

. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL
DI BPM HJ. HALIMATUS SA'DIYAH, AM.KEB
BANJARMASIN

Titin Norhayatie¹, Desilestia Dwi Salmarini, S.S.T., M.Kes², Sismeri Dona, M.Keb³

¹AKBID Sari Mulia Banjarmasin

²STIKES Sari Mulia

* Korespondensi Penulis. Telpon: 082253698944,

*email : titinorhayatie@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kehamilan merupakan peristiwa dan pengalaman penting dalam kehidupan seorang wanita. Menurut WHO sekitar 15% dari seluruh ibu hamil kehamilannya akan bertumbuh dan berkembang menjadi komplikasi yang mengancam jiwa oleh karena itu pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan.

Tujuan: Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil di BPM Hj. Halimatus Sa'diyah, AM.Keb Banjarmasin.

Metode: Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek dalam kasus ini adalah ibu hamil trimester III menggunakan pola pikir varney dan pendokumentasian dengan metode SOAP.

Hasil: Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan G₂P₁A₀ Janin Tunggal Hidup Intra Uterin dengan data dasar subjektif ibu mengeluh nyeri pinggang sejak 3 hari yang lalu, data dasar objektif didapatkan Leopold I TFU teraba 4 jari dibawah prosessus xipoides, teraba lunak, lembek, dan tidak melenting (bokong), Leopold II pada bagian kanan perut ibu teraba memanjang (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba benjolan kecil-kecil (ekstremitas), Leopold III bagian terbawah pada perut ibu teraba bulat dan melenting (presentasi kepala) dan Leopold IV pada bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen) dengan UK 37 minggu dan telah diberikan asuhan kebidanan yang meliputi KIE tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Simpulan: Asuhan kebidanan pada ibu hamil ini diberikan KIT tentang masalah yang dialaminya sehingga ibu memahami penjelasan yang diberikan.

Kata Kunci: ANC, Ibu hamil, Kehamilan fisiologis

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan peristiwa dan pengalaman penting dalam kehidupan seorang wanita. Namun, sebagaimana tahap transisi lain dalam fase kehidupan, peristiwa itu dapat pula menimbulkan stress, sehingga respon yang terjadi dapat berupa kebahagiaan maupun sebaliknya, seperti kecemasan dan juga kekecewaan (Kemenkes RI, 2015).

Masa kehamilan terdapat perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu hamil. Pada trimester pertama yang sering dialami ibu hamil adalah mual muntah, sakit kepala, kelelahan, ngidam, keputihan, *nocturia* dan gatal-gatal, dan kebanyakan ibuhamil, masalah tersebut dapat hilang dengan sendirinya (Saifudin, 2012).

Menurut *World Health Organization* (2013) sekitar 15% dari seluruh ibu hamil kehamilannya akan bertumbuh dan berkembang menjadi komplikasi yang mengancam jiwa ibu, hal tersebut terjadi dikarenakan ibu tidak memahami perubahan yang terjadi pada tubuhnya selama masa kehamilannya (WHO, 2013). Setiap wanita hamil bisa menghadapi resiko komplikasi

yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga yang bertujuan menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta menghasilkan bayi yang sehat (Saifuddin, 2012).

Pembangunan kesehatan saat ini telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Namun masih belum sepenuhnya terlaksana dengan baik. Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Saat ini di dunia AKI saat melahirkan dan AKB khususnya bayi baru lahir masih tinggi. 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 dan mengakhiri kematian bayi dan

balita yang dapat dicegah, dengan berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH (Depkes, 2015).

Penyebab kematian maternal merupakan hal yang cukup kompleks, yang dapat digolongkan pada faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosio ekonomi. Faktor komplikasi obstetrik yaitu antara lain disebabkan perdarahan karena anemia maupun abortus, kehamilan ektopik, perdarahan pada kehamilan trimester tiga, perdarahan post partum, distosia, pengguguran kandungan dan infeksi nifas (Manuaba, 2010).

Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Pada negara maju yaitu Amerika Serikat AKI sebanyak 9300 jiwa dan pada negara berkembang seperti Afrika Utara AKI berkisar 179.000 jiwa, Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per

100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Menurut Menteri Kesehatan (Menkes) tahun 2017 menyatakan dari 5.000 kematian per tahun, pada 2016 jumlahnya berkurang menjadi 4.912 dengan survei indikator kesehatan nasional, angkanya mencapai 306 orang per 100 ribu. Salah satu faktor yang mempengaruhi turunnya AKI ialah makin tingginya penggunaan fasilitas layanan kesehatan untuk proses melahirkan (Menkes, 2017). Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (Kalsel) tahun 2017 mencatat kasus kematian ibu dan anak tahun 2016 tercatat ada 92 kasus kematian ibu, sementara ada 811 kasus kematian bayi. Pada Januari hingga Agustus 2017, terjadi penurunan dengan data yang dirilis Dinkes Prov Kalsel mencatat ada 48 kasus kematian ibu, serta 441 kasus kematian bayi (Dinkes Prov Kalsel, 2017).

Hasil studi kasus yang mendukung penulisan ini dilakukan Ikhtiarini Ritma (2015) yang berjudul Asuhan Kebidanan Ibu

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Di BPM Hj. Halimatus...

