

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Premature Rupture of Membrane (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban pada saat sebelum permulaan persalinan tanpa memandang usia kehamilan. Preterm Premature Rupture of Membrane (PPROM) adalah KPD yang terjadi secara spontan saat kehamilan kurang dari 37 minggu dan sebelum terjadinya proses persalinan. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

KPD merupakan masalah penting dalam obstetrik yang dapat menimbulkan masalah bagi ibu pada saat persalinan sampai masa nifas, seperti infeksi pada persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, meningkatnya tindakan operatif dan morbiditas dan mortalitas maternal. KPD juga bisa menimbulkan komplikasi pada neonatal seperti kelahiran prematur, hipoksia dan asfiksia karena kompresi tali pusat, terjadinya infeksi korioamnionitis (infeksi pada korion dan amnion) dan juga meningkatnya insidensi seksio sesaria atau gagal persalinan normal (Prawirohardjo, 2010).

KPD termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam penatalaksanaan KPD akan membawa dampak dan akibatnya menimbulkan meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Penatalaksanaan KPD masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan. Kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah cesar dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis (infeksi pada korion dan amnion) (Nugroho, 2012).

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting sebagai tolak ukur dari derajat kesehatan masyarakat dimana Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya selama kehamilan (termasuk kecelakaan lalu lintas), melahirkan dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan masa kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses persalinan dimana sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di Negara berkembang (Kemenkes, 2014).

Angka Kematian Ibu di dunia sebesar 289.000 jiwa per 100.000 KH. dimana Angka Kematian Ibu (AKI) yang cukup tinggi. Di wilayah Asia Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi di tempat oleh Asia Tenggara yaitu Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup dan tertinggi di tempat oleh Indonesia dengan 190 per 100.000 kelahiran hidup, dimana faktor penyebab dari tingginya kematian ibu di pengaruhi oleh perdarahan, preeklampsia, dan infeksi (WHO, 2015).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 KH dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Adapun Angka kematian ibu (AKI) tercatat di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan adalah 123 / 100.000 KH. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu target nasional untuk menurunkan angka kematian ibu pada 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah

70 per 100.000 kelahiran hidup dimana faktor penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 40-60%, preeklampsia 20-30%, infeksi 20-30%(Kemenkes, 2014).

Penyebab kematian maternal merupakan suatu hal yang cukup kompleks, yang dapat dilihat dari data dinas kesehatan dari tahun 2007-2010 didapatkan penyebab kematian yaitu perdarahan 35 %, eklamsia 28 %, infeksi 12 % dan sebab lain 25 %. Dimana dari data di atas infeksi merupakan salah satu penyebab dari kematian yang di sebabkan oleh partus lama dan persalinan yang tidak mengikuti syarat-syarat aseptis-antiseptis(Dinkes Kalsel, 2012).

RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin merupakan pusat rujukan pertama yang sudah bekerja sama dengan BPJS. Studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis tentang KPD terhitung dari tahun 2015 didapatkan data kejadian sebanyak 460 orang dari 4.150 persalinan, dan pada tahun 2016 didapatkan data kejadian 523 orang dari 3.845 persalinan. Data pada tahun 2017 sebanyak 174 orang dari 2.152 persalinan.

Meskipun angka kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada tahun 2017 mengalami penurunan akan tetapi kejadian KPD dalam kasus kehamilan merupakan masalah yang kontroversi karena kejadian KPD terjadi secara mendadak dan tiba-tiba menjadi tidak terduga kejadiannya. Sehingga kemungkinan dapat berisiko infeksi pada ibu dan janin (Hidayat, 2010).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik mengambil kasus dengan judul “Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

b. Melakukan pengkajian data objektif pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

c. Merumuskan analisis data sesuai dengan data yang didapatkan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

d. Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

e. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

f. Mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi

- a. Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi informasi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya bidan sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada Ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

- b. Bagi Pendidikan

Memberikan manfaat bagi lembaga pendidikan yaitu dapat merencanakan kegiatan pendidikan dalam konteks asuhan kebidanan secara menyeluruh, khususnya pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini sehingga lulusan akademi kebidanan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang optimal.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Sebagai bahan masukan serta informasi bagi tenaga kesehatan sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan secara optimal pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

3. Bagi Penulis

Menambah wawasan atau informasi dan pengalaman serta asuhan bagi penulis dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

4. Bagi Klien

Dapat mengetahui dan mengerti asuhan yang diberikan pada klien pada masa kehamilan dengan ketuban pecah dini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. pengertian

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba,2010).

Kehamilan merupakan proses alamiah (normal) dan bukan proses patologis, tetapi kondisi normal dapat menjadi patologi. Menyadari hal tersebut dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi.(Sulistyawati,2008).

Kehamilan merupakan hasil konsepsi sampai lahirnya janin.Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan pertama dimulai dari hasil konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai Sembilan bulan (Saifuddin, 2008).

Dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan suatu proses yang normal atau fisiologis yang terjadi berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang sampai aterm.

Lamanya kehamilan yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari).Kehamilan di klasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono Prawirohardjo, 2010, yaitu:

- a. Trimester I di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu).
- b. Trimester II dari bulan ke 4 sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester III dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga.

2. Tujuan utama ANC

Menurut (Sari Angrita, 2015), yaitu:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tubuh kembang bayi
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum,kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh berkembang secara normal.

Sesuai dengan *evidence-based Practice*, pemerintah telah menetapkan program kebijakan ANC sebagai berikut:

- a. Kunjungan ANC dilakukan minimal 4 x selama kehamilan:

Trimester I: sebelum 14 minggu tujuannya mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa.

Trimester II 14-28 minggu tujuannya kewaspadaan terhadap hipertensi kehamilan, (deteksi gejala pre-eklamsi, pantau TD, evaluasi edema, proteinuria).

Trimester III lebih dari 28 minggu tujuannya sama dengan trimester I dan II di tambah deteksi kelainan letak atau resiko tinggi.

b. Pemberian suplemen mikronutrien

Tablet yang mengandung FeSO₄ 320 mg (=zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg sebanyak 1 tablet/hari segera setelah rasa mual hilang. Pemberian selama 90 hari (3 bulan)

c. Imunisasi TT 0,5 cc

Dilakukan 2 kali selama hamil, sesuai dengan hasil skrining TT.

3. Tanda kehamilan

Menurut (Sari Anggrita, 2015) tanda kehamilan adalah tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil yang terjadi akibat perubahan fisiologis dan psikologis pada masa kehamilan.

a. Tanda dugaan hamil

- 1) Amenorea (terlambat datang bulan)
- 2) Mual dan muntah (*Morning sickness of pregnancy*)
- 3) Mengidam
- 4) Sinkope atau pingsan
- 5) Pigmentasi kulit, biasanya terjadi pada sekitar daerah pipi (Cloasma Gravidarum), dinding perut (Stria Livide dan albican, Linea Nigra dan alba), sekitar payudara (Hiperpigmentasi areola mammae).
- 6) Salivasi berlebihan (air liur)
- 7) Anoreksian atau tidak ada selera makan
- 8) Epulis (hipertropi dari papil gusi)

- 9) Varices, pembuluh darah vena yang membesar karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone yang biasanya terjadi pada sekitar genitalia eksterna, kako, betis dan payudara dan dapat menghilang pada persalinan.
 - 10) Payudara tegang, disebabkan oleh hormon estrogen dan progesteron
 - 11) Sering kencing, disebabkan karena pada TM I uterus semakin membesar sehingga menyebabkan tertekannya kandung kencing
 - 12) Obstipasi, karena pengaruh hormon progesterone dapat menghambat peristaltic usus sehingga menyebabkan kesulitan untuk BAB.
- b. Tandatidak pasti hamil
- 1) tanda hegar, biasanya terjadi di isthimus sehingga terasa lebih panjang dan lebih lunak.
 - 2) tanda brackston hicks, kontraksi tidak teratur yang tidak menimbulkan rasa sakit.
 - 3) tanda piscasek, pembesaran uterus ke salah satu arah biasanya hanya terlihat dengan USG.
 - 4) tanda Goodell, serviks menjadi lunak
 - 5) tanda chadwicks, peningkatan vaskularisasi yang menimbulkan warna ungu kebiruan pada mukosa vagina, vulva dan serviks akibat peningkatan hormon estrogen.
 - 6) teraba balotement, tehnik mempalpasi suatu struktur terapung dengan menekan perlahan struktur tersebut dan merasakan pantulannya.

- c. Tandahamil pasti
 - 1) teraba bagian bagian janin
 - 2) DJJ dapat didengar (dopler, linex, USG)
 - 3) dapat dirasakan gerakan janin
 - 4) pada pemeriksaan rotgen tampak kerangka janin
 - 5) hasil USG dan pemeriksaan diagnostik kehamilan
 - d. pemeriksaan diagnostik kehamilan
 - 1) pemeriksaan fisik
 - 2) pemeriksaan panggul
 - 3) uji lab
 - 4) uji kehamilan
 - 5) urin
 - 6) Serum Beta hCG
4. Tandabahaya dalam kehamilan
- a. Pendarahan pervaginam
 - b. Sakit kepala yang hebat
 - c. Penglihatan kabur
 - d. Bengkak pada wajah,kaki dan tangan
 - e. Nyeri perut yang hebat
 - f. Gerakan janin berkurang
5. Standar Layanan Asuhan Kebidanan
- Sesuai kebijakan program pelayanan asuhan antenatal care (ANC) “10T”,
yaitu:
- a. Timbang badan dan ukur tinggi badan
 - b. Ukur tekanan darah
 - c. Nilai status gizi (ukur LILA)
 - d. (ukur) tinggi fundus uteri

- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin
- f. Skrining status imunisasi TT (dan pemberian imunisasi TT)
- g. Pemberian tablet FE (90 tablet selama kehamilan)
- h. Tes lab sederhana (Hb, Protein urin) dan atau berdasarkan indikasi (HBsAg, sifilis, HIV, malaria, TBC)
- i. Tata laksana kasus
- j. Temu wicara (konseling) termasuk P4K serta KB PP

B. Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian

Premature Rupture of Membrane (PROM) atau ketuban pecah sebelum waktunya atau pecahnya selaput ketuban pada saat sebelum permulaan persalinan tanpa memandang usia kehamilan. *Preterm Premature Rupture of Membrane* (PPROM) adalah KPD yang terjadi secara spontan saat kehamilan kurang dari 37 minggu dan sebelum terjadinya proses persalinan. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2012).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (Manuaba, 2010).

