

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI  
RSUD DR H.MOCH ANSARI SALEH BANJARMASIN**

Cici Dwirati\*, Sarkiah<sup>1</sup>, Elvine Ivana Kabuhung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AKBID Sari Mulia Banjarmasin

<sup>2</sup>STIKES Sari Mulia Banjarmasin

\*Cici Dwirati20@gmail.com, telp : 0857-5070-1519

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Berdasarkan data di ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin didapatkan adanya peningkatan kasus ibu bersalin dengan KPD dari tahun 2014-2016, tahun 2014 sebanyak 421 orang dari 5.951 persalinan (7,1%), tahun 2015 sebanyak 460 orang dari 3.204 persalinan (14,3%), dan tahun 2016 sebanyak 412 orang dari 2096 persalinan (5,08%).

**Tujuan Penelitian :** Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dengan KPD.

**Metode :** Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan teknik pengumpulan data primer meliputi wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi serta data sekunder yang meliputi buku register dan rekam medik.

**Hasil :** G2P0A1 UK 38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini. Hasil analisis Ny.E dengan riwayat abortus dapat menyebabkan serviks inkompetens dimana kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan serviks uteri, diberikan penatalaksanaan dengan infus RL 500 ml dalam 20 tpm, injeksi ceftriaxone 2x1 secara IV dengan mengevaluasi nilai skor Bhisop untuk memberikan oxytosin untuk tercapai his adekuat.

**Simpulan :** Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan pervaginam yang dilakukan pada Ny. E sesuai dengan SOAP dan teori tentang penatalaksanaan ibu bersalin.

Kata Kunci : Persalinan, KPD, dan Asuhan Kebidanan

## PENDAHULUAN

Berbagai permasalahan yang membahayakan ibu hamil saat ini sangat rentan terjadi, hal ini seiring banyaknya kejadian atau kasus-kasus yang ditemui di dunia kebidanan dengan terkait tanda – tanda bahaya kehamilan. Paling menonjol saat ini adalah kejadian ketuban pecah dini. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan dan tidak adanya tanda-tanda inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi di atas usia kehamilan 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah yang kontroversi dalam obstetri yang berkaitan dengan penyebabnya (Sarwono, 2010).

Ketuban pecah dini menjadi penyulit pada sekitar 8% dari kehamilan. Diantaranya, sekitar 50% dari wanita yang mengalami ketuban pecah dini akan melahirkan secara spontan dalam 12 jam, 70% dalam 24 jam, 85% dalam 48 jam, dan 95% dalam 72 jam. Ketika keadaan ini bertahan hingga lebih dari 18 jam sebelum kelahiran, keadaan ini disebut sebagai ketuban pecah dini

berkepanjangan, yang berhubungan dengan peningkatan angka infeksi neonatal hingga 10 kali lipat secara relatif. (Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2015).

Kejadian Ketuban Pecah Dini baik di negara maju maupun negara berkembang cukup tinggi dimana menurut *World Health Organization* (WHO) angka kejadian Ketuban Pecah Dini di negara maju tahun 2013 sebanyak 50-60%. Sedangkan di Indonesia angka kejadian Ketuban Pecah Dini tahun 2013 sebanyak 35 % (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan studi pendahuluan di ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin pada tanggal 25 Juni 2016, penulis melihat adanya peningkatan kasus ibu bersalin dengan KPD dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2016, hasil rekapitulasi tahun 2014 didapatkan data kejadian KPD sebanyak 421 orang dari 5.951 persalinan (7,1%), hasil rekapitulasi data pada tahun 2015 didapatkan data kejadian KPD sebanyak 460 orang dari 3.204 persalinan (14,3%), dan hasil rekapitulasi data pada

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

tahun 2016 didapatkan data kejadian KPD sebanyak 412 orang dari 2096 persalinan (5.08%).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik mengambil kasus Ketuban Pecah Dini karena dapat menyebabkan terjadinya peningkatan AKI dan AKB yang diakibatkan oleh infeksi sehingga penulis mengambil judul “Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin” dan adapun tujuannya dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.

