

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y USIA 22 TAHUN GIP0A0 USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN
PECAH DINI DI KLINIK HELEN
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun OLEH :

**BEATA ARNIAT BATE'E
022015007**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y USIA 22 TAHUN GIP0A0 USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN
PECAH DINI DI KLINIK HELEN
TAHUN 2018**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Beata Arniat Bate'e
022015007**

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Pr
Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh:

Pembimbing : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes

Tanggal : 18 Mei 2018

Tanda Tangan :

**Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Beata Arniat Bate'e
NIM : 022015007
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 22 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di Klinik Helen Medan Tahun 2018

Telah Disetujui, Diperiksa Dan Dipertahankan Di hadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Rabu, 23 Mei 2018 Dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : Desriati Sinaga, S.ST., M.Keb



Penguji II : Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes



Penguji III : Flora Naibaho, SST., M.Kes



Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Anita Veronika, S.SiT., M.K.M

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

RIWAYAT HIDUP



Nama : Beata Arniat Bate'e
NIM : 022015007
Tempat/Tanggal Lahir : Desa Hiliweto Idanoi, 08 April 1995
Agama : Katolik
Jumlah Saudara : 4 Bersaudara
Riwayat Pendidikan : 1. SD N 071061 Tetehosi Idanoi
2. SMP Swasta Siwalubanua II
3. SMK N 1 Dharma Caraka Gunungsitoli Selatan
4. D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan
2015 Sampai Sekarang
Pekerjaan : Mahasiswi
Status : Belum Kawin
Suku/Bangsa : Nias/Indonesia

Persembahan

Kari takkan indah tanpa mentari dan rembulan

begitu juga hidup takkan indah tanpa tujuan

harapan serta tantangan

Meski terasa berat namun maninya hidup justru akan terasa

apabila semuanya terlalui dengan baik meski harus memerlukan pengorbanan

Kupersembahkan karya kecil ini untuk cahaya hidup

yang senantiasa ada saat suka maupun duka

selalu setia mendampingi, saat kulemah tak berdaya Terima kasih buat Ayah meski

ayah sudah tiada bersamaku, berkat doa ayah bisa melalui semua tantangan, suka
duka

selama duduk di bangku perkuliahan dan karya kecil ini kupersembahkan untukmu
ayahku

tercinta dan juga buat Ibuku tercinta terimakasih atas pengorbananmu dan yang
selalu

memanjatkan doa kepada putri Mu tercinta dalam setiap sujudnya. Terima kasih
untuk semuanya

Motto:

"Tuhan akan membuat semuanya indah pada waktunya, tidak terlalu cepat, dan tidak

pernah terlalu terlambat, tetapi selalu tepat pada waktunya."

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul "**Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 22 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di Klinik Helen 01 Maret – 24 Maret 2018**" ini sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klien dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, 23 Mei 2018

Yang membuat pernyataan



(Beata Armat Bate'e)

STIKes Elisabeth Medan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y USIA 22 TAHUN GIP0A0 USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN
PECAH DINI DI KLINIK HELEN
TAHUN 2018**

Beata Arniat Bate'e² Flora Naibaho³

INTISARI

Latar Belakang : Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur status kesehatan ibu disuatu negara. Dari hasil survey Demografi dan Kesehatan Dasar Indonesia (SDKI) Tahun 2012 AKI di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih jauh dari target Millenium Development Goals (MGDs) ke-5 yaitu menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2015)

Tujuan : untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ny. Y Usia 22 Tahun GIA0P0 Usia kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen

Metode : Metode pengumpulan data yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu melihat gambaran kejadian tentang Asuhan Kebidanan pada Ny. Y Usia 22 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 37 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini Di Klinik Helen.

Hasil : Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny.Y adalah keadaan umum cemas, pembukaan belum lengkap, dan nampak keluar cairan pervaginam, dan tidak terdapat tanda-tanda inpartu, masalah ini belum teratasi dan diharapkan kepada semua tenaga kesehatan untuk lebih menerapkan asuhan kebidanan pada kasus hamil dengan Ketuban pecah dini sesuai dengan prosedur yang ada.