Hamil Trimester III Dengan Kehamilan Normal Di BPS Pipin Heriyanti Yogyakarta dengan hasil Ny.W umur 26 tahun G2P1A0 umur kehamilan 38 minggu mengalami keluhan fisik dan psikologi yaitu pegel-pegel pada punggung, kram kaki dan merasa cemas menghadapi persalinan. Asuhan yang diberikan peneliti mencakup aspek *biopsikososio* maupun *spiritual*. Dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan secara komprehensif tersebut, maka didapatkan bahwa keluhan fisik yang dialami Ny.W sudah berkurang dan Ny.W merasa lebih mantap menghadapi persalinan karena dukungan psikologi serta kegiatan spiritual yang dilakukan Hasil penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III dengan kehamilan normal di BPS Pipin Heriyanti Yogyakarta dilaksanakan cukup baik dan tidak ada kesenjangan dalam penatalaksanaan yang diberikan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di BPM Hj. Halimatus Sa'diyah pada tanggal 07 Juli 2018 didapatkan jumlah data ibu hamil pada bulan Januari sampai Juni 2018 sebanyak 97 ibu

hamil dimana ibu hamil trimester I sebanyak 57 orang, ibu hamil trimester II sebanyak 23 orang dan ibu hamil trimester III sebanyak 17 orang. Dari data tersebut juga ditemukan sebanyak 13 ibu hamil mengalami anemia, sebanyak 4 ibu hamil mengalami hipertensi gestasional, sebanyak 21 ibu hamil mengalami emesis gravidarum. Saat dilakukan tanya jawab sederhana dengan 3 orang ibu hamil didapatkan bahwa salah satu ibu hamil merupakan hamil trimester I dengan UK 10 minggu yang mengalami mual muntah saat kehamilan berlangsung dan ibu hamil mengetahui tentang kondisi yang dialaminya dari bidan. Kemudian 2 orang ibu hamil merupakan hamil trimester III dengan UK masing-masing 34 minggu dan 35 minggu mengeluh sering mengalami nyeri pinggang dan sering kencing namun ibu juga telah dijelaskan mengenai kondisi yang dialaminya dari bidan

Berdasarkan latar belakang penulis tertarik mengambil kasus pada ibu hamil di BPM Hj. Halimatus Sa'diyah dikarenakan ada banyak ibu hamil yang melakukan kunjungan ke BPM tersebut dengan berbagai keluhan

sehingga penulis dapat melakukan pengkajian lebih mendalam lagi dengan mengambil judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Di BPM Hj. Halimatus Sa’diyah, AM.Keb Banjarmasin”.

METODE PENELITIAN

Studi kasus ini merupakan asuhan kebidanan pada ibu hamil di BPM Hj. Halimatus Sa’diyah, AM.Keb Banjarmasin.

Subjek dalam kasus ini adalah ibu hamil fisiologis TM III di BPM Hj. Halimatus Sa’diyah, AM.Keb Banjarmasin.

Waktu pelaksanaan studi kasus adalah jangka waktu yang dibutuhkan penulis untuk memperoleh data studi kasus yang dilaksanakan (Notoadmodjo, 2012). Studi kasus telah dilaksanakan pada 03 Agustus 2018.

HASIL

Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban percah dini dilakukan pada tanggal 03 Juli 2018 Di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

1. Data Subjektif

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.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran : compos mentis

3) Berat badan

Sebelum hamil : 45 kg

Sekarang : 58 kg

4) Tinggi badan : 153 cm

5) LILA : 25 cm

6) Tanda vital :

TD: 120/80 mmHg R: 21x/menit

Nadi: 84 x/menit Suhu: 36,7⁰C

b. Pemeriksaan Khusus

Leopold I : TFU Teraba 2 jari
dibawah *proessus*

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

3. Analisa Data

Diagnosa Kebidana G₃P₂A₀ 35 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Janin Gemelli Hidup Intra Uterin.

4. Penatalaksanaan

a. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dimana didapatkan keadaan umum

ibu baik dan TTV ibu didapatkan normal.

b. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

c. 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 oksien yang masuk ke janin didapatkan dengan maksimal.

d. Memberikan tindakan dan terapi sesuai dengan advis dr. SpoG.

e. 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 pad 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.

PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny R, yaitu ibu hamil 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 nifas sesuai 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.

1. 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.

2. 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 dilakukan dan 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.

3. 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 G₃P₂A₀ 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 teori Varney 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.

4. Penatalaksanaan

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 di plus 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 pemerisaan 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.

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.

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 bulan anak 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 n ketuban negatif yang artir 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.

WHO, 2015. Millenium Development Goals (MDGs). [internet]. Tersedia dalam: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>. [diakses 05 Januari 2018].

DAFTAR PUSTAKA

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].

Wiknjosastro, H. 2008. *Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Cet. 12*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.

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].

Manuaba, IBG. et al. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: ECG.

Nugroho, Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Prawirohardjo, Sarwono 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.

Sari A, Ulfa IM, Daulay R. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Bogor: In Media.

SDKI. 2012. *Pendekatan Tentang Angka Kematian Ibu dan Balita*. Jakarta: SDKI.

Varney, Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC.