

KARYA TULIS ILMIAH

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU INPARTU DENGAN PRE EKLAMSIA BERAT DIRUANG
BERSALIN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan

Pendidikan Diploma III Kebidanan



OLEH :

FATIMAH.PAIMAN

NIM: PO 71 24 4 06 14

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

**MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA**

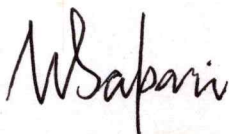
LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Yang Berjudul“ MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU
INPARTU DENGAN PRE EKLAMPSIA BERAT DI RUANG BERSALIN RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
TAHUN 2008”

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Pada
Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 4 September 2008

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.

Nip. 640 010 681

Pembimbing II



Frederika Rumaropen, S. ST

Nip. 640 010 659

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada

H a r i : Senin

Tanggal : 8 – 9 – 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura



Ketua

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

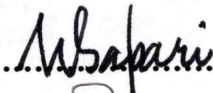
Sekretaris

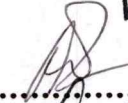
A handwritten signature in black ink, likely belonging to Susana Ramandey.

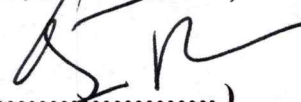
Susana Ramandey, S.Sos., M.Kes
NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

1. **Dra. Welmintje Sapari, M.Kes**
NIP. 640 010 681
2. **Frederika Rumaropen, S.ST**
NIP. 640 010 659
3. **Saaty Kadiwaru, S.ST**
NIP. 640 009 877

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

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

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas kasih dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini .

Adapun judul penulisan ini adalah : MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN PRE EKLAMPSIA BERAT DI RUANG BERSALIN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOK II JAYAPURA TAHUN 2008.

Karya tulis ini dibuat guna memenuhi persyaratan ujian akhir D-III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura khususnya jurusan Kebidanan.

Dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Baik fisik maupun dalam bentuk material sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan.

Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi SKM,MM. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah bersedia menerima penulis untuk mengikuti pendidikan di lembaga ini
2. IBu Dra Welmintje Sapari M.Kes, selaku ketua jurusan kebidanan dan juga selaku pembimbing I dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini yang banyak mengarahkan dan membimbing penulis
3. Bupati boven digoel yang banyak membantu selama masa pendidikan berlangsung di lembaga ini
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boven Digoel yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti tugas belajar pada Politeknik Kesehatan Jayapura jurusan D-III Kebidanan

5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan praktek dan pengambilan data bagi penulisan karya tulis ilmiah yang dibuat oleh penulis
6. Ibu Frederika Rumaropen selaku dosen pembimbing II yang banyak meluangkan waktu, mengarahkan, membimbing serta memberikan masukan bagi penulis
7. Ibu Saaty Kadiwaru selaku dosen yang sudah banyak memberikan bimbingan dan arahan serta ketrampilan dan juga ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan .
8. Ibu Susana Ramandey selaku dosen juga banyak membantu memberikan berbagai pengarahan dan bimbingan dan ilmu pengetahuan dan juga nasehat-nasehat selama penulis mengikuti pendidikan .
9. Bidan Siti Salamah selaku kepala ruangan bersalin beserta stafnya yang secara langsung membimbing dalam praktek di ruang bersalin dok II Jayapura
10. Para Dosen Kebidanan yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan, ketrampilan, maupun nasehat selama penulis mengikuti pendidikan hingga selesai di lembaga pendidikan ini
11. Suami tercinta, anak-anak tersayang Rischy, Remy, dan Rudy, juga kedua orang tua ibu dan bapak serta semua keluarga yang memberikan dorongan semangat serta Doa selama penulis menjalani pendidikan
12. Rekan-rekan AKBID angkatan VII, dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang selama ini telah membantu penulis dalam penulisan karya ilmiah ini

Semoga semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis, mendapat imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Kuasa

Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan dan kemampuan penulis. Oleh sebab itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak, guna penyempurnaan karya tulis ilmiah ini

Akhir Agustus 2008

Penulis

MOTTO

**JANGANLAH TAKUT, SEBAB AKU MENYERTAI ENGKAU ,
JANGANLAH BIMBANG , SEBAB AKU INI ALLAHMU:
AKU AKAN MENEGUHKAN ,BAHKAN AKAN MENOLONG
ENGKAU AKU AKAN MEMEGANG ENGKAU DENGAN TANGAN
KANANKU YANG MEMBAWA KEMENANGAN.**

YESAYA 41: 10

PERSEMBAHANKU

- 1. BUAT SUAMIKU TERCINTA**
- 2. ANAK-ANAKKU TERSAYANG RISCHY, REXYDAN RUDY.MAKUPIOLA**
- 3. BAPAK DAN MAMA S.DAIMAN SERTA SEMUA SAUDARA -SAUDARAKU**
- 4. SEMUA TEMAN -TEMAN YANG SANGAT KUKAGUMI AKBID ANGKATAN-VII 2006**

DAFTAR ISI

LEMBARAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
MOTTO	vii
DAFTAR ISI.....	viii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Rumusan Masalah	4
D. Manfaat Penulisan	5
 BAB II LANDASAN TEORI	
A. Pre Eklamsia Berat	6
1. Definisi	6
2. Etiologi	7
3. Frekwensi	8
4. Klasifikasi pre-eklamsia	9
5. Patofisiologi	10
6. Perubahan patologis	10
7. Gambaran Klinik	12
8. Diagnosis	14

9. Penanganan	14
10. Penanganan	18
11. Pencegahan	19
12. Komplikasi	21
B. Manajemen Kebidanan	22
1. Pengertian	22
2. Tujuan	23
3. Proses Manajemen	23
 BAB III. MENEJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN PRE EKLAMPSIA BERAT	
A. KASUS	
1. Asuhan Hari Pertama	27
2. Asuhan Hari Kedua	65
3. Asuhan Hari Ketiga	70
BAB IV PEMBAHASAN	76
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	78
B. Saran	78
 DAFTAR PUSTAKA	
 LAMPIRAN	

Menurut Manuaba, 1998 bahwa di Indonesia pre eklamsia berat dan eklamsia, merupakan penyebab kematian ibu berkisar 1,5 % sampai 29 %, sedangkan kematian bayi antara 45 % sampai 50 %.

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan otak, payah jantung, payah ginjal, aspirasi cairan lambung atau paru- paru. Sedangkan penyebab kematian bayi adalah : Aspiksia intra uterin dan persalinan prematuritas.

Menurut catatan medik RSUD Dok II Jayapura dalam satu tahun, mulai dari Januari sampai Desember 2007 jumlah persalinan seluruhnya 2961 orang dan terdapat 130 kasus yang terdiri dari :

1. Pre eklamsia : 60 (6,8 %)
2. Eklamsia : 75 (8,6 %).

Menurt Muchtar dijelaskan bahwa pre eklamsia atau eklamsia dalam bahasa Yunani berarti “ Halilintar “ karena serangan datang tiba-tiba seperti petir(Manuaba, 1998).

Pada ibu penderita pre Eklamsia yang berat,dapat timbul konvulsi yang sering diikuti dengan coma menurut saat timbulnya dibagi dalam:

1. Pre Eklamsia Gravidarum (50 %)
2. Pre Eklamsia Parturien (40 %)
3. Pre Eklamsia Puerperium (10 %).

Hal ini membuktikan bahwa 15,4 % dari jumlah persalinan yaitu pre eklamsia dan eklamsia.

Berdasarkan uraian diatas, menarik perhatian penulis untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan pada ibu Inpartu dengan pre Eklamsia Berat di Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura” .

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Agar dapat memberikan asuhan Kebidanan pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat menggunakan metode Menejemen Kebidanan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan ini adalah:

- a) Agar penulis dapat melakukan pengumpulan Data Dasar pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.
- b) Agar penulis dapat menentukan Identifikasi Diagnosa atau Masalah Pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.
- c) Agar penulis dapat Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi penanganannya Pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.
- d) Agar penulis dapat melakukan Identifikasi kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.
- e) Agar penulis dapat Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh Pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.

f) Agar penulis dapat melakukan Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman, pada ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.

g) Agar penulis dapat melakukan Evaluasi Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana penulis dapat melakukan pengumpulan Data Dasar Pada Ibu Inpartu dengan pre Eklamsia Berat ?
2. Bagaimana penulis dapat menentukan Identifikasi Diagnosa atau Masalah Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat ?
3. Bagaimana penulis dapat Mengidentifikasi Kebutuhan Yang Merupakan Penanganan Segera Pada Ibu Inpartu dengan pre Eklamsia Berat ?
4. Bagaimana penulis dapat melakukan Identifikasi Kebutuhan Yang Merupakan Penanganan Segera Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat.?
5. Bagaimana Penulis dapat Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat ?
6. Bagaimana penulis dapat melakukan Asuhan Dengan Efisien dan Aman, Pada ibu Inpartu dengan pre Eklamsia berat ?
7. Bagaimana penulis dapat Melakukan Evaluasi Pada Ibu Inpartu dengan Pre Eklamsia Berat ?

D. Manfaat Penulisan

Manfaat yang diharapkan dari penulisan ini adalah :

1. **Bagi Rumah Sakit**

Merupakan salah satu pertimbangan dan masukan pada Rumah Sakit Dok II Jayapura dalam meningkatkan mutu pelayanan.

2. **Bagi institusi sebagai bahan pertimbangan dan masukan serta acuan ilmu pengetahuan yang diharapkan dapat bermanfaat bagi para peneliti selanjutnya.**

3. **Bagi penulis merupakan sebuah pengalaman yang berharga dan juga menambah pengalaman agar penulis dapat memperluas wawasan dan pengetahuan yang didapat di bangku kuliah.**

BAB II

LANDASAN TEORI

A. PRE EKLAMPSIA BERAT

1. Definisi

Ada beberapa definisi tentang Pre Eklamsia, diantaranya adalah :

- a. Pre eklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda

hypertensi, oedema, dan

protein urin, yang timbul karena kehamilan.