Kesimpulan : Asuhan kebidanan Pada Ny. Y Usia 22 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di Klinik Helen. Pemeriksaan Fisik pada daerah Genitalia Keluarnya Rembesan Cairan yang berwarna jernih, Encer, Dan tidak Terdapat Tanda-tanda Peersalinan.

Kata Kunci : Ketuban Pecah Dini

Referensi : 11 buku 1 Jurnal (2009-2018)

¹Judul Penulisan Studi

²Mahasiswa Prodi D-3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON MRS. Y AGE 22 YEARS G₁P₀A₀ AGE OF
PREGNANCY 37 WEEKS WITH
EARLY PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT HELEN CLINIC
YEAR 2018¹**

Beata Arniat Bate'e² Flora Naibaho³

ABSTRACT

Background: Maternal mortality rate (MMR) is one indicator to measure maternal health status in a country. Based on the Indonesian Basic Health and Demography and Survey (AKKI) survey of 2012, AKI in Indonesia is 359 per 100,000 live births. This figure is still far from the 5th Millennium Development Goals (MGDs) target of reducing MMR to be 102 per 100,000 live births by 2015 (MoH RI, 2015)

Objective: to gain real experience in implementing Midwifery Care on Mrs. Y Age 22 Years G₁A₀P₀ Gestational age 37 Weeks with Early premature rupture of membranes at Helen Clinic

Method: Data collection method used was descriptive method that was to see picture of incident about Midwifery care on Mrs. Y Age 22 Years old G₁P₀A₀ Age of Pregnancy 37 Weeks with Early Premature Rupture of Membranes at Helen Clinic

Result: Examination done on Mrs. Y is general condition of anxiety, incomplete opening, and visible out of vaginal discharge, and there is no sign of inpartu, this problem has not been resolved yet and it is expected to all health workers to better apply midwifery care in pregnant case with premature rupture of membranes in accordance with existing procedures.

Conclusion: Midwifery Care on Mrs. Y Age 22 Years old G₁P₀A₀ Age of Pregnancy 37 Weeks With Early premature rupture of membranes at Helen Clinic. Physical Examination on the Genitalia Outlet Seepage Clear colored liquid, Enker, And no Signs of Peership.

Keywords: premature rupture of membranes

Reference: 11 book I jurnal (2009-2018)

¹The Title of Case Study

²Student of D-3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasihNya sehingga penulis mendapatkan kesempatan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ **Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 22 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di Klinik Helen**” Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Program Studi D3 Kebidanan.

Penulis menyadari banyak kesalahan baik isi maupun bahasa nya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka dan lapang dada penulis memohon kepada semua pihak agar dapat memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun guna ini menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moral, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep, Ns, M.Kep selaku ketua STIKes St.Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SIT., M.KM selaku ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes St.Elisabeth Medan yang telah Memberikan Kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Tugas Akhir dan juga selaku Dosen Pembimbing Akademik dan Risda Mariana manik, S.ST, M.Kes selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Kepada ibu Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes dan Ibu Desriati Sinaga, S.ST., M.Keb selaku dosen Penguji, terimakasih buat masukan, arahan dan nasehat yang ibu berikan kepada penulis sehingga penulis dapat mengetahui kekurangan dari Laporan Tugas Akhir penulis dan memperbaiki menjadi lebih baik lagi.
5. Seluruh Staf Dosen, Karyawan karyawan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah member ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani Program Studi D3 Kebidanan baik Teori maupun Praktek.
6. Bidan Helen Tarigan, SST, yang telah member ijin bagi penulis untuk melakukan penelitian di Klinik Helen Medan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Ny. Y yang sudah bersedia menjadi pasien saya untuk menyelesaikan Pendidikan D3 di STIKes Santa Elisabeth Medan.
8. Kepada Sr.Avelina FSE beserta tim ibu asrama, yang sabar membimbing dan mengarahkan penulis selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan ini.

9. Kepada Orang tua tercinta Ayahanda Faebuadodo Bate'e (Alm) dan Ibunda Samaati Gea, yang menjadi motivasi penulis, yang selalu bersedia mendoakan dan mendukung, baik materi maupun moral serta terima kasih yang tak terhingga karena telah membesarkan dan memotivasi selama penulis mengikuti Pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
10. Kepada Mahasiswa D3 Kebidanan Stikes St.Elisabeth Medan angkatan XV yang selalu setia bersama penulis dalam suka maupun duka, yang selalu bersama serta berbagai cerita selama penulis menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan ini.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih sebesar-besarnya. Semoga segala bantuan yang diberikan mendapat balasan dari tuhan Yang Maha Esa. Penulis berharap semoga Laporan Tugas akhir ini dapat berguna bagi pembaca.

Medan, Mei 2018

Penulis

Beata Arniat Bate'e

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Studi Kasus.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Studi Kasus.....	5
1. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
2. Bagi Klinik.....	5
3. Bagi Klien.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Kehamilan.....	6
1. Pengertian	6
2. Diagnosis Kehamilan.....	6
3. Perubahan Fisiologis Dalam Kehamilan.....	11
4. Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan.....	17
5. Kebutuhan Ibu Hamil Per Trimester.....	18
6. Tanda-Tanda Bahaya Dalam Kehamilan.....	24
B. Pengertian Ketuban Pecah Dini	36
1. Pengertian	36
2. Ciri-Ciri Ketuban	37
3. Manifestasi Klinis.....	37
4. Faktor Resiko.....	38
5. Penanganan	39
6. Komplikasi.....	41
C. Rujukan.....	41
1. Tujuan	42
2. Jenis.....	42
3. Jalur Rujukan.....	43

4. Mekanisme Rujukan	44
D. Pendokumentasian Asuhan kebidanan.....	46
1. Pengumpulan Data Dasar.....	46
2. Interpretasi Data Dasar.....	47
3. Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan.....	48
4. Tindakan Segera.....	49
5. Perencanaan	50
6. Pelaksanaan.....	51
7. Evaluasi.....	52
BAB III METODEDE STUDI KASUS	56
A. Jenis Studi kasus	56
B. Tempat Dan Waktu Studi Kasus.....	56
C. Subjek Studi Kasus	56
D. Metode Pengumpulan Data.....	57
E. Waktu Studi kasus.....	57
F. Teknik Pengumpulan Data.....	57
G. Alat-alat yang Dibutuhkan.....	58
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	60
A. Tinjauan Kasus.....	60
B. Pembahasan.....	75
BAB V PENUTUP.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan.....	16
2.2 Tabel kunjungan pada ibu hamil	27
2.3 Ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan.....	29
2.4 Jadwal Imuniasi TT	30

STIKes Elisabeth Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat Permohonan Ijin Studi Kasus
3. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
4. Daftar Tilik/Lembar Observasi
5. Liflet
6. Lembar Konsultasi

STIKes Elisabeth Medan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur status kesehatan ibu disuatu negara. Dari hasil survey Demografi dan Kesehatan Dasar Indonesia (SDKI) Tahun 2012 AKI di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih jauh dari target Millenium Development Goals (MGDs) ke-5 yaitu menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2015)

Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk melihat derajat kesehatan seorang ibu dan bayi di suatu wilayah. AKI dan AKB juga merupakan salah satu target pembangunan millenium Millennium De Velopment Goals (MDGS), yaitu target kelima untuk meningkatkan kesehatan ibu dengan mengurangi resiko kematian pada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas (Sukesih, 2012)

Berdasarkan hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa secara nasional Angka Kematian Bayi (AKB) di indonesia adalah 32 per 1000 kelahiran hidup. Jikadibandingkan dengan AKB tahun 2007 sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup, dan tahun 2003 sebesar 35 per 1000 kelahiran hidu, AKB tersebut sudah menurun namun jauh dari target MDGs 2016 yaitu 23/1000 KH sehingga memerlukan upaya keras dari semua komponen untuk mencapai target tersebut (Sudarmi, 2012)

Tingginya angka kematian Perinatal merupakan manifestasi kurangnya kesempatan bagi penderita untuk memperoleh pelayanan kebidanan ataupun pelayanan perinatologi yang memadai. Pelayanan yang optimal dari petugas kesehatan akan dapat membantu menurunkan berbagai macam komplikasi yang dialami oleh ibu selama masa kehamilan seperti keracunan kehamilan, perdarahan, anemia, ketuban pecah dini (Atmono, 2010)

Menurut *World Health Organization* (WHO) bahwa setiap tahunnya wanita yang melahirkan meninggal dunia mencapai lebih dari 500.000 orang. Sebagian besar kematian ibu terjadi di Negara berkembang karena kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan, persalinan “Dukun” disertai keadaan sosial ekonomi dan pendidikan masyarakat masih tergolong rendah.

Ukuran keberhasilan suatu pelayanan kesehatan tercermin dari penurunan angka kematian ibu (*Maternity Mortality Rate*) sampai pada batas angka terendah yang dapat dicapai sesuai dengan kondisi dan situasi setempat serta waktu. Berdasarkan survey demografi kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 lebih rendah dari hasil SDKI 2007. Untuk periode lima tahun sebelum survey, angka kematian bayi hasil SDKI 2012 adalah 32 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup dan kematian Balita adalah 40 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup. Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat meningkatkan angka kejadian morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator peka untuk menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat disuatu ngara, kematian ibu

menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau 42 hari setelah melahirkan akibat semua sebab yang terkait dengan atau tidak diperberat dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Menurut SDKI tahun 2012, Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi yaitu sebesar 359 per 100.000 Kelahiran Hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2014) dan Angka Kematian Perinatal di Indonesia

Akibat terjadinya ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu dapat menyebabkan kejadian intra partum (korioamnionitis) ascendens dari vagina intrauterine dan persalinan preterm. Komplikasi pada ibu dapat mencakup peningkatan kejadian persalinan melalui bedah *Caesar* (akibat malpresentasi, prolaps tali pusat), infeksi intramnion (15-30%) dan *endometritis* pasca persalinan gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia (sering terjadi pada presentasi bokong atau letak lintang), *Oligohidramnion*, serta sering kali terjadi partus kering (dry Labor) karena air ketuban habis (Rukiyah, 2014)

Pada data survey PKK 1 yang dilakukan di Klinik Heny Kasih mulai Tanggal 24 April sampai Tanggal 19 Mei 2017 di peroleh kasus dengan Ketuban Pecah Dini 1 orang (1%), Manual Plasenta 1 orang (1%), preeklampsia 1 orang (1%), PKK 2 yang dilakukan di RSE Batam Mulai Tanggal 17 November sampai 3 Desember 2017 diperoleh Anemia 2 orang (2%), IUGR 1 orang (1%), BBLR 2 orang (2%), Asfiksia 1 orang (1%), Perdarahan Postpartum 1 orang (1%). PKK 3 yang dilakukan di Klinik Helen Mulai Tanggal 1 Maret sampai 24 Maret diperoleh kasus Ketuban Pecah Dini 1 orang (1%), Persalinan tak Maju 1 Orang (1%).

Berdasarkan latar belakang diatas, sesuai Visi dan Misi STIKes Santa Elisabeth khususnya Prodi D3 Kebidanan Medan yaitu Menghasilkan Tenaga Bidan yang Unggul dalam Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal dan turut menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia, Penulis tertarik untuk melakukan Studi kasus Laporan Tugas Akhir Pada Ny. "Y" yang dituangkan dalam Laporan Tugas Akhir dengan Judul "Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ny. Y usia 22 Tahun GIP0A0 Di Klinik Helen Tahun 2018", Sebagai bentuk pencegahan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Indonesia.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu, mengerti dan memahami serta dapat membrikan asuhan kebidanan pada Ny. Y dengan ketuban Pecah Dini di Klinik Helen medan tanggal 2 Maret 2018 dengan manajemen Helen varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Medan Tahun 2018.
- b. Mampu merumuskan Interpretasi data yang meliputi diagnosa kebidanan, masalah, kebutuhan pada Ny. Y dengan Ketuban pecah Dini di Klinik Helen Medan Tahun 2018.
- c. Mampu merumuskan masalah potensial pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Medan Tahun 2018 .

