasi darat cukup baik.

Sarana Kesehatan

Distrik Abepura selain Puskesmas Abepura sebagai Puskesmas Induk, juga terdapat 3 Puskesmas Pembantu, masing-masing adalah : Pustu Perumnas IV (Hedam), Pustu Awiyo, dan Pustu Asano.

Fasilitas dan Sarana Penunjang

Fasilitas : Jumlah ruangan 14 dengan bagian-bagian tertentu.

Sarana :

- a. 1 buah mobil Puskesmas Keliling
- b. 2 buah komputer
- c. 2 buah unit sepeda motor
- d. 1 buah mesin ketik

Ketenagaan

Dokter gigi : 2 orang

Dokter Umum : 2 orang

SKM : 5 orang

S1 Sospol : 1 orang

Apoteker: 1 orang

D3 Bidan : 4 orang

D3 Kesling : 2 orang

D3 Perawat : 10 orang

D3 gizi : 2 orang

D3 Farmasi : 2 orang

SPHH : 2 orang

Kegiatan Puskesmas Abepura Tahun 2011

Kegiatan yang dilakukan selama periode Januari sampai dengan Desember 2010 adalah sebagai berikut :

1. Kegiatan Dalam gedung, meliputi :
 - a. Pelayanan pengobatan dasar, umum dan gigi
 - b. Pemeriksaan ibu hamil
 - c. Penimbangan bayi dan balita
 - d. Imunisasi
 - e. Pelayanan KB
 - f. Pelayanan Pengobatan TB Paru, Kusta, VCT
 - g. Pelayanan laboratorium

- h. Pelayanan obat-obatan (apotik)
 - i. Penyuluhan dalam gedung
 - j. Pelayanan Surkes dan pemeriksaan Haji
 - k. Pembuatan laporan Puskesmas
 - l. Administrasi Kepegawaian
 - m. Klinik sanitasi
2. Kegiatan Luar gedung, meliputi :
- a. Kegiatan Posyandu
 - b. Distribusi vitamin A ke Posyandu-Posyandu dan TK binaan
 - c. Kunjungan rumah dan penyuluhan demam berdarah
 - d. Survey jentik dan abatisasi
 - e. Pemeriksaan dan pengawasan air bersih
 - f. Pemberian makanan tambahan
 - g. Pengobatan massal di wilayah kerja Puskesmas Abepura
 - h. Mengikuti kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh DINKES KOTA JAYAPURA

Data 10 Besar Penyakit tahun 2010 di Puskesmas Abepura

1. ISPA	:4,512 kasus
2. Malaria	:1,155 kasus
3. Penyakit Kulit	:990 kasus
4. Penyakit Kulit Alergi	:398 kasus
5. Penyakit Usus	:276 kasus
6. Diare (kolera)	:265 kasus

- | | |
|---------------------------------|------------|
| 7. Penyakit Radang Sendi | :264 kasus |
| 8. Ginggivitis / P. Periodental | :196 kasus |
| 9. kecelakaan | :162 kasus |
| 10. Penyakit Kulit (Jamur) | :104 kasus |

Gambaran BKIA

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

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

Sedangkan hari Jumat dipakai sebagai hari kerja bakti. Kegiatan posyandu disesuaikan dengan jadwal pelayanan setiap bulan dan pertolongan persalinan dilakukan di rumah klien. Pencatatan dan pelaporan KIA Puskesmas Abepura cukup baik sehingga mempermudah penulisan dalam pengambilan data

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN
PRE – EKLAMPSIA RINGAN**

Tempat Pengkajian : PKM Hedam

Jam : 10.00 wit

Tanggal Pengkajian : 21 – 06 – 2011

KUNJUNGAN ULANG

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA

A. Data Subjektif

1. Biodata

Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. Y
Umur	: 22 Tahun	Umur	: 27 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: PNS
Suku/Bangsa	: Key /Indonesia	Suku/Bangsa	: Ambon/Indonesia
Nikah	: I	Nikah	: I
Lama Nikah	: 4 Tahun	Lama Nikah	: 4 Tahun
Alamat rumah	: Perumnas IV	Alamat rumah	: Perumnas IV

2. Data Biologis

- 1) Keluhan Utama : Ibu mengatakan sering pusing dan leher terasa tegang
- 2) Riwayat Keluhan Utama : Ibu mengatakan sering pusing dan leher terasa tegang sejak tanggal 18 – 06 – 2011, usia kehamilan 32 minggu.