## **BAHAN DAN METODE**

Metode studi kasus yang digunakan adalah metode deskriptif. Tempat studi kasus yaitu di ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. Studi kasus dilaksanakan pada Februari 2017 dengan sasaran yang diambil yaitu seorang ibu bersalin dengan permasalahan ketuban pecah dini.

## **HASIL**

### **1. Data Subjektif**

Ibu mengatakan hamil ± sembilan bulan, sekarang hamil anak kedua dan pernah mengalami keguguran dan kuretase. Ibu merasa kencang-kencang 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 pagi pukul 06.00 WITA sehingga ibu langsung dibawa keluarga ke rumah sakit. Kehamilan saat ini adalah kehamilan yang kedua dengan KPD, dimana pasien hamil pertama mengalami keguguran pada usia 12 minggu

Berdasarkan anamnesa didapatkan bahwa pasien hamil anak kedua, sekarang usia kehamilannya 38 minggu. Pasien tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti asma, Diabetes Mellitus, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan jantung. Selama hamil pasien memeriksakan kehamilannya di BPM dan Puskesmas. Diharapkan kepada tenaga kesehatan terus meningkatkan keterampilan komunikasi dalam melakukan pengkajian awal (anamnesa) sehingga tidak akan terjadi

## Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

kekeliruan identitas, dan data-data yang mampu menunjang untuk pemeriksaan lanjutan, analisis data dan penatalaksanaan yang akan diberikan kepada pasien. Selain itu, diharapkan pula bagi pasien agar bisa memberikan informasi yang sesuai dengan keluhan yang dirasakan, sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk menghubungkan antara keluhan dengan hasil pemeriksaan yang akan dilakukan untuk mendapatkan analisa data dan penatalaksanaan yang sesuai dengan keadaan pasien.

### 2. Data Objektif

Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap Ny.E didapatkan hasil pemeriksaan umum diantaranya adalah keadaan umum pasien baik, kesadaran *Composmentis*, TD 120/80 mmHg, N 98x/menit, R 22x/menit, T 36,4°C, BB 50 kg, Lila 24 cm. Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny. E adalah keseluruhan hasil dalam batas normal, namun pada daerah genitalia terdapat pengeluaran air dari vagina. Pemeriksaan palpasi juga dilakukan dan didapatkan hasil pemeriksaan leopold I :

TFU Teraba 3 jari dibawah PRX, bagian teratas fundus teraba bulat, besar, lunak dan tidak melenting (bokong), leopold II : pada perut ibu sebelah kiri teraba keras dan memanjang seperti paha dan bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin(ekstremitas), leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan melenting (presentasi kepala), dan leopold IV: pada bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5. His yaitu 3 kali dalam 10 menit, durasi 30 detik. DJJ I (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 132 x/menit dan DJJ II (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 140 x/menit. Pemeriksaan dalam juga dilakukan, dan didapatkan hasil diantaranya pembukaan serviks Ø 3 cm, selaput ketuban negatif (-), presentasi kepala, titik penunjuk UUK, penurunan kepala di Hodge II. Kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa pada pasien yaitu dengan lakmus test dan didapatkan hasil positif (+), merah menjadi biru, ketuban negatif yang artinya pasien mengalami ketuban pecah dini (KPD), kertas

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

lakmus merah berubah menjadi biru karena cairan ketuban bersifat basa.

Data objektif yang telah dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada, yaitu data yang diperoleh melalui hasil observasi, pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain (Muslihatun dkk, 2009). Data objektif yang didapatkan di lahan praktik terhadap Ny.E yaitu dengan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.

Dari data objektif yang telah dilakukan oleh penulis diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan lagi keterampilan praktik dalam pemeriksaan terhadap pasien, baik itu observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang lainnya untuk menunjang dari hasil pengkajian data subjektif sehingga tidak akan terdapat kesalahan dalam menegakkan diagnosa terhadap pasien.