Pre eklamsia dan eklamsia juga merupakan kumpulan gejala yang timbul

Pada wanita hamil, bersalin dan pada masa nifas, yang terdiri dari trias

Yang kadang-kadang disertai konvulsi (kejang) sampai

Koma (Mochtar, 2001).

- b. Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi serius yang bisa terjadi pada kehamilan trimester ke dua dan ke tiga, dengan gejala klinis : oedema hipertensi, proteinuria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan diatas 20 minggu, dan dapat terjadi antepartum – intrapartum – pasca partus. (Manuaba, 2001)

- c. Keadaan yang timbul pada masa kehamilan berupa hipertensi (lebih dari 140 / 90 mm HG) yang disertai oedema dan proteinuria.

Biasanya terjadi pada trimester ke tiga, selama persalinan atau dalam 48 jam pasca persalinan.

Dengan demikian pre Eklamsia berat bukan suatu diagnosis melainkan penerima dari dasar perubahan patofisiologis yang diuraikan oleh anamnesa dan juga pemeriksaan yang teliti, juga didukung oleh pemeriksaan laboratorium. (Mochtar,2001)

2. Etiologi

Penyebab pre eklamsia sampai saat ini belum diketahui pasti. Banyak teori yang dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menjelaskan penyebabnya, tetapi tidak ada yang dapat memberikan jawaban yang memuaskan atau pasti. Teori yang sekarang dipakai sebagai penyebab pre eklamsia adalah : “ Ikemia placenta “ (kekurangan darah yang menuju placenta). Namun teori ini belum dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit ini. Bila teori yang diterima harus dapat menerangkan hal- hal berikut ini :

- a. Mengapa frekwensi bertambah seiring dengan tuanya umur kehamilan, umumnya pada triwulan ke tiga
- b. Mengapa bisa terjadi kematian janin dalam kandungan.
- c. Mengapa frekwensi jadi tinggi pada : primigravida, molahidatidosa, hidramnion, dan kehamilan ganda.
- d. Bisa jarang terjadi pre eklamsia pada kehamilan berikutnya.
- e. Penyebab timbulnya hipertensi, proteinuria, oedema dan konvulsi sampai koma.

Dijelaskan dari hal tersebut diatas bukanlah hanya satu faktor, melainkan banyak faktor, yang menyebabkan pre eklamsia dan eklamsia. (Mochthar, 1998).

Adapun vasospasmus mungkin bukan merupakan sebab primer penyakit ini, akan tetapi vasospasmus ini yang menimbulkan berbagai gejala yang menyertai eklamsia.

Vasospasmus menyebabkan :

- a. Preeklampsia atas dasar Hypertens
- b. Pada otak : sakit kepala kejang
- c. Pada placenta : solutio placenta kematian janin
- d. Pada ginjal: Oliguri insuffiensi
- e. Pada hati : Ikterus
- f. Pada retina : Amourose.

3. Frekuensi

Di seluruh dunia frekuensi Pre eklampsia dalam kehamilan cukup tinggi berkisar antara 6% dari seluruh kehamilan, dan 12% pada kehamilan primigravida. Menurut beberapa penulis lain frekuensi dilaporkan sekitar 3-10%. Karena defisiensi kehamilan memang peranan yang sangat penting dalam timbulnya preeklampsia maka, dapat dipahami bahwa frekuensi itu lebih tinggi lagi dinegara-negara yang sedang berkembang dibanding negara-negara yang sudah maju.

4. Klasifikasi Pre-Eklampsia

Pre-eklampsia digolongkan dalam preeklampsia ringan dan pre-eklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

Pre-eklampsia ringan :

- a. Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- b. Tekanan darah diastolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- c. Kenaikan berat badan 1 Kg atau lebih dalam seminggu
- d. Proteinnuria 0,3 gram atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.

Pre-eklampsia Berat :

- 1) Tekanan darah 160/110 mm Hg
- 2) Oligouria urin kurang dari 400 cc/24 jam
- 3) Proteinuria lebih dari 3 gram/liter
- 4) Keluhan subyektif :
 - b) Nyeri Epigastrium
 - c) Gangguan Penglihatan
 - d) Nyeri Kepala
 - e) Edema Paru Dan Sianosis
 - f) Gangguan Kesadaran

e. Pemeriksaan :

- 1) Kadar Enzim Hati Meningkat Disertai Ikterus
- 2) Perdarahan Pada Retina
- 3) 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. (Manuaba, 1998)

5 Patofisiologi

Terjadinya spasme pembuluh darah arteriola menuju organ penting dalam tubuh dapat menimbulkan:

a. Gangguan metabolisme jaringan

- 1) Terjadi metabolisme anaerobik lemak dan protein
- 2) Pembakaran yang tidak sempurna menyebabkan pembentukan badan keton dan asidosis

b. Gangguan peredaran darah dapat menimbulkan:

- 1) Nekrosis (kematian jaringan)
- 2) Perdarahan
- 3) Edema jaringan

c. Mengecilnya aliran darah menuju retroplasenta sirkulasi

menimbulkan gangguan pertukaran nutrisi CO_2 dan O_2 , yang menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

6. Perubahan Patologis berbagai Organ Dijabarkan Sebagai Berikut:

a. Perubahan hati

- 2) Terjadi nekrosis, trombosis pada lobus hati
- 3) Rasa nyeri di epigastrium karena perdarahan subkapsuler.

b. Retina

- 1) Spasme arteroit, edema sekitar discus optikus.
- 2) Aglosio retina (lepasnya retina).
- 3) Menyebabkan penglihatan kabur.

c. Otak

- 1) Spasme pembuluh darah artikel otak menyebabkan anemia jaringan otak perdarahan dan nekrosis.
- 2) Menimbulkan nyeri kepala yang berat

d. Paru-paru

- 1) Berbagai tingkat edema
- 2) Bronkopneumonia sampai abses
- 3) Menimbulkan sesak nafas .

e. Jantung

- 1) Perubahan degenerasi lemak dan edema
- 2) Pendarahan sub- endokardial
- 3) Menimbulkan dekompensasio kordis sampai terhentinya fungsi jantung

f. Aliran Darah Ke Placenta

- 1) Spasme arteriol yang mendadak menyebabkan asfiksia berat sampai kematian janin

- 2) Spasme yang berlangsung lama, mengganggu pertumbuhan janin

g. Perubahan Ginjal

- 1) Spasme arteriol menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun sehingga filtrasi glomerulus berkurang.
- 2) Penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi garam dan air.
- 3) Edema pada tungkai dan tangan, paru dan organ lain.

h. Perubahan pembuluh darah

- 1) Permeabilitasnya terhadap protein makin tinggi sehingga terjadi vasasi protein ke jaringan
- 2) Protein ekstrasvaskuler menarik air dan garam menimbulkan edema.
- 3) Hemokonsentrasi darah yang menyebabkan gangguan fungsi metabolisme tubuh dan trombosis (Manuaba, 1998) .

7. Gambaran Klinik

- a. Keluhan lemah, pusing mudah kejang-kejang dan syok sementara tensi naik dalam batas normal, perlu dicurigai preeklampsia berat defisiensi
- b. Dua gejala yang sangat penting pada preeklampsia, yaitu hipertensi dan proteinuria, merupakan kelainan yang biasanya tidak disadari oleh wanita hamil

- c. Pada waktu keluhan seperti sakit kepala, gangguan penglihatan, atau nyeri epigastrium mulai timbul, kelainan tersebut biasanya sudah berat jadi untuk deteksi dini dan penatalaksanaan preeklampsia, makna perawat yang antenatal yang penting tampak jelas
- d. Mulai dengan kenaikan berat badan diikuti edema kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah, dan terakhir terjadi proteinuria. Pada preeklampsia ringan gejala subyektif belum di jumpai, tetapi pada preeklampsia berat di ikuti keluhan subyektif:
 - 1) Sakit kepala terutama daerah frontalis
 - 2) Rasa nyeri di daerah epigastrium
 - 3) Gangguan mata, penglihatan menjadi kabur
 - 4) Terdapat mual sampai muntah
 - 5) Gangguan pernafasan sampai sianosis
 - 6) Terjadi gangguan kesadaran

(Manuaba, 1998).

Gambaran klinik dimulai dari kenaikan berat badan diikuti dengan oedema pada kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah dan proteinuria pada pre eklamsia ringan, gejala subyektif belum dijumpai, tetapi pada pre eklamsia berat diikuti keluhan subyektif :

- 1) Sakit kepala di daerah frontalis.
- 2) Rasa nyeri di daerah epigastrium.
- 3) Gangguan mata, penglihatan menjadi kabur.
- 4) Terdapat mual sampai muntah.

- 5) Gangguan pernapasan sampai sianosis.
- 6) Terjadi gangguan kesadaran.

8. Diagnosis

Untuk Menegakkan Diagnosis kehamilan dapat dilakukan dengan:

a. Anamnesa:

Pada anamnesa akan didapatkan keluhan: tekanan darah tinggi, pusing-pusing, pandangan agak kabur, cepat lelah, Pre Eklamsi Berat pada multigravida tua.

b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan kimia darah dapat digolongkan sebagai berikut:

- 1) Urine – got
- 2) Creatinin – gpt
- 3) Gdr
- 4) Cek ddr
- 5) Protein urin lebih dari 1 mil dalam 24 jam mencapai 3-4 mil
- 6) Tensi 160/110 mmHg preeklampsia berat
- 7) Tensi 140/90 mmHg poreklampsia ringan
- 8) Tensi 120/80 mmHg tidak preeklampsia

c. Pemeriksaan atau konsultasi ke dokter spesialis mata berhubungan dengan penglihatan agak kabur

(Manuaba, 1998)

9 Penanganan

a. Tujuan utama penanganan :

(Manuaba, 1998)

9 Penanganan

a. Tujuan utama penanganan :

- 1) Mencegah terjadinya eklampsia
- 2) Hendaknya janin lahir lengkap
- 3) Trauma pada janin seminimal mungkin

Penanganan pre Eklamsia berat dan eklamsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklamsia.

b. Penanganan kejang

- 1) Beri obat anti konvulsan
- 2) Perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, sedotan, masker oksigen, dan oksigen)
- 3) Lindungi pasien dari kemungkinan trauma
- 4) Aspirasi mulut dan tenggorokan
- 5) Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi trendelenburg untuk mengurangi resiko aspirasi
- 6) Beri O₂ 4-6 liter per menit

c. Anti Konvulsan

Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada pre Eklamsia. Alternative lain adalah diazepam, dengan resiko terjadinya depresi Neonatal.

- 1) Dosis awal

- a) MgSO_4 , 4 gr IV sebagai larutan 20% selama 5 menit
 - b) Di ikuti dengan MgSO_4 (50%) 5 gr Intramuskuler dengan 1 ml lidokain 2 % dengan spuit yang sama.
 - c) Pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO_4
- 2) Dosis pemeliharaan
- a) MgSO_4 (50%) 5 gr + Lidokain 2% 1 ml intramuskuler
 - b) Lanjutkan sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang terakhir.
- 3) Sebelum pemberian MgSO_4 , periksa :
- a) Frekwensi pernapasan minimal 16/ menit
 - b) Refleks patella (-)
 - c) Uria minimal 30 ml/ jam dalam 4 jam terakhir
- 4) Stop pemberian MgSO_4 , periksa :
- a) Frekwensi pernapasan < 16/ menit
 - b) Refleks patella (-)
 - c) Urin < 30 ml / jam
- d. Pemberian Intravena**
- 1) Dosis awal
- a) Diazepam 10 mg Intervena pelan – pelan selama 2 menit
 - b) Jika kejang, ulang dosis awal
- 2) Dosis pemeliharaan
- a) Diazepam 40 mg dalam 500 ml larutan ringer laktat per infuse
 - b) Depresi pernapasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis lebih 30 mg/ jam

c) Jangan berikan lebih 100 mg / 24 jam

e. Pemberian melalui rectum

- 1) Jika pemberian intravena tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per rectal, dengan dosis awal 20 mg dalam spuit 10 ml
- 2) Jika masih terjadi kejang beri tambahan 10 mg / jam
- 3) Dapat pula diberikan melalui kateter urine yang dimasukkan ke dalam rectum

f. Pemberian Anti Hypertensi

- 1) Obat pilihan adalah hidrolazin, yang diberikan 5 mg intervena pelan-pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun
- 2) Jika perlu, pemberian hidrolazin dapat diulang setiap jam, atau 12,5 mg intramuscular setiap 2 jam
- 3) Jika hidalizin tidak tersedia, dapat diberikan :
 - a) Nifedipin 5 mg sublingual, jika respon tidak baik setelah 10 menit, beri tambahan 5 mg sublingual
 - b) Labetotol 10 mg intravena, yang jika respon tidak baik setelah 10 menit, diberikan lagi labetotol 20 mg intravena

g. Penanganan pada Persalinan

- 1) Pada pre Eklamsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklamsia dalam 12 jam sejak eklamsia timbul.
- 2) Jika terdapat gawat janin atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklamsia) lakukan seksio sasarea.
- 3) Jika seksio sasarea akan dilakukan, perhatian bahwa :

- b) Anastesi yang aman atau terpilih adalah anastesi umum, jangan lakukan anastesi lokal, sedangkan anastesi spiral berhubungan dengan resikohipotensif
- c) Jika anastesi yang umum tidak tersedia atau janin mati aterm terlalu kecil lakukan persalinan pervaginam
- d) Jika serviks matang lakukan induksi dengan oksitosin 2-5 intravena dalam 500 ml dextrose 10 tetes/ menit atau prostaglin

h. Perawatan post partum

- 1) Anti konvulson diteruskan sampai 24 jam post partum atau kejang terakhir
- 2) Teruskan terapi anti hipertensi jika tekanan diastolik masih lebih 110 mm hg

i. Rujukan

- 1) Rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap jika :
- 2) Terdapat oliguria (< 400ml/24 jam)
- 3) Terdapat sindrom HELLP
- 4) Koma berlanjut lebih dari 24 jam sesudah kejang. (Purwohardjo,2002)

10. Penanganan Umum.

- a. Jika tekanan diastolik lebih 110 mm Hg, berikan anti hipertensi, sampai tekanan diastolik 90 – 100 mm HG.
- b. Pasang infuse ringer lakta dengan jarum besar (16 gauge atau lebih).
- c. Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi overload.

- d. Katerisasi urine untuk pengeluaran volume dan protein.
- e. Jika jumlah urine kurang 30 mm/ jam.
- f. Infuse cairan dipertahankan 1 1/8 jam.
- g. Pantau kemungkinan oedema paru.
- h. Jangan tinggalkan pasien sendiri, kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
- i. Observasi tanda- tanda vital, refleks dan denyut jantung janin setiap jam
- j. Auskultasi paru untuk mencari tanda- tanda oedema paru krepitasi merupakan tanda oedema paru, jika oedema paru, stop pemberian cairan dan berikan diurectic, misalnya furosimide 40 mg (IV) intravena
- k. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bebside jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati.

11. Pencegahan

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

Untuk dapat menegakkan diagnosis di sini diperlukan pengawasan hamil yang teratur dengan memperhatikan kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan urin untuk menentukan proteinnuria.

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 edema. Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna. Untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahkan satu butir telur setiap hari.

b. Cukup istirahat

Istirahat yang cukup pada hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan disesuaikan dengan kemampuan. lebih banyak duduk atau berbaring ke arah punggung janin sehingga aliran darah menuju placenta.

c. Pengawasan Antenatal (Hamil)

Bila terjadi perubahan perasaan dan gerak janin dalam rahim segera datang ketempat pemeriksaan keadaan yang memerlukan perhatian.

1. Uji kemungkinan pre-eklampsia

- a) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya
- b) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- c) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau edema
- 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

- 1) Pemantauan Tinggi Fundus Uteri
- 2) Pemeriksaan Janin: Gerakan Janin Dalam Rahim, Denyut Jantung Janin, Pemantauan Air Ketuban
- 3) Usulkan Untuk Melakukan Pemeriksaan Ultrasonografi.
- 4) Dalam keadaan yang meragukan, maka merujuk penderita merupakan sikap yang terpilih dan terpuji. (Manuaba, 1998).

12. Komplikasi

b. Bahaya terhadap ibu

Pre-eklampsia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu. Baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyakit-penyakit dapat timbul akibat pre-eklampsia seperti:

1. Bahaya Selama Kehamilan

Abortus, prematurus, hambatan terhadap tumbuh kembang janin, serta mudah terjadi infeksi dan tekanan darah meningkat menimbulkan perdarahan otak dan kegagalan jantung mendadak atau ketuban pecah dini (KPD).

2. Bahaya Saat Persalinan

Partus lama, ibu lemah, infeksi intrapartum, solusio placenta, atonia uteri karena perdarahan post partum serta terjadi syok.

3. Bahaya Saat Masa Nifas

Terjadi subinvolusi uteri meimbulkan perdarahan post partum (HPP) memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran asi berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan.

c. Bahaya Terhadap Janin.

Sekalipun tampaknya janin mampan menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya tetapi karena pre-eklampsia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan tubuh serta perkembangan janin, dalam rahim.

Akibat pre-eklamsi dapat terjadi: abortus , persalinan prematuritas, BBLR, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal dan intelegensia rendah.

(Manuaba, 1998)

C. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemu- penemu ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (varney,2003:30).

2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang akurat, dari semua informasi yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan.

a. Anamnese

- 1) Biodata dan data demokrasi
- 2) Riwayat kesehatan, termasuk faktor heredikter dan kecelakaan
- 3) Riwayat menstruasi
- 4) Riwayat obstetric dan ginekologi, termasuk nifas dan aktasi
- 5) Biopsikospiritual, pengetahuan klien

b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhandan pemeriksaan tanda-tanda vital:

- 1) Inspeksi
- 2) Palpasi
- 3) Auskultasi
- 4) Perkusi

c. Pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang

- 1) Laboratorium
- 2) Diagnosa lain, USG, Radiologi

3. Proses Manajemen kebidanan

Proses Manajemen Kebidanan terdiri dari 7 langkah :

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan melakukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus yang Komprehensif meliputi data subyektif, obyektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid.

b. Langkah II : Identifikasi Diagnosa atau Masalah.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek Kebidanan.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan

pencegahan diharapkan bidan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan manajemen Kebidanan yang aman. Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Menidentifikasi perlunya tindakan segera oleh Bidan atau Dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana Bidan harus segera untuk kepentingan keselamatan jika ibu atau anak. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi dan kolaborasi dengan Dokter. Tindakan segera dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan pelaksanaan terhadap masalah / diagnosa telah diidentifikasi atau diantisipasi untuk dapat memberikan tindakan yang tepat dan efektif, perlu direncanakan sesuai dengan kondisi klien, baik saat itu maupun masalah potensial yang ditimbulkannya.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman.

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh Klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun Bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta peningkatan mutu dan asuhan klien.

g. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi untuk menilai keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dengan pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Varney 2003 : 30)

BAB III

MENEJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN PRE EKLAMSIA BERAT

A. KASUS

Nomor DM : 25 28 08
Nomor RE : 7154
Tanggal Pengkajian : 28-06-2008
Jam : 14.00 WIT
Tempat : RSUD DOK II Jayapura
Oleh : Fatimah Paiman

Manajemen Kebidanan Kala I

Langkah I Pengumpulan data dasar

1. Data Subjektif

a. Biodata

Nama : Ny. A
Umur Ibu : 27 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga
Suku Bangsa : Ujung Pandang
Nikah Tahun Ke : I
Lama Nikah : 3 Tahun

Alamat : Entrop Jayapura
Nama suami : Tn. F
Umur : 33 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Suku/bangsa : Ujung Pandang
Nikah Tahun Ke : I
Lama nikah : 3 tahun
Alamat : Entrop Jayapura.