3) Riwayat Reproduksi :

a). Riwayat Menstruasi

1. Menarche : 15 Tahun
2. Siklus Darah : 28 Hari
3. Durasi Haid : 5 Hari
4. Sifat Darah : Encer
5. Warna Darah dan bau : Merah Segar dan amis

b). Riwayat Obstetri :

1. Kehamilan dan Persalinan lalu : Hamil Ini
2. Kehamilan Sekarang :
 - a. Gravida : G I P 0 A0
 - b. HPHT : 10 – 10 - 2010
 - c. HTP : 17 – 07 – 2011
 - d. ANC : PKM Hedam
 - e. Imunisasi : 1 x
3. Riwayat genekologi.
 - a. Riwayat Gangguan System Reproduksi : Tidak ada
 - b. Riwayat Sectio Caesarea : Tidak pernah
 - c. Riwayat Abortus : Tidak pernah
4. Riwayat menggunakan metode kontasepsi : Tidak pernah

4) Riwayat Kesehatan Lalu :

- a. Penyakit yang pernah diderita : Tidak Ada
- b. Riwayat Opname : Tidak Pernah
- c. Riwayat Operasi : Tidak Pernah

5) Riwayat Keluarga :

- a. Penyakit menular di keluarga : Tidak ada
- b. Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada
- c. Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada
- d. Riwayat persalinan kembar : Tidak ada

6) Keadaan Psiko Sosial :

- a. Ibu tampak gelisah dan cemas dengan keadaan yang dialaminya
- b. Suami cemas dengan keadaan yang dialami istrinya

7) Latar belakang sosial budaya : Klien dan suami berasal dari suku yg berbeda, dan mereka sangat memegang teguh budaya mereka.

8) Keadaan Sosial Ekonomi : Penghasilan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

9) Kegiatan Keagamaan : Suami dan istri taat menjalankan sholat lima waktu.

10) Masalah – masalah kehamilan sekarang :

No	Masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual dan mudah	Tidak ada	Ada	Tidak 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	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
7	Sakit kepala	Tidak ada	Tidak ada	Ada
8	Gangguan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
9	Pernafasan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
10	Nyeri pinggang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
11	Obstipasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
12	Kram otot	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13	Ngilu – ngilu	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14	Sakit gigi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
15	Haemoroid	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
16	Loucorea Poliurdisuri	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

11) Tempat pemeriksaan Kehamilan

: Puskesmas Hedam

a. Frekuensi : 3 X

12) Pola kegiatan Sehari-hari.

No.	Kegiatan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1	➤ Nutrisi - Pola makan - Frekwensi makan - Nafsu makan - Makanan kesukaan - Makanan Pantangan - Jumlah Minum	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 gelas/hari	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 gelas/hari
2	➤ Kebiasaan yang mempengaruhi : - Merokok - Obat penenang - Minuman keras - Jamu	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah
3	➤ Eliminasi a. BAB - Frekwensi - Bau/warna - Konsistensi - Gangguan b. BAK - Frekwensi - Bau/warna - Gangguan	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 2-4 / sehari Amoniak/kuning Tidak ada	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 2-4 / sehari Amoniak/kuning Tidak ada
4	➤ Pola tidur dan istirahat - Tidur siang	1-2 jam	1 jam

	- Tidur malam	6-7 jam	6 jam
5	➤ Olah raga dan rekreasi - Olah raga - Rekreasi	Tidak pernah Jarang	Tidak pernah Jarang
6	➤ Hygiene Peorangan - Frekwensi mandi - Pakai sabun - Dikeringkan dengan handuk - Frekwensi sikat gigi - Sikat gigi dengan odol - Frekwensi cuci rambut - Pakai shampo - Gunting kuku - Ganti pakaian dalam	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya Ya Ya	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya Ya Ya
7	➤ Pekerjaan Tambahan	Tidak ada	Tidak ada

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Keadaan Emosional : Stabil
- d. BB sebelum Hamil : 82 kg
- e. BB terakhir : 93kg
- f. TB : 156 cm
- g. LILA : 35cm