### **3. Analisa Data**

Analisa data yang dapat disimpulkan berdasarkan pengkajian dari data subjektif

dan pemeriksaan yang telah dilakukan dari data objektif bahwa Ny. E dengan KPD dengan riwayat abortus dan kuretase yang dapat menyebabkan serviks inkompetens dimana selaput ketuban menipis dan pecah sebelum waktunya sehingga pada Ny.E diagnosa kebidanan yang ditegakkan adalah G<sub>2</sub>P<sub>0</sub>A<sub>1</sub> UK 38 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini (KPD), masalah yang didapat adalah pasien merasa cemas dengan keadaan yang dialaminya sekarang dan cemas terhadap keadaan bayinya, dan kebutuhan yang diberikan adalah asuhan sayang ibu dan berkolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian tindakan dan terapi.

Berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan pada Ny.E tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan kembali dalam hal penegakkan diagnosa terhadap pasien, sehingga diagnosa yang ditegakkan tepat. Dengan penegakkan diagnosa yang tepat, maka asuhan atau penatalaksanaan yang

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

nantinya akan diberikan memenuhi kebutuhan pasien.

Tindakan segera pada pasien dengan KPD tidak mengalami kesenjangan antara teori dan lahan praktek. Dimana pada lahan praktek pasien diberikan tindakan aktif Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal sectio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µgintravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi, dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea, Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam, namun bila induksi dengan oksitosin gagal, bila gagal seksio sesarea

Perencanaan dilakukan berdasarkan diagnosa masalah, kebutuhan yang muncul, disesuaikan dengan peran fungsi dan kewenangan bidan. **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan. Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. E adalah menginformasikan kepada ibu tentang

pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu ibu mengalami KPD dengan UK aterm (38 minggu), namun apabila ada indikasi pembukaan ibu 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, menjaga privasi pasien dan 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. Pasien ini dilakukan tindakan aktif

Selain memberikan asuhan kebidanan secara mandiri, juga melakukan kolaborasi dengan dokter Sp. OG untuk diberikan terapi selama masa aktif yaitu dengan pemasangan

## Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

infus RL 500 ml dalam 20 tpm, pemberian injeksi ceftriaxone 2x1 secara IV, serta mengobservasi kontraksi uterus, nadi, DJJ untuk memantau keadaan ibu dan janin setiap 30 menit, TTV dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam sekali untuk mengetahui kemajuan proses persalinan, namun 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 penelitian 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 aktif dilakukan peneliti terhitung dari pukul 10.00 WITA - 19.00 WITA. Penatalaksanaan

sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan, dimana pasien dirawat dirumah sakit sampai tidak keluar air ketuban lagi, namun pukul 10.00 WITA pasien mengeluh mulesnya semakin sering hingga menjalar kepinggang, setelah berkonsultasi dengan dokter SPOG maka dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil pembukaan 4 cm, pendataran serviks 50% dan penurunan kepala Hodge II, konsistensi serviks lunak, posisi serviks kebelakang, sehingga Ny.

E diberikan terapi untuk terminasi kehamilan dan karena nilai skor bishop pasien lebih dari 5 maka terminasi dilakukan dengan oxytosin drip 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan D5% atau *Ringer Laktat*, lalu mulai infus dengan tetesan pertama 8 tetes/menit dan setiap 30 menit tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai, dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit. Pasien kemudian diobservasi untuk mengetahui DJJ, kontraksi uterus, nadi, dan keluhan persetengah jam sekali dan dicatat data yang telah didapat kedalam partograf, selama observasi pasien mengeluh perutnya semakin mules dan

## Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

masih keluar air-air dari kemaluannya. Atas advis dokter maka pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam lagi yaitu pada pukul 15.00 WITA dengan hasil pembukaan 8 cm dan penurunan kepala 2/5. Pembukaan lengkap pada pukul 17.00 WITA dan persalinan pervaginam berlangsung lancar dan bayi lahir 10 menit setelah pembukaann lengkap bayi lahir pervaginam spontan belakang dan segera menangis dengan berat bayi 2700 gram dan panjang 51 cm, berjenis kelamin laki-laki. Saat menolong kelahiran plasenta tidak ada kesulitan, plasenta lahir lengkap dan utuh serta tidak terdapat robekan pada perineum.

Secara teori pasien dengan KPD dapat dilakukan tindakan konservatif dan aktif, tindakan konservatif dilakukan apabila kehamilannya masih dapat dipertahankan dengan pemberian terapi, namun apabila kehamilan sudah inpartu maka akan dilakukan tindakan aktif yaitu dengan melakukan terminasi kehamilan dimana tindakan terminasi akan menilai skor pelvik, apabila skor pelvik kurang dari 5 maka terminasi dilakukan dengan diberikan

misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali namun apabila skor pelvik lebih dari 5 dilakukan dengan induksi oxytosin 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan D5% atau *Ringer Laktat*, lalu mulai infus dengan tetesan pertama 8 tetes/menit dan setiap 30 menit tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai, dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit

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. Setelah itu peneliti melanjutkan observasi dan pemantauan kala IV pada ibu dengan



Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

pemeriksaan TTV, kontraksi uterus dan perdarahan.

## **PEMBAHASAN**

Pengkajian data subjektif yang dilakukan pada Ny.E berdasarkan anamnesa didapatkan bahwa pasien hamil anak kedua dan anak pertama mengalami keguguran sekarang usia kehamilannya 38 minggu. Pasien tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti asma, Diabetes Mellitus, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan jantung.

Pengumpulan data subjektif ini sudah sesuai dengan teori yang ada, 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 (Muslihatun, 2009). Diharapkan kepada tenaga kesehatan terus meningkatkan keterampilan komunikasi dalam melakukan pengkajian awal (anamnesa) sehingga tidak akan terjadi kekeliruan identitas, dan data-data yang mampu menunjang untuk pemeriksaan lanjutan, analisis data dan penatalaksanaan yang akan diberikan kepada pasien. Selain

itu, diharapkan pula bagi pasien agar bisa memberikan informasi yang sesuai dengan keluhan yang dirasakan, sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk menghubungkan antara keluhan dengan hasil pemeriksaan yang akan dilakukan untuk mendapatkan analisa data dan penatalaksanaan yang sesuai dengan keadaan pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif yang didapatkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan lahan praktik.

Pengkajian data objektif yang dilakukan pada Ny.E tidak ada kesenjangan pada pemeriksaan khusus dan fisik terdapat pengeluaran cairan yang merembes melalui vagina sebelum tanda-tanda inpartu. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif yang didapatkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, dimana berdasarkan teori Prawirohardjo, 2010 menyatakan bahwa pemeriksaan KPD dilakukan dengan tes lakmus (Nitazin test) merah menjadi biru.

## Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

Sedangkan kejadian KPD yang dialami pasien sudah sesuai dengan teori Cunningham, 2010 yang menyatakan bahwa ibu yang pernah mengalami riwayat keguguran pada kehamilan kedua bisa mengalami KPD terjadi akibat serviks inkompetensi dimana serviks mengalami penipisan terlebih dahulu sehingga memudahkan selaput ketuban mudah pecah.

Analisa data yang dapat disimpulkan berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan pemeriksaan yang telah dilakukan dari data objektif bahwa Ny. E dengan mempunyai riwayat keguguran bisa menyebabkan KPD dimana serviks mengalami penipisan terlebih dahulu sehingga memudahkan selaput ketuban mudah pecah. sehingga pada Ny. E diagnosa kebidanan yang ditegakkan adalah G<sub>2</sub>P<sub>0</sub>A<sub>1</sub> UK 38 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini (KPD, masalah yang didapat adalah pasien merasa cemas dengan keadaan yang dialaminya, dan kebutuhan yang diberikan adalah asuhan sayang ibu dan berkolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian tindakan dan terapi. Berdasarkan

teori Varney 2007, analisis data adalah mengidentifikasi masalah dari data yang ada, untuk menentukan diagnosa yang akurat, yang terdiri dari diagnosa, masalah dan kebutuhan.

Berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan pada Ny.E tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan kembali dalam hal penegakkan diagnosa terhadap pasien, sehingga diagnosa yang ditegakkan tepat. Dengan penegakkan diagnosa yang tepat, maka asuhan atau penatalaksanaan yang nantinya akan diberikan memenuhi kebutuhan pasien.

Penatalaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan. Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny.E adalah menginformasikan kepada ibu tentang pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu ibu mengalami KPD dengan UK aterm (38 minggu) namun apabila ada indikasi pembukaan ibu semakin maju maka akan dilakukan pemberian obat untuk membuat persalinan dengan cara bagian mulut rahim

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

(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, menjaga privasi pasien dan 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. Pasien ini dilakukan tindakan aktif dengan alasan bahwa pasien dengan usia kehamilan aterm.

Secara teori pasien dengan KPD dapat dilakukan tindakan konservatif dan aktif, tindakan konservatif dilakukan apabila kehamilannya masih dapat dipertahankan dengan pemberian terapi, namun apabila kehamilan sudah inpartu maka akan dilakukan tindakan aktif yaitu dengan melakukan terminasi kehamilan dimana tindakan terminasi akan menilai skor pelvik,

apabila skor pelvik kurang dari 5 maka terminasi dilakukan dengan diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali namun apabila skor pelvik lebih dari 5 dilakukan dengan induksi oxytosin 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan D5% atau *Ringer Laktat*, lalu mulai infus dengan tetesan pertama 8 tetes/menit dan setiap 30 menit tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai, dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit

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.

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Kepada ibu Sarkiah, S.S.T.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah banyak membantu dan memberikan saran-saran perbaikan untuk kesempurnaan penyusunan studi kasus ini. Kepada ibu Elvine Ivana Kabuhung, S.S.T.,M.Kes selaku pembimbing II yang

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

telah banyak membantu dan memberikan saran-saran perbaikan untuk kesempurnaan penyusunan proposal studi kasus ini. Kepada ibu Nita Hestiyana, SST, M.Kes selaku Penguji utama yang telah banyak membantu dan memberikan masukan serta saran-saran untuk kesempurnaan penyusunan studi kasus ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Akademi Kebidanan Sari Mulia, 2016. *Pedoman Penulisan Studi Kasus*. Banjarmasin: Akademi Kebidanan Sari Mulia Banjarmasin.
- Bobak, dkk.2005 . *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Aisyah, Siti, Jurnal midpro, Edisi<sup>1</sup> 2012.perbedaan kejadian ketuban pecah dini antara primipara dan multipara . Lamongan
- Depkes RI. 2013. *Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta : Departemen Kesehatan Indonesia.
- Dinkes Prov Kalsel. 2015. *Jaminan Persalinan. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan*. Banjarmasin.
- Manuaba, IBG, et al. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: ECG.
- Marmi, S.S.T. 2010. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mochtar. 2011 .*Sinopsis Obstetri Jilid I Edisi III*. Jakarta : EGC
- Nugroho, Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kebidanan Edisi 4 cetakan 3*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Ratnawati S, dkk. (2010). *Hubungan Antara Pekerjaan Ibu Hamil Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di URJ Poli Hamil II RSUD Dr. Soetomo Surabaya*.Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes. Vol.I No.3 Juli 2010 ISSN: 2086-3098.
- Purwaningsih, 2010. *Asuhan patologi kebidanan plus contoh asuhan kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo
- Sulistiyawati, A 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Varney, Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta : EGC
- Wiknjosastro, H. 2010. *Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Cet. 12*. Jakarta : Bina Pustaka.
- Yulianti Lia Am.Keb.,MKM, 2010.*Asuhan kebidanan IV patologi*. Jakarta : PT.Trans Info Media.Jakarta