2. Data Biologis/Fisiologis

a Keluhan utama

Ibu masuk ke Ruang Bersalin dengan keluhan sakit pada symphysis menjalar ke tulang belakang, kedua kaki bengkak, kepala pusing, dan penglihatan sering kabur

b Riwayat keluhan utama :

Sejak hamil tua sering mengeluh pusing dan penglihatan kabur, sakit kepala dan nyeri pada epigastrium sejak umur kehamilan 28- minggu.

Ibu mengatakan sakit pada perut bagian bawah keluar lendir campur darah mulai jam 11.00 wit tgl 28-6-2008

c Riwayat kehamilan sekarang

1) GII. PI A.O

- 2) HPHT : 21 -09 - 2007
- 3) TP : 28 -06 -2008
- 4) ANC : 6x
- 5) Imunisasi TT :2x
- 6) Pergerakan janin dirasakan ibu pada kehamilan 16 minggu
- 7) Cukup bulan menurut ibu
- 8) Jarak kehamilan anak yang terakhir 2 tahun 6 bulan

d Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

No	Umur Kehamilan	Penyulit	Penolong	Jenis Persalinan	Nipas	BB	JK	Usia Sekarang	Ket	Lama Asi	Kb
1	9 bln		Bidan	Spontan	Normal	3000	Lk	2 ,1/2thn	Hidup	2 thn	Suntik
2	Hamil	Ini				g					

e Riwayat Reproduksi

- 1) Menarche : 14 tahun
- 2) Siklus haid : 28 hari
- 3) Durasi : 3 hari
- 4) Banyak : 3 kali ganti dock
- 5) Sifat darah : encer
- 6) Bau/warna : amis /merah
- 7) Gangguan waktu haid : tidak ada

f Riwayat KB

Anak pertama : pakai kontrasepsi suntik 1 tahun 8 bulan.

g Riwayat kesehatan /penyakit ibu yang diderita dulu dan sekarang.

- 1) Penyakit yang pernah diderita : Malaria dan ISPA

- 2) Riwayat Opname : tidak pernah
- 3) Riwayat Operasi : tidak pernah
- 4) Riwayat Transfusi darah : tidak pernah
- 5) Riwayat Alergi : tidak ada
- 6) Penyakit serius saat ini : Pre eklamsia berat

h Riwayat Kesehatan keluarga

- 1) Penyakit menahun : tidak ada
- 2) Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
- 3) Penyakit keturunan : tidak ada
- 4) Riwayat keluarga yang meninggal : tidak ada
- 5) Riwayat persalinan kembar : tidak ada

i Keadaan psikologi :

Klien : Ibu cemas dengan kehamilan dan janin yang di kandungnya.

Suami : Turut mengkhawatirkan keadaan isterinya, serta berharap isteri dan janinnya selamat

Keluarga : Kedua keluarga sangat berharap ibu dan bayinya selamat dalam proses persalinan

j Latar belakang social budaya

Pihak keluarga klien suami dan istri berasal dari suku Makassar.

Kedua pihak menjunjung tinggi adat istiadat suku mereka.

k Dukungan dari keluarga

Pihak ibu dan suami mendukung kehamilan ini, serta mengharapkan keselamatan ibu serta janin yang dilahirkannya.

l Keadaan sosial ekonomi

Pekerjaan suami sebagai sopir taxi dan mampu menghidupi kehidupan keluarga setiap hari.

Masalah-masalah selama kehamilan sekarang.

No	Masalah-masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual dan muntah	Ya	Tidak	Tidak
2	Nyeri ulu hati	Ya	Tidak	Ya
3	Perut kembung	Ya	Tidak	Tidak
4	Sakit kepala /pusing	Tidak	Tidak	Ya
5	Mudah lelah	Tidak	Tidak	Tidak
6	Gangguan pernafasan	Tidak	Tidak	Ya
7	Nyeri pinggang	Tidak	Tidak	Ya
8	Kram otot /ngilu	Tidak	Tidak	Ya
9	Sakit gigi	Tidak	Tidak	Tidak
10	Haemoroid	Tidak	Tidak	Tidak
11	Leukorea	Tidak	Tidak	Tidak
12	Poliuria obsti pasi/ konstipasi	Tidak	Tidak	Tidak

m Pola kegiatan sehari – hari

Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
I. Nutrisi			
A.Pola Makanan	Nasi,Sayur,,Ikan, Tahu,tempe	Nasi,Tahu,Sayur ,tempe,ikan	Nasi, ikan,sayur,buah- buahan
B. Frekwensi	2x Sehari	3x Sehari	2x Sehari
C. Nafsu Makan	Kurang	Cukup	Cukup
D. Makanan Kesukaan	Sayur +buah	Sayur ,buah	Nasi, sayur,buah
E. Makanan Pantangan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
F. Jumlah Minum	5 Gelas/ hari	6-7 Gelas/ hari	7-8 Gelas/ hari
II. Kebiasaan Yang Mempengaruhi kehamilan			
A. Merokok,	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
B. Obat Pemenang,	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
C.Minuman Keras	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
D. Jamu	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
III.Pola Eliminasi			
n BAB			
1. Frekuensi	2 kali/ Hari	2 Kali/.Hari	2 Kali/ hari
2. Bau	Busuk	Busuk	Busuk
3. Warna	Kuning, Kecoklatan	Kecoklatan	K. Kecoklatan
4. Konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak
5. Gangguan	Opstipasi	Tidak Ada	Tidak Ada
B. BAK			

1. Frekuensi	3-4x Sehari	5-6 Kali/Hari	7-8x Sehari
2. Bau	Amoniak	Amoniak	Amoniak
3. Warna	Kuning Muda	Kuning muda	Kuning Muda
4. Kosistensi	Encer	Encer	Encer
5. Gangguan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
IV. Pola Tidur Dan Istirahat			
a. Tidur Siang	1-2 Jam	1-2 Jam	1-2 Jam
b. Tidur Malam	5-6 Jam	5-6 Jam	7-8 Jam
V. Olah Raga Dan Rekreasi			
A. Olah Raga	Tidak Pernah	Tidak Pernah	Tidak Ada
B. Rekreasi	Nonton TV	Nonton TV	Nonton TV
VI. Hygiene perorangan			
A. Frekuensi Mandi	2x Sehari	1x Sehari	3x Sehari
B. Pakai Sabun	Ya	Ya	Ya
C. Dikeringkan Dengan Handuk	Ya	Ya	Ya
D. Frekuensi Sikat Gigi	1x Sehari	1x Sehari	1x Sehari
E. Pakai Odol	Ya	Ya	Ya
F. Frekuensi Cuci	2x Seminggu	2x Seminggu	2x Seminggu

Rambut			
G. Pakai Shampoo	Ya.	Ya	Ya
H. Gunting Kuku	1 Minggu Sekali	1 Minggu Sekali	1 Minggu Sekali
I. Ganti Pakaian	2 Kali Sehari	2 Kali/Hari	2 Kali/Hari
Dalam			

3. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran :compos mentis.
- 3) Penampilan : kusut
- 4) Ekspresi wajah : Cemas
- 5) TD : 160/100 mmHg
- 6) SB : 37°C
- 7) N : 88 x/mnt
- 8) R : 24x/mnt
- 9) Berat badan sebelum hamil : 65 kg
- 10) Berat badan selama hamil : 72 kg
- 11) Kenaikan berat badan : 7 kg
- 12) Tinggi badan : 158 Cm
- 13) Ukuran lengan atas : 26 Cm

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala

a) Inspeksi : Rambut hitam lurus, kulit kepala
bersih

b) Palpasi : tidak ada benjolan

2) Wajah

a) Ekspresi wajah : Pucat, lesu

b) Bentuk Wajah : Oval

c) Oedema : tidak ada

d) Clousma gravidarum : tidak ada

3) Mata

a) Simetris : Simetris

b) Kebersihan : Baik

c) Konjungtiva : tidak Pucat

d) Sclera : Tidak icterus

e) Kejelasan penglihatan : Jelas

4) Hidung

a) Polip : Tidak Ada

b) Secret Cairan : Tidak Ada

c) Kebersihan : Baik

5) Kulit : Kuning langsung

Keadaan : Kenyal, lembab

6) Mulut dan gigi :

a) Stomatitis : Tidak Ada

b) Caries : Tidak Ada

- c) Lidah : Bersih
- d) Mukosa Mulut : Lembab, kemerahan

7) Telinga :

- a) Simetris : Simetris
- b) Canalis : Tidak Ada Kelainan
- c) Keadaan telinga luar : Tidak ada kelainan
- d) Pendengaran : Jelas

8) Leher :

- a) Inspeksi : Tidak Ada pembesaran pada kelenjar
thiroid
- b) Palpasi : Tidak Ada pembesaran kelenjar
thiroid

9) Payudara :

- a) Pembesaran : Ya
- b) Kebersihan : Cukup
- c) Kulit : Tegang
- d) Simetris : Ya
- e) Putting Susu : Menonjol ka/ki
- f) Pengeluaran : Tidak ada
- g) Nyeri Tekan : Tidak Ada
- h) Benjolan : Tidak Ada
- i) Areola Mamae : + / +

10) Thorax Dan Paru

- a) Bunyi Jantung : Lup dup
- b) Bunyi Tambahan : Tidak ada

11) Abdomen

- a) Membesar : Ya
- b) Striae gravid : Tidak ada
- c) Bentuk : Memanjang
- d) Bekas operasi : Tidak ada