h. Tanda Vital

- 1. TD : 140/90 Mmhg
- 2. SB : 36,7°C
- 3. N : 76x / Mnt
- 4. R : 22x / Mnt

- i. Kepala
 - a) Rambut : Hitam, Lurus
 - b) Kebersihan : Baik
- j. Wajah
 - a) Ekspresi wajah : Tenang
 - b) Simetris : Ya
 - c) Oedema : Tidak
 - d) Bentuk wajah : Bulat
 - e) Cloasma gravidarium : Ada
- k. Mata
 - a) Simetris : Ya
 - b) Kebersihan : Bersih
 - c) Konjungtiva : Tidak pucat
 - d) Selera : Tidak ikterik
 - e) Kejelasan Penglihatan : Jelas
- l. Hidung
 - a) Polip : Tidak ada
 - b) Sekret/cairan : Tidak ada
 - c) Kebersihan : Baik
- m. Kulit
 - a) Keadaan : Baik
- n. Mulut dan Gigi
 - a) Stomatitis : Tidak ada
 - b) Caries : Tidak ada
 - c) Lidah : Bersih
 - d) Mukosa mulut : Lembab
- o. Telinga
 - a) Simetris : Ya
 - b) Canalis : Ada
 - c) Keadaan telinga luar : Baik
 - d) Pendengaran : Jelas
- p. Leher
 - a) Inspeksi : Tidak ada pembengkakan
 - b) Palpasi : Tidak ada pembesaran

- q. Payudara
- a) Pembesaran : Ya
 - b) Kebersihan : Bersih
 - c) Simetris : Ya
 - d) Puting Susu : Menonjol + / +
 - e) Pengeluaran : Belum ada
 - f) Nyeri tekan : Tidak ada
 - g) Benjolan : Tidak ada
 - h) Areola mammae : Hyperpigmentasi
- r. Thorax dan Paru
- a) Bentuk dada : Normal
 - b) Frekwensi pernafasan : Biasa
 - c) Pergerakan dada : Normal
 - d) Jenis pernafasan : Normal
- s. Jantung
- a) Bunyi jantung : Normal
 - b) Bunyi tambahan : Tidak ada
- t. Abdomen
- a) Inspeksi : Normal
 - b) Palpasi
 - Leopold I : TFU 32 cm
 - Leopold I : Memanjang Punggung kanan
 - Leopold III : Bagian terendah kepala
 - Leopold IV : Kepala belum masuk PAP 5/5
 - c) Auscultasi DJJ : 140x/menit
- u. Aksila
- a) Inspeksi : Tidak ada kelainan
 - b) Palpasi : Tidak ada kelainan
- v. Ekstremitas Atas
- a) Simetris : Ya
 - b) Keadaan kuku : Bersih

- w. Ekstremitas Bawah
 - a) Simetris : Ya
 - b) Varices : Tidak ada
 - c) Oedema : Ada
 - d) Refleks Patella : Normal + / +
- x. Genitalia : Tidak dilakukan
- 2. Pemeriksaan Genekologi : Tidak dilakukan
- 3. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Urine
 - a) Protein : (+)
 - b. Hb : 11 gr %
 - c. Gol. Darah : " O "

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnose :

- a. Ibu umur 22 tahun, G I P0 A0, umur kehamilan 32 minggu dengan pre – eklampsia ringan
- b. Janin intra uterine, presentase kepala, tunggal, hidup..

Dasar :

DS :

- 1. Ibu mengatakan umur 22 tahun, hamil pertama tidak pernah keguguran
- 2. HPHT : 10 – 10 - 2010 TP: 17 – 07 - 2011
- 3. Ibu mengeluh kepala terasa sakit dan leher terasa regang
- 4. Ibu mengatakan sudah periksa ke praktek dr. Abraham, advis dokter :
 - Nifedipine 2 x 1 tablet

DO :

1. KU : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. TD : 140 / 90 mmHg
4. Palpasi Leopold
 - a. Leopold I : TFU 32 cm
 - b. Leopold II : Memanjang punggung kanan
 - c. Leopold III : Bagian terendah adalah kepala
 - d. Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP 5/5
5. Auskultasi DJJ : 140x / m

Masalah

1. Gangguan rasa nyaman

Dasar :

DS : Ibu mengeluh kepala terasa sakit dan leher terasa tegang

DO : TD : 140 / 90 mmHg

2. Kecemasan

Dasar :

DS : Ibu merasa cemas dengan keadaannya dan suami juga cemas atas keadaan istrinya

DO : Ibu dan suami tampak khawatir

LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

1. Ibu : Potensial terjadi Pre – eklampsia Berat
2. Janin : Potensial terjadi Hypoksia

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

- a. Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam
- b. Konsultasi dan kolaborasi dokter untuk pemberian therapy dan penatalaksanaannya :
 - Nifedipine 2 x 1 tablet

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Anjurkan ibu untuk tidak stress karena itu dapat mempengaruhi keadaan ibu
3. Beri penyuluhan tentang gizi
 - a. Makanan berprotein pada makanan empat sehat lima sempurna.
 - b. Makan tinggi protein, cukup karbohidrat, cukup vitamin, tinggi mineral dan rendah lemak.
 - c. Tambahkan makan telur 1 butir sehari.
4. Anjurkan ibu istirahat yang cukup, bekerja seperlunya dan sesuai kemampuan, lebih banyak duduk atau berbaring kearah punggung janin.