Ketuban pecah dini atau *Premature Rupture of Membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2012).

Dari pengetahuan diatas, dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum muncul tanda-tanda persalinan atau waktunya melahirkan, pada pembukaan <4 cm atau fase laten.

2. Etiologi

Penyebab dari KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebabkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD (Fadlun, 2011).

Adapun beberapa penyebab dari kejadian KPD antara lain:

- a. Infeksi: infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, *curettage*).
- c. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.
- d. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi* uterus) misalnya trauma, hidramnion, gameli.
- e. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- f. Faktor predisposisi diantaranya riwayat KPD sebelumnya, polihidramnion (cairan ketuban berlebihan), kehamilan kembar, peningkatan paritas.

Sedangkan faktor lain penyebab ketuban pecah dini menurut Nugroho (2012) yaitu:

- a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu .
- c. Faktor multi gravida, merokok dan perdarahan antepartum.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut Nugroho (2012) yaitu:

- a. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
- d. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

4. Patofisiologi

Patofisiologi ketuban pecah dini menurut Prawirohardjo (2010) yaitu:

Ketuban pecah dini dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan

degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktifitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Faktor risiko untuk terjadinya ketuban pecah dini adalah:

- a. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen.
- b. Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metalloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membrane janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban pecah dini prematur sering terjadi pada polihidramion, inkompeten serviks, solusio plasenta.

5. Diagnosa

Menurut Manuaba (2010) KPD didiagnosis dengan:

- a. Amamnesa yaitu adanya keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas.
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) pemeriksaan palpasi abdomen untuk menentukan volume cairan amnion. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi berkurangnya cairan karena terdapat peningkatan

molase uterus dan dinding abdomen disekitar janin dan penurunan kemampuan ballotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan.

- 2) Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas

c. Pemeriksaan laboratorium,

- 1) Uji Ferning yaitu dengan mengambil cairan yang keluar dan di cek melalui mikroskop
- 2) Uji Nitazin yaitu dengan menggunakan kertas lakmus untuk menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah cairan ketuban.

d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

6. Komplikasi

Menurut Marmi (2011) pengaruh KPD pada ibu dan janin adalah:

a. Bagi Ibu

- 1) Infeksi dalam persalinan
- 2) Infeksi masa nifas
- 3) Partus lama
- 4) Meningkatnya tindakan operatif
- 5) Morbiditas dan mortalitas maternal

b. Bagi Janin

- 1) Prematuritas
- 2) Prolaps tali pusat
- 3) Hipoksia dan asfiksia

- 4) Sindrom deformitas janin
- 5) Morbiditas dan mortalitas perinatal

Sedangkan menurut Nugroho (2012) komplikasi ketuban pecah dini diantaranya:

- 1) Sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah syndrome distress pernapasan (RDS= *Respiratory Distress Syndrome*), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir.
- 2) Resiko infeksi meningkat pada kejadian KPD.
- 3) Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion).
- 4) Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusar dapat terjadi pada KPD.
- 5) Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm.

7. Penatalaksanaan

Menurut Prawirohardjo (2010) penatalaksanaan pada ketuban pecah dini yaitu:

- a. Konservatif:
 - 1) Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
 - 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
 - 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.

- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, berideksametason untuk pematangan paru, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-34 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol, MgSO₄, nifedipin, otosiban) kegunaannya untuk mencegah terjadinya kontraksi agar tidak terjadi kelahiran premature, deksametason untuk pematangan paru, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beriantibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu >38°C, leukosit normal >15.000 gram/dL, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

Kehamilan > 37 minggu, diberikan misoprostol 50 mg untuk pematangan serviks, diberikan melalui intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

- 1) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

- 2) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam, namun bila induksi dengan oksitosin gagal, bila gagal seksio sesarea.

Tabel 2.1 Skor Bishop

Faktor	Nilai				Ket
	0	1	2	3	
Pembukaan serviks	0	1-2	3-4	5	Pembukaan adalah ukuran diameter leher rahim yang teregang. Ini melengkapi pendataran, dan biasanya merupakan indikator yang paling penting dari kemajuan melalui tahap pertama kerja.
Pendataran serviks (%)	0-30	40-50	60-70	80	Pendataran adalah ukuran regangan sudah ada di leher rahim. Hal ini dianalogkan dengan meregangkan karet gelang; sebagai karet ditarik lebih jauh, hal itu menjadi lebih kurus. Hal ini dipengaruhi oleh variasi individu dan operasi sebelumnya

					seperti loop eksisi untuk displasia serviks atau kanker.
Penurunan kepala diukur dari bidang HIII (cm)	-3	-2	-1, 0	+1, +2	Penurunan Kepala menggambarkan posisi janin "kepala dalam hubungannya dengan jarak dari iskiadika punggung, yang dapat teraba jauh di dalam vagina posterior (sekitar 8-10cm) sebagai tonjolan tulang. Angka negatif menunjukkan bahwa kepala lebih dalam, di atas punggung iskiadika.
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	-	Dalam primigravida leher rahim perempuan biasanya lebih keras dan tahan terhadap peregangan, seperti sebuah balon yang belum sebelumnya meningkat. Lebih jauh lagi, pada wanita muda serviks lebih

					tangguh daripada wanita yang lebih tua. Dengan pengiriman berikutnya leher rahim vagina menjadi kurang kaku dan memungkinkan untuk pelebaran pada jangka lebih mudah.
Posisi serviks	Kebelakang	Searah sumbu jalan lahir	Kedepan	–	Posisi leher rahim perempuan bervariasi antara individu. Sebagai lokasi anatomi vagina sebenarnya menghadap ke bawah, anterior dan posterior lokasi relatif menggambarkan batas atas dan bawah dari vagina. Posisi anterior lebih baik sejajar dengan rahim, dan karena itu ada kemungkinan peningkatan kelahiran spontan.

S
u
m
b
e
r

: Cunningham (2010).

C. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, dan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Jannah, 2011).

1. Langkah 1: Tahap Pengumpulan Data Dasar

Manajemen Kebidanan tujuh langkah menurut Mandriwati, (2008):

a. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Sulistiyawati, 2008).

1) Data subjektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh dari pasien yang berkaitan dengan keadaan ibu dan janin yang dikandungnya (Mandriwati, 2008).

a) Identitas klien dan suami

Menurut Mandriwati (2008), terdiri dari:

(1). Nama

Dikaji dengan nama yang jelas dan lengkap, untuk menghindari adanya kekeliruan untuk membedakan dengan klien atau pasien lain.

(2). Umur

Data ini untuk menanyakan apakah ibu termasuk resiko tinggi pada usia, dimana normalnya usia untuk hamil 21 tahun – 35 tahun karena jika < 21 tahun akan berisiko pada kehamilan dan

persalinan terutama pada kehamilan yaitu dapat terjadi KPD dimana organ reproduksi belum bekerja sepenuhnya, begitu juga dengan ibu hamil usia >35 tahun beresiko KPD karena organ reproduksi sudah tidak bekerja dengan baik terutama di daerah serviks.

(3). Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh klien dan keluarga yang berkaitan selama masa kehamilan seperti adat istiadat mandi 7 bulanan.

(4). Agama

Untuk mempermudah bidan dalam melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan

(5). Pendidikan

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai kehamilan. Tingkat pendidikan ini akan mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap informasi yang diberikan bidan.

(6). Pekerjaan

Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan pasien terhadap permasalahan yang dialami oleh pasien.

(7). Alamat

Untuk mempermudah hubungan jika diperlukan

dalam keadaan mendesak sehingga bidan mengetahui tempat tinggal pasien.

b) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan dengan singkat untuk mengetahui alasan pasien (Sulistyawati, 2008). Pasien dengan KPD mengeluh keluar cairan merembes dari vagina, berbau amis, berwarna jernih kekeruhan dan keluar terus menerus (Nugroho, 2012).

c) Riwayat menstruasi

Yang perlu ditanyakan sehubungan dengan riwayat menstruasi antara lain adalah menarche, siklus menstruasi, banyaknya darah, keluhan yang dirasakan pada saat haid, mengetahui hari pertama haid terakhir untuk mengetahui usia kehamilan (Sulistyawati, 2008).

d) Riwayat perkawinan

Menikah atau tidak menikah sudah berapa lama menikah, menikah berapa kali, pernikahan sah atau tidak sah. Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh sosial ekonomi (Sulistyawati, 2008).

e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu untuk mengetahui jumlah kehamilan sebelumnya seperti sudah hamil anak yang ke berapa, apakah pernah abortus dan tindakan kuretase, ketuban pecah dini atau anak dengan kurang bulan atau prematur (Mufdlilah, 2009).

f) Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui masalah atau kelainan pada kehamilan sekarang, seperti apakah pernah terjadi perdarahan selama

kehamilan, apakah pernah jatuh, apakah pernah keluar air-air, apakah dengan gemelli (Sulistyawati, 2008).

g) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, dan jenis KB yang digunakan serta masalah yang dialami jika pernah menggunakan KB (Varney, 2008).

h) Riwayat kesehatan

(1). Riwayat kesehatan sekarang

Data–data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa kehamilan ibu(Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(2). Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa kehamilan ini(Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(3). Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menurun seperti asma, hepatitis, dan DM, serta penyakit menular seperti TBC, Hepatitis(Ambarwati dan Wulandari, 2010).

i) Kebiasaan sehari-hari

(1). Nutrisi

Yang perlu dikaji meliputi frekuensi, kualitas, keluhan, makanan pantangan(Saifuddin, 2008).