12) Vulva dan Vagina

- a) Keadaan : Normal
- b) Flour albus : Tidak ada
- c) Pengeluaran : Lendir / darah
- d) Varises : Tidak ada

13) Extremitas atas

- a) Simetris : Ya
- b) Cacat : Tidak ada

14) Extremitas bawah

- a) Simetris : Ya
- b) Varises : tidak ada
- c) Oedema : Ya + /+
- d) Reflex patella : Ada +/+

c. Pemeriksaan Obstetrik

- a) Palpasi : Berdasarkan Leopoid

L.I : Menentukan Tinggi Fundus Uteri 32 Cm (39 minggu) Teraba bokong

L.II : Menentukan Posisi Janin Punggung Kiri

L.III : Menentukan Letak Presentasi Kepala

L.IV : Menentukan Penurunan Kepala 4/5 bagian

His

a) Frekwensi : 3X dalam 10 menit

b) Durasi : 30 – 40 detik

c) Kekuatan : Sedang

d) Relaksasi : Ada (Baik)

e) Gerakan janin : Ada

f) Tafsiran berat janin : $32-11 \times 155 = 3255$ Kg

b. Auskultasi

a) Denyut jantung janin : Ada

b) Frekwensi : 156 x/m

c) Irama : Jelas

c. Perkusi : Refleks patella +/-

d. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 28-06-2008 Jam : 14.00 wit Oleh : Fatimah Paiman

Hasil :

a) Vulva vagina : Tidak ada kelainan

b) Portio : Melingkar

c) Pembukaan : 7-8 cm

- d) Ketuban : +
- e) Presentase : Kepala
- f) Penurunan : II/III
- g) Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
- h) Kesan panggul : Cukup

e. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium : tanggal 28-06-2008

1. Urine

- a) Protein : (++)
- b) Reduksi : (++)

2. Darah

- a) Golongan darah : O
- b) DDR : Negatif
- c) HB : 12 gr%
- d) Leukosit : Tidak dilakukan

3. Rontgen : Tidak dilakukan

4. USG : Tidak dilakukan

Langkah II : Identifikasi Diagnosa atau Masalah

Diagnosa :

Ibu umur 27 tahun, GII.PI. AO. umur kehamilan 39-40 minggu inpartu kala

I, fase aktif dengan preeklampsia berat.

Janin : Intra uterine, presentase kepala. tunggal hidup,

Dasar :

DS :

- a) G I I P I A O
- b) HPHT : 21-09-2007
- c) TP : 28-06-2008
- d) Ibu mengatakan sakit pada symphysis menjalar sampai kebelakang
- e) Keluar lendir bercampur darah
- f) Ibu merasakan gerakan janin
- g) Sakit kepala
- h) Penglihatan sering kabur
- i) Kadang – kadang nyeri ulu hati

DO :

- 1. Usia kehamilan : 39 minggu
 - 2. Palpasi : Tinggi fundus uteri 32 cm, letak kepala, punggung kiri sudah masuk PAP (4/5 bagian)
 - 3. Auskultasi : DJJ (+) 156x/ menit
 - 4. Taksiran berat janin : $32-11 \times 155 = 3255$ gram
 - 5. Tanda –tanda vital : Tensi 160/100 mm Hg
 - 6. Pemeriksaan dalam : oleh Fatimah.Paiman
- Tanggal 28-06-2008, jam 14.00 wit
- Pembukaan : 7-8 cm
 - Ketuban : (+) menonjol
 - Presentase : Kepala

Penurunan : Hodge II-III

Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan

7. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium tanggal 28-06-2008

8. Urine

Protein : ++

Reduksi : ++

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

1. Potensial terjadinya eklampsia

Dasar :

DS : Ibu merasa kepala sakit, pusing dan nyeri, penglihatan kabur disertai nyeri pada epigastrium.

DO :

a) Tekanan darah 160 / 100 mmHg

b) Protein : ++

2. Potensial terjadinya : Solusio Plasenta

DS : Ibu mengeluh sakit kepala, sering pusing, pandangan kabur, dan nyeri pada epigastrium

DO : Tekanan darah 160/100 mm Hg, nadi 88 x/m

Respirasi 24 x/m suhu badan 37,7°C

Protein urine : ++

Produksi Urine : ++

Udem pada tungkai bawah : ++

3. Potensial terjadinya: Hipoksia pada bayi sampai dengan gawat janin.

Dasar : Ibu dengan Hypertensi

4. Potensial terjadinya: Asfiksia

Dasar :

DS :

DO : DJJ 156 x/m

Langkah : IV Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Kolaborasi, dokter dalam pemberian therapy

1. injeksi diazepam 1 ampul im.
2. Infuse dextrose 5% + diazepam 4 amp IV dengan kecepatan 20 tetes
/menit
3. Nifedipin 10 mg sublingual
4. Pasang oksigen 5 liter /jam
5. Pasang Dower kateter no 16

Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

1. Atur posisi ibu tidur miring kiri
2. Hadirkan keluarga / suami
3. Konsultasi dengan dokter
 - a. Pasang oksigen 5 liter / jam
 - b. Nifedipin 10 mg sublingual
 - c. Infuse dextrose 5% + diazepam IV dengan kecepatan 20 tts/mnt
 - d. Diazepam 1 ampul
 - e. Pasang dauwer kateter

4. Observasi His, Bja, dan pengeluaran per vagina tiap 15 menit
5. Observasi keadaan umum , kesadaran, dan tanda-tanda vital tiap 30 menit
6. Lakukan PD setiap 4 jam atau bila ada indikasi
7. Ukur produksi urine per 24 jam
8. Obsevasi tanda-tanda kejang
9. Ajarkan teknik pernapasan diluar his
10. Persiapan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong
11. Berikan dukungan mental dan moril pada ibu dan keluarga
12. Berikan nutrisi dengan diet : rendah garam, lemak, karbohidrat, dan protein
13. Ganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
14. Siapkan oxytocin, partus set
15. Siapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya
16. Beritahukan ibu cara mengedan yang baik pada saat ada his, posisi yang aman pada saat melahirkan

Langkah VI. Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman

Tanggal 28-06-2008. Jam 14.45 wit

1. Mengatur posisi ibu tidur miring kiri
2. Menghadirkan keluarga atau suami
3. Melakukan konsultasi dengan dokter
 - a. Pasang oksigen 5 liter / jam
 - b. Nifedipin 10 mg sublingual 1 tablet

- c. Infuse dextrose 5% +diazepam IV dengan kecepatan 20 tts/mnt kolf I .
 - d. Diazepam 1 ampul im
 - e. Pasang dauwer kateter
3. Mengobservasi His, Bja, dan pengeluaran per vagina tiap 15 menit
 4. Mengobservasi keadaan umum , kesadaran, dan tanda-tanda vital tiap30 menit
 5. Melakukan PD setiap 4 jam atau bila ada indikasi
 6. Mengukur produksi urine per 24 jam
 7. Mengobsevasi tanda-tanda kejang
 8. Mengajarkan teknik pernapasan diluar his
 9. Mempersiapkan perlengkapan ibu, bayi dan atribut penolong
 10. Memberikan dukungan mental dan moril pada ibu dan keluarga
 11. Memberikan nutrisi dengan diet : rendah garam, lemak, karbohidrat, dan protein
 12. Mengganti alas bokong dan pakaian ibu yang basah
 13. Menyiapkan oxytocin, partus set
 14. Menyiapkan larutan pencegahan infeksi dalam tempatnya
 15. Memberitahukan ibu cara mengedan yang baik pada saat ada his, posisi yang aman pada saat melahirkan

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal 28-06-2008. Jam 14.45 wit

1. Pasien tidur dalam posisi miring
2. Pasien ditemani keluarga terdekat
3. Instruksi dokter sudah dilaksanakan
 - a. Terpasang oksigen 5 liter per jam
 - b. Nifedipin sudah diberikan (sublingual) 1 tablet
 - c. Infus dextrose+ diazepam terpasang menetes dengan baik (kolf I)
 - d. Diazepam 1 ampul sudah diberikan (im)
 - e. Dower cateter terpasang dengan baik (urine tampung 150 cc)
4. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital
 - a. Tekanan darah 160/100 mmhg
 - b. Suhu badan 37,7°C
 - c. Respirasi 24 x/m
 - d. Nadi 88 x/mnt
5. His 4 -5 kali dalam 10 menit, durasi 60 detik, relaksasi ada, bunyi jantung anak 156 x / mnt pengeluaran pervaginam lendir bercampur darah.

Hasil periksa dalam , jam 15.00 wit

- a. V/V : Tidak ada kelainan
- b. Portio : Tidak teraba
- c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
- d. Ketuban : Positif menonjol

- e. Presentase : Kepala
- f. Penurunan : Hodge IV
- g. Petunjuk : Ubun- ubun kecil kiri depan
- h. Kejang : Tidak ada

Manajemen Kebidanan Kala II

Langkah I Pengumpulan data dasar

Tanggal 28-06-2008 jam : 15 . 00 wit

A. DS

1. Ibu mengatakan mules makin kuat dan sering
2. Ibu gelisah pada saat ada his
3. Ibu mengatakan seperti ingin buang air besar
4. Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati dan kepala masih terasa pusing

B. DO

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : cm
3. His (+) frekwensi 4 – 5 x dalam 10 menit durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.
4. Ketuban pecah spontan jam 15.55 wit putih keruh
5. Perineum meregang dan anus membuka
6. Cairan infuse masih menetes dengan baik (dextrose 5% + diazepam IV) dengan kecepatan 20 tts/mnt
7. Dower cateter masih terpasang : urine tampung 250 cc
8. Nampak rambut di vulva bila ada his

9. Pemeriksaan dalam tanggal : 28-06-2008, jam 15.55 wit

- a. V/V : tidak ada kelainan
- b. Portio : tidak teraba
- c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
- d. Ketuban : negatif baru pecah spontan, putih keruh
- e. Presentase : kepala
- f. Penurunan : Hodge IV
- g. Petunjuk : ubun –ubun kiri depan

10. Djj (+) : 156 x/m

11. Pemeriksaan laboratorium : protein urine (++)

12. Tanda – tanda vital

- a. TD : 160/100 mm Hg
- b. Nadi : 88 x / m
- c. Respirasi : 24 x /m
- d. SB : 37°C

Langkah II Identifikasi Diagnosa Atau Masalah

Diagnosa :

Ibu umur 27 tahun, GII-PI-AO hamil 39 minggu Inpartu kala II, dengan PEB. Janin : intra uterine, presentase kepala, tunggal hidup

Dasar:

- DS. - Ibu mengatakan perut makin mules dan sering
- Ibu Hamil Kedua Dengan Jarak 2 Tahun
 - Ibu mengatakan ingin membuang air besar
 - Ibu mengatakan kepala masih terasa pusing dan nyeri pada ulu hati

DO.