5. Anjurkan ibu untuk diet rendah garam
6. Jelaskan tanda – tanda pre – eklampsia berat dan anjurkan ibu untuk memeriksakan diri bila mengalaminya
7. Beritahu ibu bahaya – bahaya yang akan terjadi dengan keadaan yang dialaminya :
8. Beri ibu dukungan moral, informasi dan support yang adekuat
9. Konsultasi dan kolaborasi dokter untuk pemberian therapy
10. Anjurkan ibu tidur dalam posisi kaki lebih tinggi dari kepala dan miring kiri
11. Lakukan kunjungan rumah satu minggu kemudian

LANGKAH VI : PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal : 21 – 06 - 2011

Jam : 10.10 wit

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk tidak stress karena itu dapat mempengaruhi keadaan ibu
3. Memberi penyuluhan tentang gizi
 - a. Makanan berorientasi pada makanan empat sehat lima sempurna
 - b. Makanan tinggi protein, cukup karbohidrat, cukup vitamin, tinggi mineral dan rendah lemak.
 - c. Tambahkan makan telur 1 butir sehari.

4. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, bekerja seperlunya dan sesuai kemampuan, lebih banyak duduk atau berbaring ke arah punggung janin.
5. Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam
6. Menjelaskan tanda – tanda Pre – eklampsia berat dan menganjurkan ibu memeriksakan diri bila mengalaminya :
 - a. Oedem bertambah
 - b. Sakit kepala bertambah berat
 - c. Mata kabur
 - d. Pernafasan semakin sesak
 - e. Nyeri pada epigastrium
 - f. Kesadaran makin berkurang
 - g. Gerakan janin makin melemah atau berkurang
 - h. Pengeluaran urine berkurang.
7. Memberitahukan ibu bahaya – bahaya yang akan terjadi dengan keadaan yang dialaminya:

Bila tidak ditangani bias terjadi Pre – eklampsia berat bahkan Eklampsia dan komplikasi pada komplikasi pada ibu adalah kejang, koma bahkan kematian, komplikasi pada janin adalah gawat janin sampai IUFD.
8. Memberi ibu dukungan moril, informasi dan support yang adekuat.
9. Melakukan konsultasi dan kolaborasi dokter untuk therapy :
 - a. Nifedipine : 2 x 1 tablet
10. Menganjurkan ibu tidur dalam posisi kaki lebih tinggi dari kepala dan tidur miring kiri

11. Melakukan kunjungan rumah 1 minggu kemudian

- a. Melakukan anamneses mengenai kebutuhan yang dirasakan ibu, nutrisi yang dikonsumsi, aktivitas yang dilakukan.
- b. Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital, keadaan mata, muka, oedem pada kaki.
- c. Melakukan pemeriksaan fisik obstetrik meliputi Leopold dan auskultasi DJJ.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 21 – 06 – 2011

Jam : 11.00 Wit

1. Hasil pemeriksaan :

- a. KU : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. TD : 140 / 90 mmHg
- d. BB : 93 kg
- e. Palpasi Leopold
 - Leopold I : TFU 32 cm
 - Leopold II : Memanjang punggung kanan
 - Leopold III : Bagian terendah adalah kepala
 - Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP 5/5
- f. Auskultasi DJJ : 140x / m

2. Ibu mengatakan mengerti dengan kondisi yang dialaminya bahwa penyakit tersebut dapat diatasi jika meminum obat sesuai dosis dan mengikuti anjuran petugas
3. Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan serta penyuluhan yang diberikan dan melaksanakan anjuran petugas, yaitu :
 - a. Makanan berorientasi pada makanan empat sehat lima sempurna
 - b. Makanan tinggi protein, cukup karbohidrat, cukup vitamin, tinggi mineral dan rendah lemak.
 - c. Tambahkan makan telur 1 butir sehari.
4. Ibu mengatakan akan makan sayur rendah garam
5. Ibu mengerti dengan penjelasan tentang tanda tanda pre – eklampsia berat
6. Ibu mengerti tentang kemungkinan bahaya yang akan terjadi
7. Ibu mengatakan senang dan tidak khawatir dengan kehamilannya
8. Ibu berjanji akan minum obat sesuai dosis
9. Ibu berjanji akan mengikuti anjuran dari petugas untuk tidur dalam posisi kaki lebih tinggi dari kepala
10. Petugas akan melakukan kunjungan rumah satu minggu kemudian