(2). Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB dan BAK adakah kaitanya dengan Infeksi Saluran Kencing (ISK) atau penyakit lainnya dimana berhubungan dengan infeksi yang kemungkinan penyebab KPD (Sulistyawati 2008).

(3). Istirahat

Istirahat sangat penting buat ibu hamil karena akan membuat rileks(Sulistyawati 2008).

(4). Hubungan seksual

Dikaji untuk mengetahui frekuensi berhubungan seksual, apakah ada masalah pada saat kehamilan yang berkaitan dengan hubungan seksual(Saifuddin, 2008).

(5). Perokok dan memakai obat-obatan

Dikaji apakah ibu merokok dan memakai obat-obatan selama hamil atau tidak karena merokok merupakan faktor lain penyebab KPD (Mandriwati, 2008).

(6). Personal Hygiene

Personalhygieneperlu dikaji untuk mengetahui tingkat kebersihan pasien.Terutama kebersihan daerah genitalia karena berhubungan dengan infeksi (Mufdlilah, 2009).

(7). Aktifitas

Untuk mengetahui aktifitas ibu berlebihan atau tidak (Sulistyawati 2008).

j) Data psikososial

Dikaji untuk mengetahui tingkat pemahaman pasien dan untuk mengetahui kekhawatiran pasien sehingga petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan dapat sesuai dengan kondisi pasien (Mufdlilah, 2009).

2) Data objektif

Data ini dikumpulkan buat melengkapi data untuk menegakkan diagnosa (Sulistyawati 2008).

a) Pemeriksaan fisik

(1). Keadaan umum

Adalah untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran pasien (Mufdlilah, 2009).

(2). Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu composmentis, apatis, delerium, somnolen, sopor, semi koma, koma.(Sulistyawati,2008).

(3). Tekanan darah

Untuk mengetahui apakah tekanan darah ibu normal dimana normalnya tekanan darah pada saat pemeriksaan biasanya ada peningkatan > 30 mmHg (Mandriwati, 2008).

(4). Suhu

Untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal adalah 36,5°C – 37,5°C. Jika terjadi

infeksi maka suhu tubuh akan meningkat $> 38^{\circ}\text{C}$ (Mandriwati, 2008).

(5). Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam 1 menit, batas normal 60-100 x/menit.(Mandriwati,2008).

(6). Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan yang dihitung dalam 1 menit, batas normal 16-24x/menit.(Mandriwati, 2008).

b) Pemeriksaan sistematis

Menurut Mandriwati (2008), pemeriksaan sistemik meliputi:

(1). Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan, dilakukan inspeksi dari kepala sampai kaki.

(a). Rambut

Untuk mengetahui apakah rambutnya bersih, dan mudah rontok atau tidak.

(b). Muka

Keadaan muka pucat atau tidak, ada oedem atau tidak

(c). Mata

Konjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik atau tidak, kebersihan mata, ada kelainan atau tidak, gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

(d). Hidung

Untuk melihat apakah ada polip dan pergerakan cuping hidung yang berkaitan dengan sumbatan jalan nafas.

(e). Telinga

Untuk mengetahui apakah ada secret atau tidak yang berkaitan dengan kebersihan dan gangguan pendengaran.

(f). Mulut

Untuk mengetahui mulut bersih atau tidak, ada karies atau tidak.

(g). Leher

Untuk mengetahui adanya pembengkakan vena jugularis, kelenjar tyroid, kelenjar limfe (Sulistyawati, 2008)

(h). Dada dan axilla

Adakah benjolan pada payudara atau tidak, payudara simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, pengeluaran ASI/ kolostrum sudah keluar atau belum (Sulistyawati 2008).

(i). Abdomen

Pemeriksaan pada abdomendilakukan untuk mengetahui bentuk pembesaran perut adakah pigmentasi di linea alba atau nigra, luka bekas operasi, serta lakukan pemeriksaan palpasi untuk mengetahui pada leopold I: menentukan tinggi fundus dan bagian teratas dari perut ibu, leopold II: untuk menentukan bagian kiri dan kanan dari

perut ibu, Leopold III : untuk menentukan bagian terbawah atau presentasi, Leopold IV : untuk menentukan kepala sudah masuk PAP atau belum (Mufdlilah, 2009).

(j). Ekstremitas

Apakah ada oedema atau tidak, varices, reflek patella positif atau tidak untuk mengetahui sarafnya berfungsi atau tidak (Wiknjosastro, 2008).

(k). Genetalia

Untuk mengetahui pengeluaran cairan dari vagina, apakah warna cairan ketuban berwarna jernih atau agak keruh, berbau amis bukan bau amoniak (Saifuddin, 2008).

(2). Palpasi

Pemeriksaan palpasi menurut Mufdlilah (2009), meliputi:

(a). Leopold I

Untuk mengetahui TFU dan bagian teratas janin apakah sesuai dengan usia kehamilan, karena jika pada kehamilan gemelli akan lebih besar TFU dari pada usia kehamilan begitu juga jika terjadi polihidramnion.

(b). Leopold II

Untuk menentukan bagian janin yang berada pada sisi kanan dan kiri perut ibu

(c). Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yang terdapat dibagian bawah perut ibu

(d). Leopold IV

Untuk menentukan apakah kepala sudah masuk PAP atau belum. Divergen (masuk PAP), Konvergen (belum masuk PAP) dan mengukur perberapa bagian yang masuk.

(3). Auskultasi

Merupakan teknik pemeriksaan dengar pada bagian abdomen ibu hamil menggunakan stetoskos atau dopler (Mandriwati, 2008).

(4). Perkusi

Pada pemeriksaan ibu hamil seperti pada reflek patella kanan dan kiri negatif atau positif (Mufdlilah, 2009).

c) Pemeriksaan penunjang

Pada pasien ketuban pecah dini diperlukan pemeriksaan penunjang. Menurut Sukarni (2013),

(1). Uji Nitazin , yaitu menggunakan kertas lakmus untuk menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah cairan ketuban

(2). USG jika di perlukan untuk mengetahui preentasi janin, apakah gemelli dan jumlah cairan ketuban yang masih ada apakah terjadi polihidramnion.

2. Langkah 2 : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan

sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis (Saifuddin, 2008).

Diagnosis kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
 - b. Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan.
 - c. Memiliki ciri khas kebidanan.
 - d. Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktek kebidanan.
 - e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.
3. Langkah 3 : Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Varney, 2008).

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi

agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang apakah diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat (Fadillah, 2013).

4. Langkah 4: Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenaga konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak. Data baru mungkin saja dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan (Sulistyawati, 2008).

Mengumpulkan data dan mengevaluasi data dimana yang menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera yaitu:

- a. Penanganan ketuban pecah dini berdasarkan usia kehamilan
- b. Penanganan infeksi dengan diberi antibiotika dan steroid untuk

pematangan paru apabila usia kehamilan <37 minggu

- c. Kolaborasi dengan Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi (Saifuddin, 2008).

5. Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Perencanaan adalah merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien (Varney, 2008). Rencana asuhan dan diagnose yang akan diberikan dalam kasus persalinan dengan KPD adalah:

- a. Rawat di Rumah Sakit
- b. Antibiotika kalau ketuban pecah < 6 jam (ampisilin atau eritromicin bila tidak tahan ampisilin)
- c. Umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Bila 32-34 minggu masih keluar, maka pada usia kehamilan 35 minggu pertimbangan untuk terminasi kehamilan sangat tergantung pada kemampuan perawatan. Pada usia kehamilan 34 minggu berikan steroid selama 7 hari, untuk memacu kematangan paru janin dan kalau mungkin diperiksakan kadar lesitin dan spingomeilin tiap minggu (Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).

Rencana asuhan dari diagnose yang akan diberikan dalam kasus persalinan aterm dengan KPD adalah:

- a. Lakukan induksi dengan oksitoksin jika kehamilan > 36 minggu, bila gagal lakukan seksio sesarea
 - b. Lakukan induksi persalinan bila pelvic skor >5
 - c. Akhiri persalinan dengan seksio sesarea bila pelvic skor <5
 - d. Berikan antibiotik dosis tinggi dan akhiri persalinan bila ada tanda-tanda infeksi
 - e. Lakukan seksio sesarea pada keadaan CPD, letak lintang (Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).
6. Langkah 6: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh pasien atau tenaga kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi dia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya (Varney, 2008).

Implementasi pada kasus ketuban pecah dini preterm:

- a. Dirawat di Rumah Sakit
- b. Memberikan antibiotika kalau ketuban pecah <6 jam (ampisilin atau eritromicin bila tidak tahan ampisilin).
- c. Melakukan perawatan jika umur kehamilan <32-34 minggu selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Mempertimbangkan bila sudah 32-34 minggu masih keluar, maka pada usia kehamilan 35 minggu untuk terminasi kehamilan sangat tergantung pada kemampuan perawatan. Pada usia kehamilan 34 minggu mmberikan steroid selama 7 hari, untuk memacu kematangan paru janin dan kalau mungkin diperiksakan kadar lesitin

dan spingomelin tiap minggu (Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).

Implementasi pada kasus ketuban pecah dini aterm:

- a. Melakukan induksi dengan oksitoksin jika kehamilan > 36 minggu, bila gagal lakukan seksio sesarea
- b. Melakukan induksi persalinan bila pelvic skor >5
- c. Mengakhiri persalinan dengan seksio sesarea bila pelvic skor <5
- d. Memberikan antibiotik dosis tinggi dan akhiri persalinan bila ada tanda-tanda infeksi
- e. Melakukan seksio sesarea pada keadaan CPD, letak lintang (Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).

7. Langkah 7 : Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosedan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

- a. Evaluasi proses (langsung setelah melakukan tindakan)

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlumengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

- b. Evaluasi hasil (dengan kriteria waktu)

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Varney, 2008).