1. Keadaan umum ibu : baik
2. Kesadaran : cm
3. His (+) frekuensi 4-5x dalam 10 menit, durasi 60 detik, kekuatan kuat, relaksasi ada.
4. Ketuban pecah spontan jam: 15 55 wit putih keruh.
5. Perineum meregang dan anus membuka .
6. Cairan infus masih menetes dengan baik (dextrose 5% + diazepam iv)
dengan kecepatan 20 tts/mnt
7. Dower kateter masih terpasang : urine tampung 250 cc

8. Nampak rambut di vulva bila ada his
9. Pemeriksaan dalam tanggal 28-06-2008, jam 15. 00 wit
 - a. V/V : Tidak ada kelainan
 - b. Portio : Tidak teraba
 - c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
 - d. Ketuban : Positif menonjol
 - e. Presentase : Kepala
 - f. Penurunan : Hodge IV
 - g. Petunjuk : Ubun- ubun kecil kiri depan
10. DJJ (+) : 156 x/m
11. Pemeriksaan laboratorium : protein urine (++)
12. Tanda-tanda vital
 - a. TD : 160/100 mmHg
 - b. Nadi : 88 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37 0 C

Langkah III. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

1. Potensial terjadinya eklampsia

Dasar :

Ds : Ibu merasa kepala sakit, pusing dan penglihatan kabur disertai nyeri pada epigastrium.

DO :

- a. HPHT: 21-09-2007TP : 28-06-2008
- b. Tinggi fundus uteri 3 jari bawah px
- c. Presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP DJJ + 156x / m
- d. ,HB 12 gr, TD : 160/100 mmHg
- e. protein urine (++)

2. Janin

Potensial terjadi asfiksia

Dasar :

Do :

- a. TD : 160/100 mmHg
- b. Protein uri : ++
- c. Djij : (+) 156 x/m

Langka IV Idetifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

- 1. Pimpin persalinan
- 2. Pantau keadaan umum dan kesadaran ibu
- 3. Kolaborasi medis dengan petugas perinatal dalam penanganan bayi baru lahir..

Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

1. Pantau cairan infus .
2. Pantau keadaan umum dan kesadaran ibu
3. Obsevasi his, bja dan pantau cairan infus
4. Lakukan kolaborasi dengan peugas perinatalogi untuk penanganan bayi baru lahir
5. Alat- alat didekatkan dan petugas memakai atribut
6. Atur posisi ibu setengah duduk
7. Penolong cuci tangan dan pakai handscoen
8. Beri minum air di luar his dan beri pujian apabila kepala bayi maju
9. Pimpin ibu mengedan bila ada his yang adekuat dan pantau tetesan cairan infus
10. Handuk atau kain bersih di letakkan di perut ibu
11. Tahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm
12. Bantu kepala melakukan fleksi ringan
13. Lahirkan kepala bayi dan usap muka dengan kasa steril
14. Periksa lilitan tali pusat
15. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
16. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang
17. Lahirkan badan bayi dengan sangga susur
18. Letakkan bayi diatas perut ibu ,dikeringkan ,periksa apa masih ada bayi atau tidak
19. Injeksi oxitocyn 10.u im dipaha kanan

- 20. Jepit tali pusat ,potong, dan ikat lalu bayi diserahkan kepetugas perinatalogi
- 21. Pantau cairan infus
- 22. Pantau urin tampung

Langkah VI Pelaksanaan langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman

Tanggal 28 -06 -2008 jam : 15 oo wit

- 1. Memantau cairan infus terpasang dgn baik kolf I
- 2. Memantau keadaan umum dan kesadaran ibu
- 3. Mengobservasi his dan bja.
- 4. Melakukan kolaborasi dengan petugas perinatalogi untuk penanganan bbl
- 5. mendekatkan alat- alat didekatkan dan petugas memakai atribut
- 6. Mengatur posisi ibu setengah duduk
- 7. Mencuci tangan dan pakai handscoen
- 8. Memberi minum air di luar his dan beri pujian apabila kepala bayi maju
- 9. Memimpin ibu mengedan bila ada his yang adekuat dan pantau tetesan cairan infus
- 10. Meletakkan Handuk atau kain bersih di letakkan di perut ibu
- 11. Menahan perineum dengan doek steril saat kepala mencapai diameter 6 cm
- 12. Membantu kepala melakukan fleksi ringan

13. Melahirkan kepala bayi dan usap muka dengan kasa steril
14. Memeriksa lilitan tali pusat
15. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
16. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang
17. Melahirkan badan bayi dengan sangga susur
18. Meletakkan bayi diatas perut ibu ,dikeringkan ,periksa apa masih ada bayi atau tidak
19. Memberi injeksi oxitocyn 10 u im dipaha kanan
20. Menjepit tali pusat ,potong, dan ikat lalu bayi diserahkan ke petugas perinatalogi
21. Memantau urin tampung 250 cc
22. Memantau cairan infuse

Langkah VII Evaluasi

Tanggal 28-06-2008 Jam 16.15 wit

1. Tgl 28-06-2008, jam 16.15, bayi lahir spontan, letak belakang kepala, jenis kelamin perempuan hidup, a/s 7/8, BB 3000 gram, PB 50 cm, Caput (-) cacat (-)
2. Keadaan umum baik
3. Tanda-tanda vital

- a. TD : 1500/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37 o C
- 4. Infuse Dextrose 5% + diazepam IV masih menetes dgn baik kolf I
 - 5. Urin tampung : 250 cc
 - 6. Injeksi oxytosin 10 u im sudah diberikan

Manajemen Kebidanan Kala III

Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Tanggal : 28-06-2008 jam 16.15 wit

DS :

- 1. Ibu mengeluh perut masih sakit
- 2. Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum
- 3. Ibu mengatakan senang karena bayinya telah lahir

DO :

- 1. Keadaan umum baik
- 2. Kesadaran compos mentis
- 3. Palpasi TFU setinggi pusat
- 4. Kontraksi uterus baik
- 5. Placenta belum lahir
- 6. Perdarahan sedikit
- 7. Tanda – tanda Vital

- a. TD : 150/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37 o C
8. Infuse dextrose 5% + diazepam IV 20 tts/mnt kolf I
 9. Dower cateter masih terpasang : urine tampung 300 cc

Langkah II Identifikasi Diagnosa Atau Masalah

1. Diagnosa : Umur 27 tahun PI AO Kala III dengan PEB

DS :

- a. Ibu mengeluh perut masih sakit
- b. Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum
- c. Ibu mengatakan senang karena bayinya telah lahir

DO :

- a. Keadaan umum baik
- b. Kesadaran compos mentis
- c. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat
- d. Kontraksi uterus baik
- e. Placenta belum lahir
- f. Perdarahan sedikit
- g. Tanda – tanda Vital

- 1) TD : 150/90 mm Hg
- 2) Nadi : 84 x/m
- 3) Respirasi : 24 x/m
- 4) SB : 37 o C

h. Infuse Dextrose 5%+ diazepam IV 20 tts/mnt kolf I

i. Dower cateter masih terpasang : urine tampung 400 cc

Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

- 1. Potensial terjadi Retensio Placenta
- 2. Potensial terjadi perdarahan post partum

Dasar : Inpartu kala III, placenta belum lahir

Langkah IV Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

- 1. Infuse dilanjutkan
- 2. Inj oxytocin 10 iv/ im

Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

- 1. Observasi keadaan umum ibu
- 2. Observasi tanda – tanda vital
- 3. Letakan kain bersih pada perut ibu, letakan bayi diatas perut ibu dan keringkan bayi
- 4. Beritahu ibu bahwa akan disuntik
- 5. Berikan suntikan oxytocin 10 iv/im

6. Berikan ibu minum
7. Jepit tali pusat, potong, dan ikat
8. Lahirkan placenta secara PTT
9. Periksa kelengkapan placenta
10. Lakukan massase uterus
11. Ajari ibu menilai kontraksi uterus dan massase
12. Pantau cairan infuse
13. Ukur jumlah perdarahan
14. Observasi urine tampung

Langkah VI Pelaksanaan Langsung Dengan Efisien Dan Aman

Tanggal : 28-06-2008

Jam 16.25 wit

1. Mengobservasi keadaan umum ibu
2. Mengobservasi tanda – tanda vital
3. Meletakkan kain bersih pada perut ibu, letakan bayi diatas perut ibu dan keringkan bayi
4. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik
5. Memberikan suntikan oxytocin 10 iv/im
6. Memberikan ibu minum
7. Menjepit tali pusat, potong, dan ikat
8. Melahirkan placenta secara PTT
 - a. Tangan kanan memindahkan klem pada tali pusat kurang lebih 5-10 cm dari depan vulva