Evaluasi Tanggal : 28 – 06 – 2011

1. Ibu mengatakan sudah makan sayur rendah garam
2. Ibu mengatakan telah minum obat sesuai aturan Dokter
3. Ibu telah mengikuti anjuran dari petugas untuk tidur dalam posisi kaki lebih tinggi dari kepala

4. Ibu mengatakan setelah mengikuti anjuran dan penjelasan yang diberikan, ibu merasa lebih baik dari sebelumnya
5. Ibu mengatakan sakit kepala mulai berkurang

ASUHAN KUNJUNGAN KE II

Tanggal : 28 – 06 – 2011

Jam : 18.30 Wit

Tempat : Rumah kediaman Ny. S

SUBJEKTIF :

- a. Ibu mengatakan sakit kepala sudah berkurang

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : CM

3. BB : 82 kg

4. Tanda – tanda Vital

a. Tekanan Darah : 120 / 90 mmHg

b. Nadi : 80x / menit

c. Pernafasan : 20x / menit

d. Suhu Badan : 36, 8° C

5. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Oedem tidak ada

b. Mata : Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterus

c. Kaki : Tidak ada oedem

d. Refleks Patella : +/+

6. Pemeriksaan obstetric

a. Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 33 cm

Leopold II : Memanjang punggung kanan

Leopold III : Bagian terendah janin adalah kepala

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP

b. Auskultasi : 140 x / m

7. Pemeriksaan Laboratorium

a. Urine

Protein : (-)

ASSESSMENT :

Diagnose : Ibu umur 22 tahun, G I P 0 A 0, umur kehamilan 33 minggu dengan hipertensi

Janin intrauterine, presentase kepala 5/5, tunggal hidup, normal

Dasar :

DS : Ibu mengatakan sakit kepala sudah berkurang

DO : 1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : CM

3. BB : 82 kg

4. Tanda – tanda Vital

a. Tekanan Darah : 120 / 90 mmHg

b. Nadi : 80x / menit

c. Pernafasan : 20x / menit

d. Suhu Badan : 36, 8° C

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Oedem tidak ada
- b. Mata : Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterus
- c. Kaki : Tidak ada oedem
- d. Refleks Patella : +/+

6. Pemeriksaan obstetric

a. Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 33 cm

Leopold II: Memanjang punggung kanan

Leopold III : Bagian terendah janin adalah kepala

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP 5/5

b. Auskultasi : 140 x / m

Masalah :

Gangguan rasa aman

Dasar : Ibu mengatakan sakit kepala sudah berkurang

Masalah Potensial

Ibu : Potensial terjadi Pre – eklampsia ringan

Janin : Potensial terjadi Hypoksia

Tindakan Segera

1. Menganjurkan ibu banyak istirahat

PLANNING :**Tanggal :** 28 – 06 – 2011**Jam :** 19.00 Wit

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Memberitahu ibu untuk melanjutkan mengkonsumsi makanan seperti anjuran sebelumnya :
 - a. Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna
 - b. Makanan tinggi protein, cukup karbohidrat, cukup vitamin, tinggi mineral dan rendah lemak
 - c. Garam tidak perlu
3. Menganjurkan ibu untuk melahirkan di RS
4. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, bekerja seperlunya dan sesuai kemampuan
5. Menganjurkan ibu tetap olahraga ringan serta jalan – jalan pagi
6. Memberi dukungan moril
7. Memberi obat SF 1 x 1 tablet dan Kalk 1 x 1 tablet
8. Melakukan pemeriksaan laboratorium ulang protein urine
9. Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilannya 1 minggu kemudian di Puskesmas

Evaluasi : tanggal 05 – 07 – 2011 jam : 16.00 Wit

1. Ibu telah mengkonsumsi makanan seperti yang dianjurkan
2. Ibu mengatakan telah istirahat yang cukup, bekerja seperlunya dan sesuai kemampuan

3. Ibu mengatakan telah melakukan olahraga ringan seperti jalan – jalan pagi
4. Ibu mengatakan telah minum obat sesuai dosis
5. Ibu telah datang memeriksakan kehamilannya di PKM Hedam pada tanggal 05 – 07 – 2011
6. Ibu mengatakan kepalanya sudah tidak sakit lagi
7. Ibu mengatakan perut bagian bawah agak sakit dan sering kencing terutama pada malam hari

ASUHAN KUNJUNGAN KE III

Tanggal : 05 – 07 – 2011
 Jam : 16.00 Wit
 Tempat : Rumah kediaman Ny. S

SUBJEKTIF :

- a. Ibu mengatakan kepala sudah tidak sakit lagi
- b. Ibu mengatakan perut bagian bawah agak sakit dan sering kencing terutama pada malam hari

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : CM
3. BB : 82, 5 kg
4. Tanda – tanda Vital
 - a. Tekanan Darah : 120 / 80 mmHg
 - b. Nadi : 80x / menit
 - c. Pernafasan : 20x / menit
 - d. Suhu Badan : 36, 5° C
5. Pemeriksaan Fisik
 - a. Muka : Oedem tidak ada
 - b. Mata : Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterus
 - c. Kaki : Tidak ada oedem
 - d. Refleks Patella : +/+

6. pemeriksaan obstetric

a. Palpasi Leopold

- Leopold I : TFU 33 cm
- Leopold II : Memanjang punggung kanan
- Leopold III : Bagian terendah janin adalah kepala
- Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP 5/5

b. Auskultasi : 143 x / m

ASESSMENT :

Diagnose : Ibu umur 22 tahun, G I P 0 A 0, umur kehamilan 34 minggu, normal

Janin intrauterine, presentase kepala 5/5, tunggal hidup, normal

Dasar :

DS :

- a. Ibu mengatakan kepala sudah tidak sakit lagi
- b. Ibu mengatakan perut bagian bawah agak sakit dan sering kencing terutama pada malam hari

DO :

1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : CM

3. BB : 82, 5 kg

4. Tanda – tanda Vital

a. Tekanan Darah : 120 / 80 mmHg

b. Nadi : 80x / menit

c. Pernafasan : 20x / menit

d. Suhu Badan : 36, 5° C

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Oedem tidak ada
- b. Mata : Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterus
- c. Kaki : Tidak ada oedem
- d. Refleks Patella : +/+

6. pemeriksaan obstetric

a. Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 33 cm

Leopold II : Memanjang punggung kanan

Leopold III : Bagian terendah janin adalah kepala

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP 5/5

- b. Auskultasi DJJ : 143 x / m

Masalah :

Gangguan rasa aman

Dasar :

DS : Ibu mengatakan perut bagian bawah agak sakit dan sering kencing terutama pada malam hari

Masalah Potensial

Ibu : Tidak ada

Janin : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

PLANNING :

Tanggal : 05 – 07 – 2011

Jam : 16.00 Wit

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Menganjurkan cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami
3. Menjelaskan tanda – tanda bahaya pada hamil trimester III seperti gerakan janin berkurang, keluar air – air, panas tinggi
4. Menjelaskan tanda – tanda persalinan seperti kontraksi uterus, keluar lendir campur darah, keluar air – air, perut mules seperti ingin buang air besar.
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara
6. Bersama ibu merencanakan tempat, transportasi, pengantar, penolong persalinan, biaya, pendonor darah, pengambilan keputusan dalam keluarga serta perlengkapan ibu dan bayi
7. Beri teraphy sesuai konsultasi dokter Becom – Zet 1 x 1 tablet
8. Menganjurkan ibu untuk periksa kehamilan di puskesmas satu minggu kemudian
9. Pantau keadaan umum, kesadaran, ttv, Hb, oedem, dan kondisi kehamilan ibu

Evaluasi : tanggal 08 – 07 – 2011 jam : 16.20 Wit

1. Hasil pemeriksaan : KU : Baik, Kesadaran : CM, TD : 120/80 mmHg, Hb : 11 gr %, Palpasi Leopold : LI : TFU 33 cm, LII : Memanjang Punggung kanan, LIII : Bagian terendah janin adalah kepala, L IV : Bagian terendah belum masuk PAP, 5/5
2. Ibu beserta keluarga telah mengikuti anjuran petugas seperti mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi
3. Ibu beserta keluarga telah memutuskan untuk melahirkan di Rumah Sakit Abepura
4. Ibu mengatakan setelah mengikuti anjuran petugas, ibu merasa lebih baik dan tidak cemas dalam menghadapi persalinan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bagian ini Penulis hanya memfokuskan masalah yang ditemukan selama melakukan pengkajian asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Pre – eklampsia Ringan di Puskesmas Hedam Abepura.