Data Perkembangan

Di dalam memberikan asuhan lanjutan digunakan tujuh langkah manajemen Varney, sebagai catatan perkembangan dilakukan asuhan kebidanan SOAP dalam pendokumentasian. Menurut Hidayat (2008) sistem pendokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP yaitu:

1) S : Data Subyektif

Berisi data dari pasien melalui anamnesa (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

2) O : Data obyektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik dan penunjang.

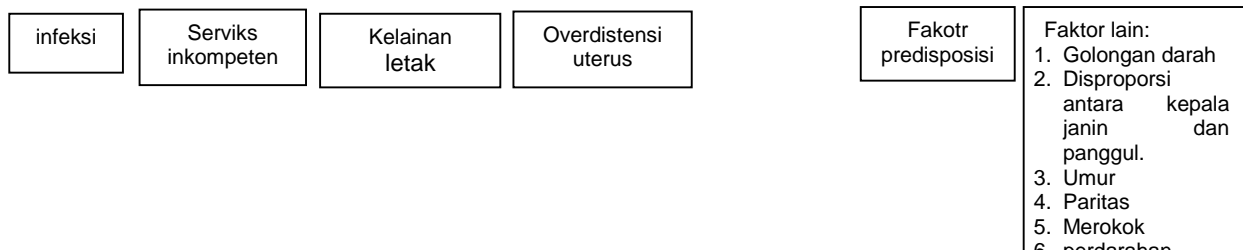
3) A : Analisis atau interpretasi

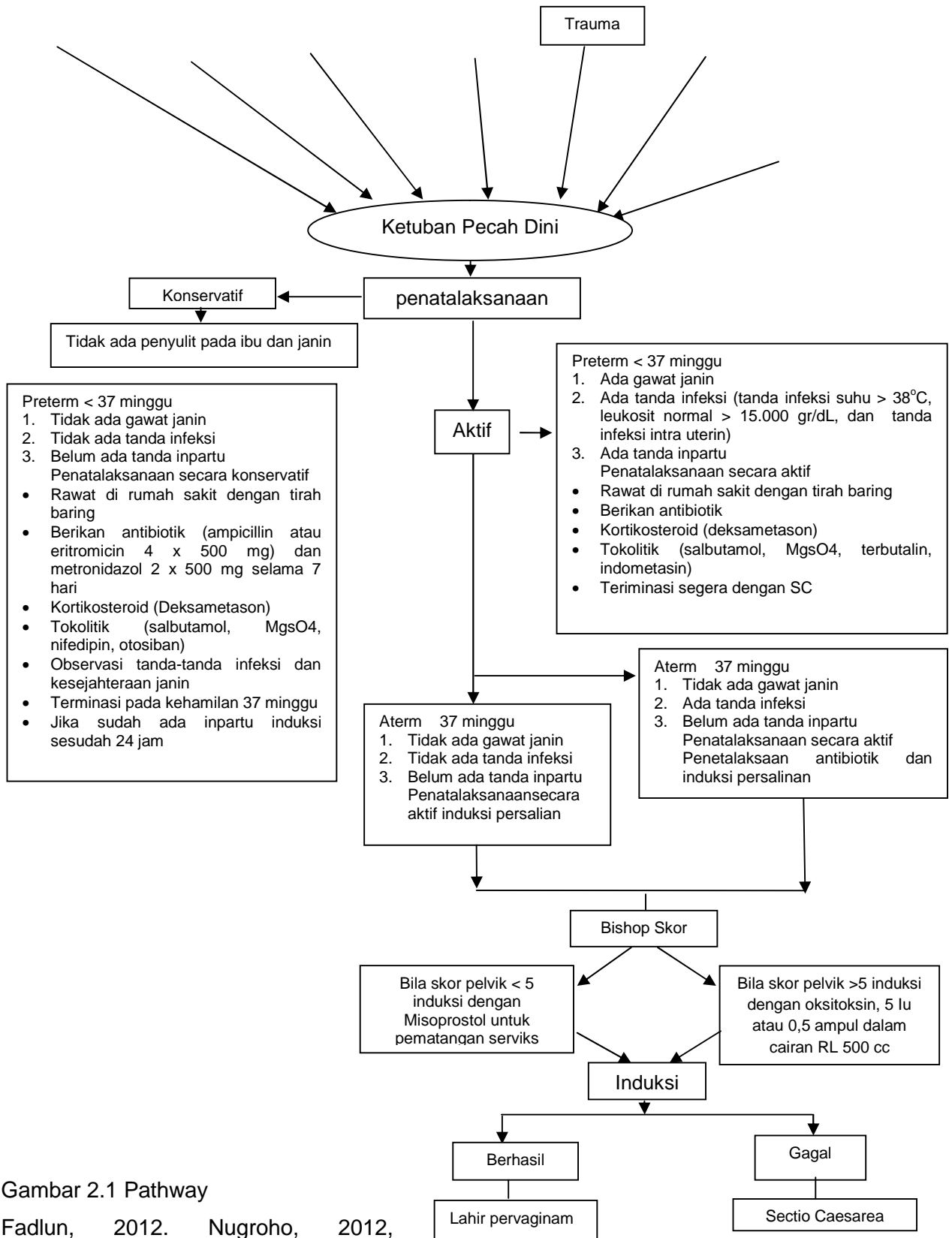
Berdasarkan data yang dikumpulkan kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosa, antisipasi diagnosa atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

4) P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosa atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

Pathway





Gambar 2.1 Pathway
 Fadlun, 2012. Nugroho, 2012,
 prawirohardjo 2010

BAB III

METODOLOGI

A. Jenis Studi Kasus

Penyusunan Laporan Akhir studi kasus ini menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif yaitu kasus yang dilakukan dengan bagian utama membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif (Notoadmodjo, 2012).

Studi kasus ini merupakan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamildengan Ketuban Pecah Dini di RSUDDr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.

B. Lokasi Studi Kasus

Lokasi studi kasus adalah tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilakukan (Notoadmodjo, 2012). Lokasi studi kasus telah dilakukan di ruang IGD Kebidanan dan ruang perawatan di RSUDDr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini subjek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus (Notoadmodjo, 2012). Subjek dalam Laporan Akhir studi kasus ini adalah ibu hamil yang mengalami ketuban pecah dini pada usia kehamilan < 35 minggu.

D. Waktu Studi Kasus

Waktu pelaksanaan studi kasus adalah jangka waktu yang dibutuhkan penulis untuk memperoleh data studi kasus yang dilaksanakan (Notoadmodjo, 2012). Studi kasus ini dilaksanakan pada 3-7 Juli 2018.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data (Notoadmodjo, 2012). Instrumen penelitian ini menggunakan pola pikir asuhan kebidanan 7 langkah Varney pada ibu hamil, alat tulis, lembar observasi yang di dokumentasikan dengan SOAP.

F. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data digunakan pengumpulan data primer dan pengumpulan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer ialah data yang dikumpulkan sendiri oleh perorangan atau suatu organisasi secara langsung dari objek yang diteliti, dapat berupa interview, observasi (Saryono, 2011).

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana penulis mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari sasaran penelitian (responden) melalui suatu pertemuan percakapan (Notoadmodjo, 2012).

b. Pengamatan (Observasi)

Merupakan suatu pengamatan yang berencana yang antara lain meliputi melihat, mendengar, mencatat sejumlah taraf aktivitas

tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012)

1) Pemeriksaan fisik

Merupakan pemeriksaan dengan melihat bagian-bagian tubuh dengan menggunakan pendekatan sistematis. Pada kasus ketuban pecah dini yang dilakukan pemeriksaan mulai dari *head to toe*.

- a) Inspeksi
- b) Palpasi
- c) Auskultasi
- d) perkusi

2) Pemeriksaan penunjang

- a) Uji Nitazin, yaitu menggunakan kertas lakmus untuk menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah cairan ketuban.
- b) CTG (*Cardiotograph*) adalah suatu metoda elektronik untuk memantau kesejahteraan janin dalam kehamilan dan atau dalam persalinan yang meliputi 3 hal yang perlu dicatat yaitu detak jantung janin, kontraksi uterus dan pergerakan janin.
- c) Cek darah lengkap dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan secara keseluruhan, termasuk mendeteksi kemungkinan adanya penyakit. Terutama beberapa penyakit yang erat kaitannya dengan darah, seperti kekurangan darah (anemia), kanker darah (leukemia), infeksi, masalah pembekuan darah dan penyakit gangguan imunitas.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui pihak lain, tidak langsung diperoleh dari subjek penelitian (Saryono, 2011).

Data sekunder pada studi kasus ini diperoleh dari rekam medis berupa data studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Rumah Sakit Dr. H. Moch.Ansari Saleh Banjarmasin.

a. Studi dokumentasi

Menurut Arikunto (2013), studi dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variable yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, catatan harian dan sebagainya. Dalam kasus ini dokumentasi dilakukan dengan mengumpulkan data yang diambil dari catatan rekam medik klien di RSUDDr. H. Moch.Ansari Saleh Banjarmasin.

b. Studi Literatur

Merupakan bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam penunjang latar belakang teoritis suatu penelitian (Notoatmodjo, 2012).Studi kasus pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini mengambil dari jurnalkebidanan dan buku-buku kesehatan tahun 2008-2018.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Hari/Tanggal Pengkajian : Selasa, 03 Juli 2018
 Jam Pengkajian : 20.00 WITA
 Tempat : IGD Ponek

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Kriteria	Isteri	Suami
Nama	Ny. R	Tn. H
Umur	25 tahun	32 tahun
Suku/ Bangsa	Banjar / Indonesia	Banjar / Indonesia
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Alamat	Alalak Tengah	Alalak Tengah

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 8 bulan, sekarang hamil anak ketiga dan kehamilan saat ini kembar. Keluar air-air tapi tidak banyak dari kemaluan sejak tadi sore pukul 18.00 WITA. Tidak ada pengeluaran lendir bercampur darah dan ibu merasakan kenceng-kenceng di perut menjalar kepinggang namun jarang dan tidak mengganggu aktivitas. Sehingga ibu langsung dibawa oleh keluarga ke rumah sakit.

3. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali, kawin pertama kali umur 17 tahun dengan suami sekarang sudah 8 tahun.

4. Riwayat Haid

- a. Menarche umur : 13 tahun
- b. Siklus 43
- c. Teratur/tidak
- d. Lamanya : 5-6 hari
- e. Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut/hari
- f. Dismenorrhoe : tidak ada
- g. HPHT : 2-11-2017
- h. Taksiran Partus : 09-8-2018
- i. UK : 34 minggu 6 hari

5. Riwayat Obstetri

G₃P₂A₀

No	Thn	Kehamilan		Persalinan				Bayi				Penyulit Nifas
		UK	Penyulit	UK	Cara	Tempat/ Penolong	Penyulit	BB	PB	Seks	Keadaan lahir	
1	2011	Aterm	-	Aterm	Spt-BK	BPM/Bidan	-	2900 gr	51 cm		Segea menangis	-
2	2014	Aterm	-	Aterm	Spt-Bk	BPM/Bidan	-	2700 gr	50 cm		Segea menangis	-
3	2018	35 mgg	KPD	-	-	Rumah sakit	-	-	-	-	-	-

6. Riwayat Keluarga Berencana

Jenis : suntik 3 bulan

Lama : ± 1 tahun

Masalah : tidak ada

7. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC dan HIV/AIDS. Ibu juga mengatakan tidak mempunyai penyakit munurun seperti asma, hipertensi dan DM.

b. Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak pernah menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC dan HIV/AIDS. Ibu juga mengatakan dari keluarga ada mempunyai penyakit munurun yaitu DM dari orang tua, namun selain itu tidak ada riwayat dari keluarga atau orang tua seperti asma, hipertensi.

c. Riwayat gemelli : tidak ada

8. Keadaan Kehamilan Sekarang

a. Selama hamil ibu periksa di : puskesmas dan BPM

b. Mulai periksa sejak umur kehamilan : 12 minggu

c. Frekuensi periksa kehamilan :

Trimester I : 1 kali

Trimester II : 2 kali

Trimester III : 4 kali

d. Imunisasi TT : status imunisasi lengkap

e. Keluhan/masalah yang dirasakan :

No	Keluhan Masalah /	UmurKehamilan	Tindakan	Oleh	Ket
----	-------------------	---------------	----------	------	-----

1	Mual muntah	12 minggu	B6 dan asam folat	Bidan puskesmas	-
---	-------------	-----------	-------------------	-----------------	---

9. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Nutrisi

1) Selama hamil :

Ibu mengatakan pada saat hamil tidak ada makanan pantangan, ibu makan 3 x dalam sehari, dengan porsi 1 piring nasi sayur (bayam, sawi, kangkung, wortel, kentang), lauk berupa (ayam, tahu, tempe, telur) dan minum \pm 7 gelas air putih dan susu 1 gelas).

2) Selama di rumah sakit :

ibu makan makanan yang diberikan dari rumah sakit, yaitu nasi sayur (wortel, sawi, kentang) dan lauk berupa (telur) dan minum \pm 5 gelas air putih dan 2 kotak teh.

b. Eliminasi

1) Selama hamil :

a) BAB : ibu mengatakan tidak ada keluhan, BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak

b) BAK : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, BAK 5-6 kali sehari dengan warna kuning jernih.

2) Selama dirumah sakit :

a) BAB : Ibu mengatakan BAB 1 kali yaitu padapagi hari, yaitu pukul 06.00 WITA.

b) BAK : Ibu mengatakan BAK terakhir yaitu pukul 19.00 WITA.

c. Aktivitas

- 1) Selama hamil : ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah dibantu dengan keluarga yang lain (mencuci, memasak, menyapu, mengepel, dan membereskan rumah).
- 2) Selama dirumah sakit : ibu mengatakan saat di rumah sakit ibu hanya mampu duduk, berbaring, miring kiri, dan berjalan pelan-pelan.

d. Pola Istirahat/Tidur

- 1) Selama Hamil : Pasien tidur malam : 6-7 jam dan siang $\frac{1}{2}$ -1 jam perhari
- 2) Selama dirumah sakit :ibu terakhir tidur malam tadi \pm 6-7 jam

e. Personal Hygiene

- 1) Selama hamil : ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 3 kali seminggu ganti celana (sesuai kebutuhan) dalam jika terasa basah, dan ganti pakaian 2 kali sehari serta tidak pernah menggunakan sabun untuk daerah kewanitaan.
- 2) Selama dirumah sakit : ibu mengatakan belum mandi selama dirumah sakit

f. Seksualitas

- 1) Selama hamil : ibu mengatakan pernah melakukan hubungan seksual dengan frekuensi tidak menentu biasanya 2 kali dalam 1 mingguan tidak ada masalah pada saat berhubungan dan terakhir berhubungan seksual 2 hari sebelum masuk rumah sakit.
- 2) Selama dirumah sakit : ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual

10. Data Psikososial dan Spiritual

- a. Ibadah apa yang diinginkan ibu saat ini : berdo'a
- b. Perasaan ibu terhadap proses persalinan yang akan dilaluinya : senang dan sedikit cemas
- c. Dari siapa ibu mengetahui tentang proses persalinan : bidan dan pengalaman sebelumnya
- d. Siapa yang diharapkan ibu untuk menjadi pendamping persalinan : suami
- e. Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : compos mentis
- c. Berat badan

Sebelum hamil	:	45 kg	
Sekarang	:	58 kg	
- d. Tinggi badan : 153 cm
- e. LILA : 25 cm
- f. Tanda vital :

TD	:	120/80 mmHg	Respirasi	:	21x/menit
Nadi	:	84 x/menit	Suhu	:	36,7 ⁰ C

2. Pemeriksaan khusus

a. Inspeksi

Kepala	: Kulit kepala tampak bersih dan tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
Muka	: Wajah tidak pucat, tampak bersih dan tidak terlihat cloasma gravidarum, tidak ada oedem
Mata	: Konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, pergerakan mata normal
Telinga	: Simetris, tidak ada pengeluaran serumen dan tidak ada massa
Hidung	: Tidak ada polip, tidak ada pergerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran cairan
Mulut	: Mukosa bibir lembab & tampak pucat, tidak tampak caries gigi.
Leher	: Tidak tampak adanya pembesaran yang abnormal
Dada	: Simetris saat inspirasi dan ekspirasi, dan tidak ada retraksi dada yang abnormal saat bernafas.
Mamae	: Terdapat hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak tampak adanya massa, tampak adanya pengeluaran kolostrum
Abdomen	: Tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra dan tidak ada striae gravidarum dan pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan
Ekstremitas	: Tidak tampak varises, tidak terdapat odem pada
Bawah	kaki kiri dan kanan
Genetalia	: Terdapat pengeluaran air-air berwarna jernih dan berbau amis dari vagina, vulva tidak oedem dan tidak varises

b. Palpasi

Leher : Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis, dan kelenjar limfe

Mamae : Tidak teraba benjolan yang abnormal

Abdomen

Leopold I : TFU Teraba 2 jari dibawah *prosessus xyloedeus(px)* teraba lunak pada dua bagian, bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Bagian kiri dan kanan perut ibu teraba keras memanjang (punggung).

Leopold III : Bagian bawah janin teraba bulat, keras, dan tidak melenting (presentasi kepala).

Leopold IV : Pada bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen)

TFU : 34cm

HIS : 1 kali dalam 10 menit, durasi 20 detik

Tungkai : Tidak teraba adanya oedem

c. Auskultrasi

DJJ I (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 152 x/menit

DJJ II (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 150 x/menit

d. Perkusi

Refleks Patella : Kiri/Kanan, (+)/(+)

Refleks Ginjal : Kiri/Kanan, (-)/(-)

e. Periksa Dalam

Keadaan vagina : Tidak tampak infeksi pada vagina

Arah serviks : Posterior

Pendataran serviks : (-)

Pembukaan serviks : tidak ada

Selaput Ketuban : tidak teraba

Presentasi : tidak teraba

Posisi Titik Penunjuk : Belum teraba

Penurunan presentasi : Hodge I

Cairan ketuban : jernih dan berbau amis

Keadaan Panggul Dalam

1) Promontorium : Tidak teraba

2) Spina ischiadika : teraba tumpul

3) Dinding samping panggul : Teraba lurus

4) Arkus pubis dan os pubis : 90⁰

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 03 Juli 2018

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	10	gr/dl	11,5-15,5
Leokosit	12,4	/uL	4000-11000
Eritrosit	4,41	Juta/uL	4,50-5,50
Trombosit	280000	/uL	150000-350000
Hematokrit	36,7	%	35,0-45,0

a. Golda : "A"

- b. Albumin : (-) negatif
- c. Reduksi : (-) negatif
- d. Tes lakmus : (+) positif, merah menjadi biru.
- e. CTG :

Pada tanggal 3 Juli 2018

Keterangan :

Reaktif

- 1) DJJ : 155 x/menit dan 150 x/menit
 - 2) Gerakan janin : 8 kali gerakan selama 30 menit
 - 3) Kontraksi uterus : 1 x dalam 10 menit lamanya 20 detik
- f. USG : tidak dilakukan

C. ANALISA DATA

1. Diagnosa Kebidana : G₃P₂A₀ 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Janin Gemelli Hidup Intra Uterin
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : - Perawatan Konservatif
 - Rawat di rumah sakit
 - KIE dan Asuhan Sayang Ibu
 - kolaborasi dengan dr. SpoG

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dimana didapatkan keadaan umum ibu baik dan TTV ibu didapatkan normal dan DJJ di dapatkan pada punggung sebelah kanan 132x/menit dan DJJ pada punggung kiri di dapatkan 138x/menit. Ibu beserta janin

sedang dalam masa perawatan (konservatif) karena pada saat pemeriksaan dalam ditemukan belum ada pembukaan dan ibu mengalami ketuban pecah sebelum waktunya persalinan karena itu ibu harus di rawat dirumah sakit untuk pemantauan keadaan ibu dan janin selama perawatan.

“ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan”

2. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi seperti yang mengandung karbohidrat (nasi dan roti), tinggi protein (daging, telur, tahu, tempe dan lauk pauk), sayuran hijau (bayam, dll) serta buah-buahan untuk membantu menjaga daya tahan tubuh dan agar terpenuhinya kebutuhan nutrisi ibu selama dirawat dirumah sakit. Serta perbanyak minum air putih minimal 6-8 gelas sehari.

“ibu dan keluarga bersedia mengikuti sesuai arahan dan bersedia memenuhi kebutuhan nutrisi sebaik mungkin selama perawatan”

3. Memberitahukan kepada ibu untuk tirah baring atau kurangi gerakan yang tidak perlu agar cairan ketuban tidak banyak keluar, serta menganjurkan ibu untuk miring kiri untuk mencegah penekanan pada vena cava inferior agar oksigen yang masuk kejanin didapatkan dengan maksimal.

“ibu bersedia mengikuti anjuran bidan”

4. Memberikan tindakan dan terapi sesuai dengan advis dr. SpoG, diantaranya :
 - a. Infus RL 20 tpm
 - b. Pemasangan DC pada pukul 22.30 WITA untuk mengurangi mobilisasi pasien terutama ketika BAB agar pengeluaran cairan ketuban tidak bertambah banyak.
 - c. Injeksi Ceftriaxon dengan dosis 1 gram di aplus dengan aquades 10 cc (IV) diberikan 2x1: antibiotik untuk mencegah infeksi

- d. Injeksi Dexametason dengan dosis 0,75 mg (IM) diberikan 2x1: pematangan paru
 - e. Vitamin C 1x1 (oral): untuk meningkatkan daya tahan tubuh terutama untuk pencegahan infeksi
5. Melakukan pemantauan kesejahteraan ibu dan janin seperti TTV, DJJ dan menilai pengeluaran cairan ketuban dan tanda-tanda infeksi dilakukan setiap 8 jam.

“pemantauan sudah dilakukan dengan keadaan ibu dan janin baik”

6. Melakukan penyuluhan kepada ibu dan keluarga tentang Ketuban Pecah Dini (KPD), yaitu ketuban yang pecah sebelum waktunya yaitu sebelum ada tanda-tanda persalinan, dan salah satu penyebab yang terjadi pada ibu yaitu kehamilan kembar (gemelli), dimana tanda gejalanya keluar air-air merembes dari vagina, berbau amis dan terus menerus keluar, dimana bisa menimbulkan masalah kepada ibu dan janin seperti infeksi pada ibu, resiko melahirkan dengan tindakan SC, resiko peningkatan angka kesakitan pada ibu. Resiko pada janin yaitu kelahiran prematur atau kurang bulan, gawat janin. Jika terjadi gawat janin maka akan segera diterminasi melalui SC. Jika bayi lahir prematur maka akan dirawat dirumah sakit didalam inkubator dan jika sudah mulai membaik akan dilakukan perawatan dirumah dengan menggunakan metode kanguru dan juga untuk pemenuhan nutrisi bayi yaitu ASI eksklusif yang diberikan bisa melalui sonde, spuit, dan juga pipet.

“ibu dan keluarga mengetahui apa saja kemungkinan akan terjadi pada ibu dan bayi”

7. Mengantar pasien dan keluarga ke ruang Mutiara untuk perawatan

“ibu dan keluarga sudah diantar ke ruang perawatan pada pukul 23.00. WITA”

CATATAN PERKEMBANGAN

NO	HARI/TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1.	Rabu, 04 Juli 2018 Pukul 20.00 WITA	<p>S :ibu mengatakan perutnya mules namun hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadan umum : baik b. Kesadaran : compos mentis c. Tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> 1. TD : 120/80mmHg 2. Nadi : 80x/mnt 3. Suhu : 36,9°C 4. Respirasi : 22 x/mnt d. Pemeriksaan khusus <ul style="list-style-type: none"> 1. His : 1x dalam 10 menit selama 20 detik 2. Kandung kemih : 500 cc 3. Auskultasi : DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 140 x/m, F II : 142 x/m 4. Pemeriksaan dalam: tidak ada pembukaan, penurunan kepala janin berada di hodge I , ketuban sudah pecah. <p>A : G₃P₂A₀UK 35 minggu dengan Ketuban Pecah</p> <p>Dini (KPD) janin Gemelli Hidup Intra Uterin</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Kebutuhan : KIE dan Asuhan sayang ibu</p> <p>P :</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="715 230 1489 667">1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga jika keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal dimana didapatkan TTV (TD:120/80 mmHg, Nadi:80x/menit, Suhu:36,9°C, Respirasi:22x/menit) dan DJJ terdengar jelas dan teratur, F I:140x/menit, F II :142 x/menit dan didapatkan belum ada pembukaan. <i>“ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan”</i><li data-bbox="715 701 1489 1137">2. Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi jika ada kontraksi atau mules untuk mengurangi rasa sakit yaitu dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan keluarkan dari mulut, lakukan secara berulang jika ada timbul mules saat kontraksi. <i>“ibu mengikuti cara yang di anjarkan untuk tehnik relaksasi”</i><li data-bbox="715 1171 1489 1742">3. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi seperti yang mengandung karbohidrat (nasi dan roti), tinggi protein (daging, telur, tahu, tempe dan lauk pauk), sayuran hijau (bayam, dll) serta buah-buahan untuk membantu menjaga daya tahan tubuh dan agar terpenuhinya kebutuhan nutrisi ibu selama dirawat dirumah sakit. Serta perbanyak minum air putih minimal 6-8 gelas sehari. <i>“ibu bersedia”</i><li data-bbox="715 1776 1489 1962">4. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk selalu menjaga kebersihan terutama bagian genitalia agar mencegah terjadinya infeksi pada ibu dengan cara
--	---

		<p>seperti cebok yang benar yaitu menyiram air dari depan ke belakang.</p> <p><i>“ibu mengerti dan akan mengikutiar ahan”</i></p> <p>5. Mengingatn kembali kepada ibu untuk tirah baring seperti mengurangi gerakan yang tidak perlu selama masa perawatan dan istirahat total dengan bebaringagar mengurangi pengeluaran cairan ketuban.</p> <p><i>“ibu mngikuti arahan”</i></p> <p>6. Melanjutkan terapi sesuai dengan advis dr. SpoG</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Injeksi Ceftriaxon 2x1 (IV) jam 19.30 Wita b. Injeksi Dexametason 2x1 (IM) 20.00 wita c. Vit C 1x1 (oral) diminum pada jam 08.00 wita <p><i>“pemberian obat-obat sudah diberikan sesuai dengan arahan dari bidan sesuai dengan jam pemberian”</i></p> <p>7. Observasi kesejahteraan ibu dan janindan tanda-tanda infeksi</p> <p><i>“ibu mengerti tentang keadaannya dan mengetahui kalau keadaannya akan selalu di pantau oleh petugas kesehatan”</i></p>
2	<p>Kamis, 05 Juli 2018</p> <p>Pukul 20.00 WITA</p>	<p>S :ibu mengatakan perutnya masih terasa mules</p> <p>O :</p> <p>Pemeriksaan umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : baik 2. Kesadaran: Compos mentis 3. Keadaan umum : Baik

		<p>4. Kesadaran : compos mentis</p> <p>5. Tanda vital</p> <p>a. TD : 130/90 mmhg</p> <p>b. Nadi : 88 x/menit</p> <p>c. Suhu : 37,0°C</p> <p>d. Respiasi : 20x/menit</p> <p>6. Pemeriksaan khusus</p> <p>a. His : 1x dalam 10 menit selama 20 detik</p> <p>b. Kandung kemih : 700 cc</p> <p>c. Auskultasi : DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 150 x/m, F II : 152 x/m</p> <p>A : G₃P₂A₀ UK 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) janin Gemelli Hidup Intra Uterin</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Kebutuhan : KIE dan Asuhan sayang ibu</p> <p>P:</p> <p>1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga jika keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal dimana didapatkan TTV (TD:130/90 mmHg, Nadi:88x/menit, Suhu:37,0°C, Respirasi:20x/menit) dan DJJ terdengar jelas dan teratur, F 1:150x/menit, F II :152 x/menit.</p> <p><i>"ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan"</i></p> <p>2. Melanjutkan terapi sesuai dengan advis dr. SpoG</p> <p>a. Injeksi Ceftriaxon 2x1 (IV) 19.30 wita</p> <p><i>"ibu sudah diberikan obat-obatan sesuai dengan"</i></p>
--	--	--

		<p><i>jadwal pemberian”</i></p> <p>3. Observasi kesejahteraan ibu dan janin dan tanda-tanda infeksi</p> <p><i>“ibu sudah dipantau selama perawatan di rumah sakit”</i></p>
3	<p>Jum’at, 06 Juli 2018</p> <p>Pukul 20.00 WITA</p>	<p>S : ibu mengatakan merasa cemas karena belum melahirkan</p> <p>O :</p> <p>Pemeriksaan umum</p> <p>1. Keadaan umum : baik</p> <p>2. Kesadaran : Compos mentis</p> <p>3. Tanda vital :</p> <p>a. TD : 130/ 80 mmHg</p> <p>b. Nadi : 80 x/m</p> <p>c. Suhu : 37,2° C</p> <p>d. Respirasi : 20 x/m</p> <p>4. Pemeriksaan khusus</p> <p>a. His : 1x dalam 10 menit selama 20 detik</p> <p>b. Kandung kemih : 500 cc</p> <p>c. Auskultasi : DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 150 x/m, F II : 155 x/m</p> <p>A : G₃P₂A₀UK 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) janin Gemelli Hidup Intra Uterin</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Kebutuhan : KIE dan Asuhan sayang ibu</p> <p>P:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga jika keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal <i>“ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan”</i> 2. Melanjutkan terapi sesuai dengan advis dr. SpoG <ol style="list-style-type: none"> a. Injeksi Ceftriaxon 2x1 (IV) jam 19.30 Wita <i>“ibu sudah diberikan obat-obatan sesuai dengan jadwal pemberian”</i> 3. Memberikan support kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan bayi akan baik-baik saja karena sudah diberikan perawatan dirumah sakit sesuai dengan keadaan ibu sekarang <i>“ibu dan keluarga merasa lega setelah mengetahui penjelasan tentang kehamilan yang dialaminya”</i> 4. Observasi kesejahteraan ibu dan janin dan tanda-tanda infeksi <i>“keadaan ibu selalu di pantau oleh petugas kesehatan setiap ibu ada keluhan dan per 8 jam”</i>
4.	Sabtu, 07 Juli 2018 18. 00 WITA	<p>S : ibu mengatakan perutnya semakin mules dari siang</p> <p>O :</p> <p>Pemeriksaan umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : baik 2. Kesadaran : Compos mentis 3. Tanda vital : a. TD : 130/ 80 mmHg