- b. Tangan kiri menekan bagian atas symphysis dengan telapak tangan menghadap ke fundus uteri, menunggu uterus bereaksi
 - c. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang dengan cara hati-hati
 - d. Setelah placenta terlepas meminta ibu menekan sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan ke atas sesuai jalan lahir
 - e. Placenta terlihat di introitus vagina, pegang placenta dengan ke 2 tangan dan dengan hati-hati memutar placenta sehingga selaput ketuban terpin
 - f. Melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan fundus dan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi
9. Memeriksa kelengkapan placenta
 - 10 Melakukan massase uterus
 - 11 Mengajari ibu menilai kontraksi uterus dan massase
 - 12 Memantau cairan infuse
 - 13 Mengukur jumlah perdarahan
 - 14 Mengobservasi urine tampung

Langka VII Evaluasi

Tanggal 28 -06-2008

jam 16 . 25wit

1. Placenta lahir lengkap dengan kontiledon dan selaputnya , ukuran 20x20x2cm, berat kurang lebih 500 gram, insersi sentralis , panjang tali pusat kurang lebih 50 cm .
2. Palpasi Tfu I jari bawah pusat , kontraksi uterus baik
3. Perdarahan kala III kurang lebih 150 cc
4. urine tampung 350 cc
5. Keadaan umum baik , kesadaran kompos mentis

Manajemen Kebidanan Kala IV

Langkah I Pengumpulan Data Dasar

A. DS :

1. Ibu mengatakan masih mules-mules pada perut
2. Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum

B. DO :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat
4. Kontraksi uterus baik
5. Placenta lahir spontan lengkap dengan selaputnya jam 16.25 wit

6. Perdarahan kala III +/- 150 CC
7. Infuse terpasang dextrose 5% kolf I dengan kecepatan 20 tts/mnt
8. Tanda – tanda Vital
 - a. TD : 150/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 xm
 - d. SB : 37°C

Langkah II Indetifikasi Diagnosis atau Masalah potensial

Diagnosa : P II AO kala IV dengan PEB

DS : Ibu umur 27 tahun ibu mengatakan perut masih terasa mules

DO :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran compos mentis
3. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat
4. Kontraksi uterus baik
5. Placenta lahir spontan lengkap dengan selaputnya jam 16.25 wit
6. Perdarahan kala III 150 cc
7. Infuse terpasang dextrose 5% kolf I dengan kecepatan 20 tts/mnt

8. Tanda – tanda Vital

- a. TD : 150/90 mm Hg
- b. Nadi : 84 x/m
- c. Respirasi : 24 x/m
- d. SB : 37 o C

Langkah III. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

1. Potensial terjadi pendarahan post partum

Dasar : ibu partus dengan PEB

Langkah IV Identifikasi kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

1. Infuse dipertahankan dextrose 5 % klor I, kecepatan 20 tts/mnt
2. Obat oral : amoxsilin 3x500 mg, Sf 2x1, B. Kompleks 3x1

Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

1. Observasi keadaan umum dan kesadaran
2. Nilai kontraksi uterus dan pendarahan, dan mengajarkan ibu cara melakukan messase dengan baik dan benar
3. Observasi tanda-tanda vital
 - a. TD : 150/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37 o C
- 4 Bersihkan ibu dengan air dtt, berikan pakaian dan softex
- 5 Berikan makan dan minum

- 6 Motivasi Asi eksklusif
- 7 Anjurkan ibu istirahat
- 8 Merendam instrument dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 9 Buang bahan-bahan terkontaminasi kedalam tempat sampahnya masing-masing
- 10 Bersihkan alat tenun/ atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % air dtt
- 11 Cuci tangan pada air mengalir
- 12 Pantau cairan infuse rl + oksigen 5 iv, dengan kecepatan 20 tts/mnt
- 13 Observasi urine tampung
- 14 Dokumentasi kegiatan

Langkah VI. Pelaksanaan Langsung Dengan Efisien Dan Aman

Tanggal 28-06-2008. Jam 16.40 wit

1. Mengobservasi keadaan umum dan kesadaran
2. Menilai kontraksi uterus dan pendarahan, dan mengajarkan ibu cara melakukan massase dengan baik dan benar
3. Mengobservasi tanda-tanda vital
 - a. TD : 150/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37 o C
4. Membersihkan ibu dengan dtt, berikan pakaian dan softex

5. Memberikan makan dan minum : makan rendah lemak, garam, karbohidrat, dan protein yang tinggi
6. Memotivasi Asi eksklusif
7. Menganjurkan ibu istirahat
8. Merendam instrument dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
9. Membuang bahan-bahan terkontaminasi kedalam tempat sampahnya masing-masing
10. Membersihkan alat tenun/ atribut penolong dengan larutan klorin 0,5 % air dtt
11. Mencuci tangan pada air mengalir
12. Memantau cairan infuse dextrose 5% iv, dengan kecepatan 20 tts/mnt
13. Mengobservasi urine tampung 450 cc
14. Mendokumentasikan kegiatan

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal 28-06-2008.

1. Keadaan umum baik, kesadaran Compos mentis
2. Kontraksi uterus : baik, perdarahan biasa (doek tidak basah)
3. TTV 1 jam perama

- a. TD : 150/90 mm Hg
 - b. Nadi : 84 x/m
 - c. Respirasi : 24 x/m
 - d. SB : 37°C
- 4. Ibu sudah mandi dan sudah bersih
 - 5. Ibu sudah makan dan minum
 - 6. Ibu memahami dan mau melakukannya
 - 7. Pantau urine tampung : 450 cc
 - 8. Ibu sudah istirahat
 - 9. Semua alat sudah dibersihkan dan disterilkan
 - 10. Jam 18.15 wit , ibu dipindahkan ke ruang nifas

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN PRE EKLAMPSIA
BERAT PADA HARI KE (II)**

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Tanggal : 29-06-2008 Jam : 09.00 wit

Dasarnya :

DS :

- 1) Ibu mengatakan perut masih terasa mules- mules
- 2) Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum
- 3) Ibu mengatakan rasa pusing berkurang
- 4) Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati sudah berkurang

DO :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Palpasi TFU : 2 jari bawah pusat
- 4) Kontraksi uterus : baik
- 5) Pengeluaran pervaginam : lochea rubra $\pm$ 50 cc
- 6) Terpasang infuse dextro 5% kolf ke IV dengan kecepatan 20 tetes / menit
- 7) Therapi oral dilanjutkan dengan dosis yang sama
- 8) Tanda-tanda Vital :
 - a) Tekanan darah : 140/90 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - c) Pernapasan : 24 x/m

d) Suhu badan : 36°C

9) Konsistensi mulai keras, colostrum (+)

Langkah II : Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Diagnosa : Ibu umur 27 tahun, PII, AO nifas hari ke II, dengan PEB

Dasar :

DS :

- 1) Ibu mengatakan perut masih mules
- 2) Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum
- 3) Ibu mengatakan rasa pusing sudah berkurang
- 4) Ibu mengatakan nyeri uluhati berkurang

DO :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Palpasi TFU : 2 jari bawah pusat
- 4) Kontraksi uterus : baik
- 5) Pengeluaran pervaginam : lochea rubra ± 50 cc
- 6) Terpasang infuse dextro 5% kolof ke IV dengan kecepatan 20 tetes / menit
- 7) Therapi oral dilanjutkan dengan dosis yang sama
- 8) Tanda-tanda Vital :
 - a) Tekanan darah : 140/90 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m

c) Pernapasan : 24 x/m

d) Suhu badan : 36°C

9) Payudara : pengeluaran colostrum

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Dasar : Ibu partus dengan PEB

Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan Yang Merupakan Penanganan Segera

1) Konsultasi Dokter :

a. Infuse dipertahankan dextrose 5% kolf IV, kecepatan 20 tetes per menit

b. Obat oral : amoxilin 3X 500 mg, SF 2X1, B. Kompleks 3X1 tablet

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

1) Observasi keadaan umum ibu dan kesadaran

2) Nilai kontraksi uterus dan perdarahan

3) Therapy oral dilanjutkan dengan dosis yang sama

4) Pantau cairan infuse dextrose 5% kolf IV, dengan kecepatan 20 tetes/ menit

5) Anjurkan ibu istirahat

6) Bari makan dan minum

7) Observasi tanda-tanda vital

8) Kateter di lepas

9) Dokumentasikan kegiatan

Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Dengan Efisien Dan Aman

Tanggal : 29-06-2008 Jam : 09.00 wit

- 1) Melakukan observasi keadaan umum dan kesadaran
- 2) Menilai kontraksi uterus dan perdarahan $\pm$ 50 cc
- 3) Melanjutkan therapy oral : amoxilin 3x500 mg, SF 2x1, dan B.compleks 3x1
- 4) Memantau cairan infuse dextrose 5% kolf IV dengan kecepatan 20 tetes / menit
- 5) Menganjurkan ibu istirahat yang cukup
- 6) Memberikan makan dan minum : makan rendah lemak, garam, karbohidrat dan protein yang tinggi
- 7) Melepaskan cateter jam 12 . 00 wit
- 8) Melakukan observasi tanda-tanda vital :
 - a) Tekanan darah : 140/90 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - c) Pernapasan : 24 x/m
 - d) Suhu badan : 36°C

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 29-06-2008 Jam : 16.00 wit

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compoc mentis
- 3) Obat oral sudah diberikan amoxilin,b.comp. 3x1 tablet sf 2x1 tablet.
- 4) Terpasang infuse dextrose 5% kolf V, kecepatan 20 tetes / menit
- 5) Ibu dapat istirahat dengan baik
- 6) Ibu melaksanakan diet rendah lemak, garam, karbohidrat dan protein yang tinggi
- 7) Kateter sudah di lepas jam 12 .00 wit
- 8) Tanda-tanda vital :
 - a) Tekanan darah : 140/90 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - c) Pernapasan : 24 x/m
 - d) Suhu badan : 36°C

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN PRE EKLAMPSIA
BERAT PADA HARI KE (III)**

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Tanggal : 30-06-2008 Jam : 09.00 wit

Dasarnya :

DS :