Pada pengkajian pertama, Penulis mendapatkan diagnose Pre – Eklampsia Ringan dan masalah gangguan yaitu rasa sakit kepala dan leher terasa tegang dengan tekanan darah 140/90 mmHg, adanya oedem dan protein urin (+). Setelah dilakukan asuhan kebidanan, 1 minggu kemudian melakukan kunjungan kedua klien mengalami perbaikan, diagnose menjadi hamil normal, tekanan darah turun menjadi 120 / 90 mmHg. Masalah gangguan rasa nyaman dan kecemasan karena gejala klinis yang dirasakan klien yaitu sakit kepala masih terasa sakit namun mulai berkurang. Setelah dilakukan asuhan kebidanan, 1 minggu kemudian Penulis melakukan kunjungan ketiga. Kehamilan normal, tekanan darah 120 / 80 mmHg, pemeriksaan protein urine hasil negatif. Masalah sakit kepala yang masih klien rasakan sudah teratasi namun timbul gangguan ringan lain sehubungan dengan makin tuanya usia kehamilan 33 minggu yaitu ibu merasa sakit pada perut bagian bawah dan sering kencing pada malam hari. Sesuai diagnose masalah dan kebutuhan klien maka Penulis memberikan asuhan kebidanan yang sesuai sehingga masalah ibu dapat diatasi secara keseluruhan. Diagnose yang terakhir yaitu Ibu umur 22 tahun, G I P 0 A 0, umur kehamilan 33 – 34 minggu, janin intra uteri, presentase kepala, tunggal, hidup.

Pada kasus ibu hamil dengan Pre – eklampsia ringan yang Penulis temukan dan dilakukan asuhan, jika dikaitkan dengan teori yang ada terjadi kesamaan seperti tanda – tanda/trias Pre – eklampsia ringan yang Penulis dapat dari hasil pemeriksaan Ny. S yaitu TD : 140/90 mmHg, adanya oedem, dan protein urin (+) sesuai dengan teori yang ada bahwa trias dari penyakit pre – eklampsia adalah hipertensi, oedem dan protein urin plus. Di samping itu juga telah dijelaskan pada teori bahwa penyakit pre – eklampsia ringan lebih rentan terjadi pada Primigravida dan jika usia kehamilan semakin tua, begitu pula dengan kasus atau masalah yang Penulis temukan pada Ny. S. Jadi Penulis berpendapat bahwa antara teori dan masalah yang penulis temukan tidak terjadi kesenjangan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pre – eklampsia merupakan suatu penyakit yang dapat membahayakan ibu hamil yang mana dapat meningkatkan angka kematian baik ibu maupun janin, sesuai landasan teori pada Bab II. Penanganan Pre – eklampsia pada ibu hamil harus tuntas pada masa kehamilan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, nifas, maupun pada janin. Berdasarkan hasil pembahasan manajemen kebidanan pada ibu hamil dengan Pre – eklampsia ringan dilakukan secara optimal dan komprehensif atau menyeluruh, maka masalah dapat teratasi dan Pre – eklampsia berat dapat dicegah pula.

Dalam melakukan asuhan pada ibu dengan Pre – eklampsia bidan harus terampil agar penanganan Pre – eklampsia betul – betul dapat diatasi sehingga tidak menimbulkan masalah yang semakin berat. Juga pelaksanaan asuhan kebidanan tidak hanya dilakukan oleh bidan, namun juga melibatkan tim kesehatan yang lain dan keluarga.

B. Saran

1. Untuk Institusi Pendidikan

Pelayanan pendidikan dan pelatihan kerja agar lebih ditingkatkan dan dikembangkan lagi, disamping itu peningkatan kemampuan dan mutu tenaga dosen serta staf harus dilakukan melalui pendidikan jangka

pendek seperti training, magang dan melalui program pendidikan bergelar, baik untuk kualifikasi SI maupun SII agar mutu pembelajaran dan manajemen di Institusi ini agar lebih baik lagi.

2. Untuk Puskesmas

- a. Petugas puskesmas diharapkan menyediakan waktu secara khusus ke pasien dengan masalah sehingga dapat mendeteksi secara dini resiko kehamilan.
- b. Diharapkan pada kunjungan pertama (KI) ibu hamil dilakukan pemeriksaan urine dan HB di Ruang BKIA juga pemeriksaan darah lengkap dengan berkolaborasi dengan petugas laboratorium khususnya pada pasien yang bermasalah, selanjutnya dilakukan pemeriksaan laboratorium ulang darah langsung lengkap dan urine lengkap pada kunjungan trimester III guna menunjang diagnose medis dan mendeteksi secara dini kelainan yang ada.
- c. Petugas diharapkan melaksanakan penyuluhan secara keseluruhan pada ibu hamil agar informasi yang diberikan secara lengkap dan tepat.

3. Untuk Penulis

- a. Harus lebih mengembangkan metode manajemen kebidanan dalam setiap melakukan tindakan.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dengan pelatihan, pendidikan dan membaca buku – buku yang ada kaitannya dengan profesi.
- c. Keberhasilan dalam pelayanan dan asuhan yang diberikan dapat ditunjang oleh komunikasi terpenting. Untuk itu diharapkan bidan mampu melaksanakan asuhan dengan penuh kesabaran guna mendapatkan hasil yang diharapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, I. B. G, 1998, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Saifuddin AB, 2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Yulifa, Rita. 2010, *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Salemba Medika : Jakarta.
- Muslihatun dkk, 2009, *Dokumentasi Kebidanan*, Jakarta .
- Wikjosastro H, 2005, *Ilmu Kebidanan*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Puskesmas Hedam, 2011, *Buku Register Pencatatan dan Pelaporan Pada Ibu Hamil* .
- Varney H, 1997, *Proses Manajemen Kebidanan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Cunningham dkk, 1995, *Obstetri Williams*, Edisi 21, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Soepardan, 2008, *Konsep Kebidanan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Mandriawati, 2008, *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Adriaansz George, 2001, *Buku Acuan Nasional, Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Penerbit JNPKKR – POGI, Jakarta.

Varney Helen dkk, 2002, *Buku Saku Bidan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN
Jl. Padang Bulan II Jayapura, Telp / Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Hasmawati H.L
 NIM : PO.71.24.4.08.47
 Dosen Pembimbing I : Heny Vonny Rerei , SKM . MPH
 Dosen Pembimbing II : Martina mogan, S. ST

HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
Rabu 15-06-2011	Bab I	- Perbaiki ketikan - Cantumkan sumber pada latar belakang - Tuguan di sesuaikan dengan rumusan masalah - Bawa lembar judul	 Kembali 16-06-2011
Kamis 16-06-2011	- lembar judul - Bab I	- dituntut bentuk piramida terbalik antara nama dan nilai di sisi garis - Perbaiki cara penulisan sumber buku pada akhir kalimat - Apa maksud pd poin "b" di manfaat bagi institusi pendidikan	 Kembali 20-06-2011 Bawa Bab II
Senin 20-6-2011	- lembar judul dan Bab I	] di Acc Kembali bawa Bab II	 Kembali 24-6-2011



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN
Jl. Padang Bulan II Jayapura, Telp / Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Hasmawati H.L
NIM : PO.71.24.4.08.47
Dosen Pembimbing I : Heny Vonny Rerei , SKM . MPH
Dosen Pembimbing II : Martina mogan, S. ST

HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
Senin 27/6-2011	- Bab II	- Perbaiki ketikan dan di Aes lanjut ke pembimbing I - Kembali bawa Bab III	Heny Kembali 30/6-2011
Kamis 30/6-2011	Bab I Bab II	- perbaiki Selesai pebm juli - perhatikan penulisan - konsultasi bulat dg Daftar pustaka + Bab III	Heny
Jumat 01/07-2011	- Bab III	- perbaiki ketikan - kl. utama apa yang dijelaskan dan - pd kunjungan berikut minggu- kerjaan SOAP. - Rencana asuhan kasus komprehensif Selesai kasus v/g di 4	Heny Kembali 04/7-2011



KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN**

Jl. Padang Bulan II Jayapura, Telp / Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Hasmawati H.L
NIM : PO.71.24.4.08.47
Dosen Pembimbing I : Heny Vonny Rerei, SKM - MPH
Dosen Pembimbing II : Martina mogan, S. ST

HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
Senin 4/7-2011	Bab III	- Perbaiki ketikan dan di ACC lanjut ke pembimbing I	} Hasy Kembali 7/7-2011
Kamis 7/7/2011	Bab IV Bab V	- Perbaiki ketikan dan perbaiki penulisan, hilangkan yang tidak perlu - Bawa lembar daftar pustaka - BAB V ACC	} Hasy 8/7-2011 Kembali
Jumat 8/7/2011	BAB IV Daftar Pustaka	} di ACC, lanjut ke pembimbing I	Hasy



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN
Jl. Padang Bulan II Jayapura, Telp / Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Hasmawati H.L
NIM : PO.71.24.4.08.47
Dosen Pembimbing I : Heny Vonny Rerei, SKM. MPH
Dosen Pembimbing II : Martina mogan, S. ST

HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
Sabtu 9/7-2011	Bab III Bab I + II	perencanaan msl Cemas - Perbaiki msl Ditukan segera acc	Jhif
Jumat 16/7-2011	Bab III + IV + V	perbaiki dan perbaiki antuk ujian	Jhif
Jumat 22-7-'11	Bab I - V	acc ujian	Jhif