		<p>b. Nadi : 80 x/m</p> <p>c. Suhu : 37,2° C</p> <p>d. Respirasi : 20 x/m</p> <p>4. Pemeriksaan khusus</p> <p>a. Keadaan vagina : Tidak tampak infeksi pada vagina</p> <p>b. Arah serviks : posterior (belakang)</p> <p>c. Pendataran serviks : (40%)</p> <p>d. Pembukaan serviks : 4 cm</p> <p>e. Selaput Ketuban : (-) negatif</p> <p>f. Presentasi : Kepala</p> <p>g. Posisi Titik Penunjuk : ubun-ubun kecil</p> <p>h. Penurunan presentasi : Hodge 2</p> <p>i. Cairan ketuban : jernih dan berbau amis</p> <p>j. Skor bishop</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pembukaan serviks nilai 2 2) Pendataran serviks nilai 1 3) Penurunan kepala nilai 1 4) Konsistensi serviks nilai 1 5) Posisi serviks nilai nilai 0 <p>Jumlah 5</p> <p>k. His : 1x dalam 10 menit selama 40 detik</p> <p>l. Kandung kemih : 500 cc</p> <p>m. Auskultasi : DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 150 x/m, F II : 155 x/m</p> <p>A : G₃P₂A₀UK 35 minggu dengan Ketuban Pecah</p> <p>Dini (KPD) janin Gemelli Hidup Intra Uterin</p> <p>Masalah : tidak ada</p>
--	--	---

		<p>Kebutuhan : KIE dan Asuhan sayang ibu</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa sudah ada kemajuan persalinan dimana pembukaan sudah 4 cm, TTV dan Djj normal. maka akan dilakukan pertolongan persalinan <i>“ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan”</i> 2. Dilakukan induksi persalinan dengan skor bishop 7 dengan menggunakan oxytosin dengan dosis 0,5 ml dalam RL 500 ml diberikan 8 tpm dan setiap 15 menit dinaikkan 4 tetes/menit sampai maksima 28 tpm. Sehingga membantu untuk mempercepat proses pematangan serviks <i>“ibu dan keluarga bersedia dilakukan tindakan dengan induksi persalinan”</i> <p>“ Catatan Persalinan “</p> <p>Pada saat dilakukan pemantauan pada hari ke 4 ibu mengatakan mules bertambah dan adanya pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TTV normal DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 155 x/m, F II : 152 x/m, VT : pembukaan lengkap, porsio tidak teraba, presentasi kepala, titik penunjuk ubun-ubun kecil, keuban (-) berwarna jernih, penurunan kepala di hodge 3+, kesan panggul luas. Bayi lahir hidup, menangis spontan, jam 21.30 wita dengan jenis kelamin laki-laki,</p>
--	--	---

		BB: 2000 gram dan jam 22.10 w kelamin perempuan, BB: 2100 gram.	nis
--	--	--	-----

BAB V

PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny R, yaitu ibu hamil dengan dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) pada tanggal 03 Juli 2018 pukul 20.00 WITA sampai dengan tanggal 07 Juli 2018, pasien datang pertama kali di IGD lalu pasien dipindahkan ke ruang VK bersalin, setelah dilakukan pemeriksaan pasien di rawat diruang nifassesuai arahan dari dokter kandungan untuk dilakukannya tindakan konservatif atau perawatan yaitu pasien dirawat sampai air ketubannya tidak keluar lagi dan hal ini bertujuan untuk mempertahankan kehamilannya hingga aterm dengan pemberian terapi sesuai dengan advis dokter. Dalam studi kasus ini penulis akan membahas tentang penatalaksanaan yang diberikan pada ibu hamil dengan Ketuban Peca Dini (KPD) dari awal masuk hingga pasien sampai dengan penganan dan sampai dengan waktu yang di perlukan. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada bab pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

A. Data Subjektif

Hasil pengkajian data subjektif Ny. R didapatkan dari identitas ibu dan juga suami secara lengkap, keluhan utama ibu masuk ke rumah sakit adalah ibu mengatakan hamil delapan bulan, sekarang hamil anak ketiga dan kehamilan saat ini kembar. Ibu merasa kenceng-kenceng di perut tapi tidak menjalar sampai ke pinggang, belum terlalu sering dan tidak mengganggu aktifitas, tidak ada keluar lendir bercampur darah namun ibu merasakan ada

pengeluaran air-air tetapi tidak banyak dari kemaluan sejak malam tadi pukul 18.00 WITA sehingga ibu langsung dibawa keluarga ke rumah sakit.

Pengumpulan data subjektif ini sudah sesuai dengan teori (Mandriwati, 2008) yaitu data yang didapat dari pasien ataupun keluarga pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosa.

B. Data Objektif

Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap Ny. R dan keluhan-keluhan yang pasien sampaikan, didapatkan hasil pemeriksaan umum diantaranya adalah keadaan umum pasien baik, kesadaran *Composmentis*, TD 120/80 mmHg, N 84x/menit, R 21x/menit, T 36,7°C, BB 58 kg, Lila 25 cm. Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny. R adalah keseluruhan hasil dalam batas normal, namun pada daerah genetalia terdapat pengeluaran air-air berwarna jernih. Pemeriksaan palpasi juga dilakukandan didapatkan hasil pemeriksaan bahwa kehamilan saat ini gamelli serta hasil Leopold I :TFU Teraba 2 jari dibawah *prosessus xypoedeus* (px)teraba lunak pada dua bagian, bulat dan tidak melenting (bokong). Leopold II:Bagian kiri dan kanan perut ibu teraba keras memanjang (punggung). Leopold III: Bagian bawah janin teraba bulat,keras, dan tidak melenting (presentasi kepala). Leopold IV:Pada bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen), TFU:34 cm,HIS:1 kali dalam 10 menit, durasi 20 detik. DJJ I (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 132 x/menit dan DJJ II (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 138 x/menit. Pemeriksaan dalam juga dilakukan, dan didapatkan hasil tidak ada pembukaan, selaput ketuban tidak teraba, presentasi tidak teraba, titik

penunjuk tidak teraba, penurunan kepala di Hodge I. Kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa pada pasien yaitu dengan lakmus test dan didapatkan hasil positif (+)merah menjadi biru.

Data objektif yang telah dilakukan sudah sesuai dengan teori(sulistyawati dkk, 2008), yaitu data yang diperoleh melalui hasil observasi, pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan penunjang yang dapat berhubungan langsung dengan penegakkan diagnosa.

Berdasarkan hasil pengkajian data objektif yang didapatkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, dimana berdasarkan teori Sukarni, 2013 menyatakan bahwa pemeriksaan KPD dilakukan dengan tes lakmus (Nitazin test) merah menjadi biru.

C. Analisa Data

Analisa data yang didapatkan dari data subjektif dan objektif yang dapat disimpulkan dari kasus Ny. R yang telah dipantau dari tanggal 03-07 Juli 2018 di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. Sehingga dapat ditegakkan diagnosa $G_3P_2A_0$ 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Janin Gemelli Hidup Intra Uteri, dimana tidak ditemukan masalah dan kebutuhannya yaitu KIE, perawatan di rumah sakit meliputi tirah baring, asuhan sayang ibu dan kolaborasi dengan dokter SpOG.

Berdasarkan teoriVarney 2007, analisa data adalah mengidentifikasi masalah dari data yang ada, untuk menentukan diagnosa yang akurat, yang terdiri dari diagnosa, masalah dan kebutuhan yang ditemukan dari data subjektif dan objektif sehingga dapat ditegakkan diagnosa.

D. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan. Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. R adalah menginformasikan kepada ibu tentang pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu ibu mengalami KPD dan akan diberikan obat untuk mempertahankan kehamilan ibu sehingga bayi ibu dapat dilahirkan pada usia kehamilan cukup bulan, namun apabila ada indikasi ada pembukaan dan semakin maju maka akan dilakukan pemberian obat untuk membuat persalinan dengan cara bagian mulut rahim (serviks) dilunakkan, sehingga memudahkan untuk percepatan pembukaan serviks. Kemudian asuhan kebidanan yang terfokus pada pasien, diantaranya adalah asuhan sayang ibu yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien seperti makan dan minum, memposisikan pasien dengan posisi miring kiri. Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi apabila pasien merasa sakit pada saat his datang, yaitu dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan hembuskan perlahan lewat mulut. Memantau keadaan pasien dan kemajuan dari proses persalinan serta memantau kesejahteraan janin.

Memberikan asuhan kebidanan secara mandiri, juga melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk diberikan terapi selama masa konservatif yaitu dengan pemasangan infus RL 500 ml dalam 20 tpm, pemasangan *dower catheter* (DC), pemberian injeksi ceftriaxone dengan dosis 1 gram diaplus dengan aquades 10 cc diberikan 2x1 secara IV, dexamethasone dosis 0,75 gram diberikan 2x1 secara IM dan pemberian vitamin C 1x1 serta memantau kontraksi uterus, nadi, DJJ, pengeluaran cairan ketuban dan tanda-tanda infeksi. Untuk memantau keadaan ibu dan janin setiap 8 jam, untuk pemeriksaan dalam tidak dianjurkan per 4 jam

karena pasien dengan indikasi KPD maka melakukan pemeriksaan dalam bila pasien mengalami keluhan agar mencegah terjadinya infeksi yang akan terjadi baik pada janin maupun pada ibu dan apabila ada tanda-tanda inpartu maka berkolaborasi dengan dokter SPOG untuk penanganan dan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Selama melakukan pengkajian studi kasus penulis aktif memantau keadaan pasien dengan melakukan pemeriksaan TTV, DJJ, kontraksi uterus dan menanyakan keluhan yang saat ini sedang dirasakan. Selama observasi yang dilakukannya pasien mengatakan masih merasa mules namun sudah jarang dan masih merasa keluar air-air dari kemaluannya, observasi tindakan konservatif dilakukan peneliti terhitung dari tanggal 03 Juli 2018 pukul 20.00 WITA hingga tanggal 06 Juli 2018 pukul 20.00 WITA. Penatalaksanaan sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan, dimana pasien dirawat dirumah sakit sampai tidak keluar air ketuban lagi.

Pada saat dilakukan pemantauan pada hari Sabtu, 07 Juli 2018 ibu mengatakan mules bertambah dan adanya pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TTV normal DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 155 x/m, F II : 152 x/m, VT : pembukaan 4 cm, porsio teraba di posterior, presentasi kepala, titik penunjuk ubun-ubun kecil, keuban (-) berwarna jernih, penurunan kepala di hodge 2, kesan panggul luas.

Keadaan ibu sudah menunjukkan adanya tanda-tanda persalinan dimana sesuai dengan skor bishop yang di dapatkan dari hasil pemeriksaan yaitu mendapatkan skor 7 dimana proses persalinan akan dilakukan dengan induksi menggunakan oxytosin dosis awal 0,5 dalam RL 500 ml diberikan 8 tpm dan akan dilahirkan dengan persalinan pervaginam.

Pada saat dilakukan pemantauan ibu mengatakan mules bertambah, dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TTV normal DJJ (+) jelas dan teratur, F I: 155 x/m, F II : 152 x/m, VT : pembukaan lengkap, porsio tidak teraba, presentasi kepala, titik penunjuk ubun-ubun kecil, keuban (-) berwarna jernih, penurunan kepala di hodge 3+, kesan panggul luas. Bayi lahir hidup, menangis spontan, jam 21.30 wita dengan jenis kelamin laki-laki, BB: 2000 gram dan jam 22.10 wita dengan jenis kelamin perempuan, BB: 2100 gram.

Secara teori pasien dengan KPD dapat dilakukan tindakan konservatif dan aktif (Prawirohardjo, 2010). tindakan konservatif dilakukan apabila kehamilannya masih dapat dipertahankan dengan pemberian terapi, namun pada kasus ini tidak diberikan tokolitik karena kontraksi tidak terlalu sering dan masih dalam keadaan bisa dirawat hanya dengan pemberian antibiotik dan dexamethason. Apabila kehamilan sudah inpartu maka akan dilakukan tindakan aktif yaitu dengan melakukan terminasi kehamilan dimana tindakan terminasi akan menilai skor pelvik..

Menurut protap di Ruang VK Bersalin RSUD Dr H Moch Ansari Saleh Banjarmasin, pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) akan dilakukan tindakan konservatif apabila umur kehamilan preterm dan dirawat hingga tidak keluar cairan ketuban lagi dengan pemberian antibiotik dan steroid, apabila tidak ada keluhan pasien dapat keluar rumah sakit dan akan konsul ke poli kandungan 3 hari lagi atau apabila ada keluhan, namun jika sudah memiliki tanda-tanda inpartu pasien akan dilakukan terminasi kehamilan dengan misoprostol ataupun dengan oxytosin dan apabila terminasi kehamilan tidak berhasil atau pasien tidak memungkinkan bersalin pervaginam maka pasien akan dilakukan *sectio caesarea* (SC).

Berdasarkan penatalaksanaan yang telah diberikan pada kasus pasien bersalin dengan KPD, tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang ada, yaitu dilakukannya persalinan pervaginam dengan syarat pasien memungkinkan bersalin pervaginam dan terminasi kehamilan berhasil.

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya sesuai dengan teori Varney 2008.

Berdasarkan pada kasus yang didapatkan pada Ny. R bahwa faktor penyebab terjadinya Ketuban Pecah Dini sudah sesuai dengan teori (Fadlun,2011) dimana penyebabnya adalah tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*Overdintensi Uterus*) yang terjadi pada ibu hamil dengan Gemelli atau kehamilan kembar.

BAB VI

PENUTUP

Dalam bab terakhir penyusun studi kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin" ini penulis dapat membuat simpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini didokumentasikan dengan menggunakan pendekatan metode SOAP diantaranya sebagai berikut :

Berdasarkan data subjektif yang didapatkan berdasarkan anamnesa yang dilakukan pada Ny. R umur 25 tahun hamil 8 bulananak ketiga dan dikehamilan ibu sekarang kembar.Saat ini ibu merasa kencang-kencang di perut tetapi tidak menjalar sampai kepinggang yang dirasakan sejak pukul 18.00 WITA, belum ada keluar lendir bercampur darah namun ada keluar air-air tapi tidak banyak dari kemaluan.

Data objektif yang didapatkan berdasarkan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan pemeriksaan umum dan fisik keadaan ibu saat ini keseluruhan hasil dalam batas normal, namun pada daerah genetalia terdapat pengeluaran air dari vagina dan dari pemeriksaan penunjang didapatkan hasil lakmus test positif (+), merah

menjadi biru, ketuban negatif yang artinya pasien mengalami ketuban pecah dini (KPD).

Analisa data yang didapatkan dari Ny. R berdasarkan pengumpulan data subjektif dan data objektif adalah G₃P₂A₀ 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Janin Gemelli Hidup Intra Uterin.

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. R adalah menginformasikan hasil pemeriksaan, memberikan asuhan sayang ibu, berkolaborasi dengan dokter kandungan untuk pemberian terapi serta memantau TTV, DJJ, kontraksi uterus dan keluhan ibu selama masa konservatif dan akan dilakukan terminasi kehamilan apabila ada tanda-tanda inpartu yang ditandai dengan sakit perut hingga menjalar kepinggang serta adanya kemajuan pembukaan.

B. SARAN

1. Bagi Institusi

a. Rumah Sakit

Meningkatkan mutu pelayanan yang baik sehingga tidak akan terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dan diharapkan bimbingan yang lebih baik lagi pada ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD).

b. Bagi pendidikan

Diharapkan agar instansi pendidikan lebih meningkatkan atau menambahkan referensi, sehingga dapat membantu penulis atau mahasiswa yang akan mengambil kasus yang sama.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Meningkatkan ilmu pengetahuan serta bisa mengaplikasikan ilmu didalam memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu

Hamil dengan Ketuban Pecah dini (KPD). Bidan atau petugas kesehatan harus memiliki pandangan bahwa setiap ibu hamil ataupun bersalin beresiko sehingga asuhan yang diberikan berkualitas dan tidak hanya terfokus pada ibu yang dianggap beresiko tinggi sehingga komplikasi dapat diatasi sedini mungkin.

3. Bagi Penulis

Menggali lebih banyak lagi ilmu pengetahuan tentang persalinan dengan KPD sehingga mampu memberikan informasi yang sesuai dengan teori yang telah didapatkan.

4. Bagi Klien

Ibu mendapatkan asuhan dan pelayanan yang sesuai dengan keadaan yang dia alami sekarang yaitu ketuban pecah dini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cunningham, dkk. 2010. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Dinkes Prov Kalsel. 2012. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. [internet]. Tersedia dalam: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf>. [diakses 05 Januari 2018].
- Fadillah, N. 2013. *Panduan Lengkap Hamil Sehat Bugar*. Yogyakarta: Brilliant Books.
- Fadlun et.al. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah, N. 2011. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Kemenkes RI. 2014. Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia. [internet]. Tersedia dalam: <http://www.depkes.go.id/articel/view/17082800020/capaian-kinerja-kemenkes-ri-tahun-2015-2017.html> [diakses 05 Januari 2018].
- LPPM. 2017. *Panduan Penulisan Karya Tulis Ilmiah*. Banjarmasin: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Akbid Sari Mulia.
- Mandriwati. 2008. *Penuntun Belajar Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, IBG.et al. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: ECG.
- Marmi, 2011. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar. 2012. *Sinopsis Obstetri Jilid I Edisi III*. Jakarta: EGC.
- Mufdillah. 2009. *Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Notoatmodjo, Soekidjo.2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Cetakan Kedua*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, Taufan.2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo,Sarwono 2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- RSUD Dr. H. Moch.Ansari Saleh Banjarmasin.2017 *Jumlah Kasus Ketuban Pecah Dini tahun 2015-2017*. Banjarmasin: RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.
- 73
- Saifuddin, A.B. 2008. *Buku Paragraf Pelayanan Kesehatan Maternal*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Sari A, Ulfa IM, Daulay R. 2015.*Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Bogor: In Media.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Yogyakarta: Mitra Cendika Press.
- SDKI.2012. *Pendekatan Tentang Angka Kematian Ibu dan Balita*. Jakarta: SDKI.
- _____. 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. [internet]. Tersedia dalam: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf>. [diakses 05 Januari 2018].
- Sulistyawati, Ari. 2008. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suririnah. 2008. *Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Varney, Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC.
- WHO, 2015.Millennium Development Goals (MDGs).[internet]. Tersedia dalam: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>. [diakses 05 Januari 2018].
- Wiknjosastro, H. 2008. *Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1.Cet. 12*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.