- 1) Ibu mengatakan perut mules- mules berkurang tidak seperti hari kemarin
- 2) Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum sudah berkurang
- 3) Ibu mengatakan rasa pusing berkurang
- 4) Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati sudah tidak terasa lagi

DO :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Kontraksi uterus : baik
- 4) Pengeluaran pervaginam : lochea rubra $\pm$ 50 cc
- 5) Infuse sudah di aff
- 6) Therapi oral dilanjutkan dengan dosis yang sama
- 7) Tanda-tanda Vital :
 - a) Tekanan darah : 130/80 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - d) Suhu badan : 36°C
 - e) Pernapasan : 24 x/m

- 8) Payudara: konsistensi : keras
- 9) Pengeluaran : ASI
- 10) Palpasi : TFU 2 jari bawah pusat

Langkah II : Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Diagnosa : Ibu umur 27 tahun, PII AO nifas hari ke- 3 dengan PEB

DS :

- 1) Ibu mengatakan perut mules- mules berkurang tidak seperti hari kemarin
- 2) Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum sudah berkurang
- 3) Ibu mengatakan rasa pusing pada kepala agak berkurang
- 4) Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati sudah hilang

DO :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Palpasi TFU : 2 jari bawah pusat
- 4) Kontraksi uterus : baik
- 5) Pengeluaran pervaginam : lochea rubra $\pm$ 50 cc
- 6) Therapi oral dilanjutkan dengan dosis yang sama (amoxilin, b.comp, 3x1 tablet dan sf 2x1 tablet.
- 7) Tanda-tanda Vital :
 - a) Tekanan darah : 130/80 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m

c) Pernapasan : 24 x/m

d) Suhu badan : 36°C

9) Payudara konsistensi : keras

10) Pengeluaran : ASI

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Tidak ada

Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Tidak ada

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

- 1) Observasi keadaan umum ibu
- 2) Obsevasi perdarahan , kontraksi uterus dan TFU
- 3) Periksa pengeluaran pervagina
- 4) Pemeriksaan laboratorium
- 5) Therapy oral dilanjutkan dengan dosis yang sama
- 6) Anjurkan ibu istirahat yang cukup
- 7) Beri ibu makan dan minum
- 8) Beri penyuluhan tentang vulva Hygiene
- 9) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
- 10) Observasi tanda-tanda vital
- 11) Motifasikan ibu untuk ber – KB
- 12) Informasikan pada ibu tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada masa nifas

13) Anjurkan ibu untuk membawahkan anaknya ke puskesmas untuk di imunisasi

14) Anjurkan ibu untuk memeriksakan kesehatannya di rumah sakit.

Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Dengan Efisien Dan Aman

Tanggal : 30-06-2008 Jam : 09.00 wit

- 1) Melakukan observasi keadaan umum ibu
- 2) Mengobservasi perdarahan (Normal), Kontraksi uterus (Baik / Keras) dan TFU 2 jari bawah pusat
- 3) Memeriksa pengeluaran pervagina (lochia rubra)
- 4) Memeriksa darah HB ibu 11 gr %, Protein urin + , Reduksi +
- 5) Melanjutkan therapy oral dengan dosis yang sama (amoxilin .b,comp 3x1 tablet dan sf 2x1 tablet).
- 6) Menganjurkan ibu istirahat yang cukup
- 7) Memberikan ibu makan dan minum : makan rendah lemak, garam, karbohidrat, dan protein yang tinggi
- 8) Memberikan penyuluhan tentang vulva hygiene(Ganti softex apabila sudah terasa penuh)
- 9) Menganjurkan Ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
- 10) Melakukan observasi tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah : 130/80 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - c) Pernapasan : 24 x/m

d) Suhu badan : 36°C

11) Memotifasikan ibu untuk ber- KB

12) Menginformasikan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas. Misalnya : adanya perdarahan dengan tiba-tiba, keluar cairan yang berbau dari vagina

13) Menganjurkan pada ibu untuk membawahkan anaknya ke puskesmas untuk di imunisasi

14) Menganjurkan ibu untuk memeriksakan kesehatannya pada rumah sakit terdekat, untuk mengetahui apakah tekanan darah ibu stabil atau tidak.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 30-06-2008 Jam : 09.00 wit

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Ibu sudah minum obat amoxilin, b. comp 3x1 tablet dan sf 2x1 tablet
- 4) Infus Dext 5% sudah di aff
- 5) Ibu sudah makan dan minum dengan baik
- 6) Tanda-tanda Vital :
 - a) Tekanan darah : 130/80 mm Hg
 - b) Nadi : 80x/m
 - c) Pernapasan : 24 x/m
 - d) Suhu badan : 36°C

- 7) Ibu mau menjadi akseptor KB
- 8) Ibu mengerti penjelasan tentang tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada masa nifas
- 9) HB ibu 11 gram%
- 10) Ibu bersedia untuk mengontrol kembali tekanan darahnya di rumah sakit.
- 11) Ibu bersedia membawah anaknya untuk di imunisasi.
- 12) Ibu pulang jam 15.00 wit

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan selama penulis melakukan pengkajian dan asuhan pada ibu inpartu dengan pre eklamsia berat di ruang bersalin RSUD selama 3 hari.

Pada pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang lengkap, akurat, dan sistimatis dengan cara anamnese/ wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Pre eklamsia yang telah lanjut menunjukkan gejala trias yaitu: hipertensi, oedema, dan proteinuria.

Ibu masuk ruang bersalin RSUD dengan keadaan inpartu. Dengan tanda-tanda pre eklamsia berat dan persalinan berlangsung secara spontan dengan kondisi anak asphyxia ringan.

Pemeriksaan penunjang / laboratorium :

DDR : Negative

HB : 12 gr%

Protein : Positif ++

Reduksi : Positif ++

Dalam melakukan tindakan segera pada penanganan ibu inpartu dengan kasus pre eklamsia berat adalah melakukan kolaborasi dan konsultasi dengan dokter, yaitu :

1. Pasang oksigen 5 liter / jam

2. Pemberian infuse dextrose 5% + diazepam 4 ampul iv dengan kecepatan 20 tetes / menit
3. Pasang dower cateter
4. Injeksi diazepam 1 ampul im
5. Nivedipin 10 mg sublingual

Menurut teori dinyatakan pre eklamsia berat apabila tekanan darah diastolik 110. Sedangkan apabila tekanan darah sistolik dibawah 100 dinyatakan pre eklamsia ringan. Tetapi berdasarkan data yang diambil dari pasien menurut data subyektifnya ada terdapat keluhan sebagai berikut yaitu :

1. Nyeri epigastrium
2. Gangguan penglihatan
3. Nyeri kepala
4. Sering pusing

Berdasarkan data tersebut maka pasien dinyatakan sebagai pre eklamsia berat

Rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh mengacu pada diagnosa/masalah yang dikemukakan yaitu partus spontan pervagina, untuk mengetahui majunya persalinan dan kondisi janin, penulis menggunakan monitoring dan partograf setiap 4 jam dan direncanakan ibu akan partus tidak lebih dari 24 jam.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada pasien dengan kasus pre-eklampsia berat di ruang bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Kota Jayapura maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan Manajemen kebidanan, khususnya pada pasien dengan kasus pre-eklampsia berat perlu sekali mendapat perhatian yang serius ,sebab kesatuan penyakit ini juga merupakan sebab utama kematian ibu dan bayi .
2. Untuk itu bidan harus melaksanakan komunikasi yang baik .

Agar terciptanya hubungan kerja sama yang baik antara bidan maupun pasien sehingga , dengan segala kemampuan yang dimiliki ,dapat memberika asuhan kebidanan yang berkualitas.

B. Saran .

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyarankan kepada Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura dalam memberikan pelayanan khususnya ibu inpartu dengan pre eklamsia berat agar lebih diperhatikan dan ditingkatkan mutu pelayanannya. Karena dengan adanya pengobatan dan perawatan yang adekuat klien dapat terhindar dari bahaya yang mengancam keadaan ibu dan bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, I.B.G. 1998, *ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana pendidikan bidan* buku kedokteran , EGC-Jakarta.
- _____ 2001. *Kapita Selekta penatalaksanaan rutin obstetri ginekologi dan KB*, buku kedokteran , EGC-Jakarta
- Mochtar. R. 1998, *Sinopsis* , buku kedokteran EGC- Jakarta.
- Saifuddin A.B.2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan dan Neonatal* . YBP – SP, Jakarta.
- Varney.H,2003, *Manajemen Kebidanan* YPB –S, Jakarta.
- Wiknjosastro,2002 .*Ilmu Kebidanan* edisi ke Tiga YPB - SP, Jakarta.



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

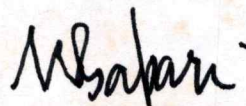
NAMA : FATIMAH PAIMAN
NIM : 00. 71. 24. 41. 06. 14.
PEMBIMBING I : Dra. Welmintje SAPARI, M, KES.
PEMBIMBING II : Fredrika Pundropen, S.ST.

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	23/7-08	Bab I	1. Perbaiki Sistematika 2. Perbaiki alinea. 3. Perbaiki redaksi konsul ulag. & captionnya.	
2	24/7-08 jam: 13.00	Bab I	Perbaiki redaksi. Bawa bab II psl. konsul beres	
3	24/7-08 jam 10.00	Bab I Bab II.	ok Perbaiki sistematika dan format penulisan.	
4	1/8-08 jam psl.	Bab II	revisi redaksi ok.	
5	8/8-08	Bab III bab IV bab V	ok. Buku ditugaskan kembali	

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	12/8-08	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	ok. revisi	 
7		Bab <u>V</u>	ok	
8	20-8-08	Bab <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u> Daftar pustaka	Perbaiki Kembali tgl 22-8-08 jam 14.00	
9	25-8-08	Bab <u>IV</u> <u>V</u> Daftar pustaka	Perbaiki Kembali tgl 26-8-08 jam 15.00	
10	27-8-08	Ace → gandum		

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



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