- d. Mampu melakukan tindakan segera atau melakukan antisipasi penanganan segera pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Medan Tahun 2018.
- e. Mampu merencanakan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan pengkajian pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Medan tahun 2018.
- f. Mampu melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan pada Ny. Y dengan Ketuban pecah Dini di Klinik Helen Medan Tahun 2018.
- g. Mampu membuat evaluasi tindakan pada Ny. Y dengan Ketuban pecah Dini di Klinik Helen Medan tahun 2018.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan dokumentasi dan bahan perbandingan untuk studi kasus selanjutnya, dan bahan bacaan bagi pembaca di perpustakaan STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Bagi Klinik

Dapat meningkatkan mutu pelayanan yang beerkualitas berdasarkan standar pelayanan kebidanan pada kasus gawat darurat terutama Ketuban Pecah Dini pada ibu hamil.

3. Bagi Klien

Setelah diberikan asuhan kebidanan pada klien selama masa hamil, diharapkan dapat mencegah, mendeteksi dan mengatasi masalah serta mencegah masalah potensial yang akan terjadi pada klien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawihardjo, 2009).

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah dalam periode pertumbuhan seorang wanita (Bryar, 1995). Perubahan fisik maupun psikologis yang terjadi dalam kehamilan bersifat fisiologis bukan patologis. Asuhan yang diberikan diupayakan untuk membantu ibu beradaptasi dengan perubahan selama hamil dan mengantisipasi keadaan abnormal dari perubahan fisik maupun psikologis ibu. Pelayanan berkesinambungan (continuity of care), dengan focus utama pada ibu/women centered.

2. Diagnosis kehamilan

1. Tanda pasti hamil

Menurut walyani, 2017 tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksaan. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini :

- a) Gerakan janin dalam rahim, gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksaan. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.
- b) Denyut jantung janin , dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal elektrokardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscop laenec, DJJ baru dapat didengarr pada usia kehamilan 18-20 minggu.
- c) Bagian-bagian janin, bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian terkecil janin (lengan dan kaki) dapapt diraba dengan jelas pada usia kehamilan yang lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.
- d) Kerangka janin, kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

2. Tanda-tanda mungkin hamil

Reaksi kehamilan positif : dasar dari tes kehamilan adalah pemeriksaan hormon choriolik gonadotropin sub unit beta (beta heg) dalam urine. Jika terjadi kehamilan terjadi reaksi antigen-antibodi dengan beta heg, sebagai anti gen beta heg dapat di deteksi dalam darah dan urine mulai enam hari setelah impatasi (penanaman embrio didalam rongga rahim).

Cara khas yang dipakai untuk menentukan adanya Human chorionic Gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pagi hari. Dengan tes kehamilan tertentu air kencing pagi hari ini dapat membantu membuat diagnosis kehamilan sedini-dininya (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2005).

3. Tanda tidak pasti hamil

Amenorea : konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi, mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan rumus nagle dapat ditentukan perkiraan persalinan, amenorea (tidak haid), gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2005).

Mual dan muntah : pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penegluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual dan muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness, akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang. Nausea (enek) dan emesis (muntah), dimana enek pada umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang emesis. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Dalam batas-batas tertentu kadaan ini masih fisiologik. Bila melampapai sering, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut hyperemesis gravidarum (Wiknjosastro dalam Prawihardjo, 2005).

Mengidam, mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2005).

Pingsan, pingsan, sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Hilang sesudah kkehamilan 16 minggu (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2005).

Ada beberapa Langkah Pengambilan Keputusan Klinik, yaitu :

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan saling percaya, barulah bidan melakukan pengumpulan data (anamnesa). Data yang pertama di kumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien. Data ini perlu digali sebanyak-banyaknya karena akan mendukung langkah-langkah selanjutnya. Oleh karena itu, bidan harus memiliki kemampuan untuk menggali semua permasalahan sampai hal yang sangat pribadi agar dapat memberikan asuhan yang komprehensif.

Langkah berikutnya adalah pengumpulan data objektif yang dapat diperoleh dari hasil pemeriksaan pada pasien, baik pemeriksaan fisik, psikologis, maupun pemeriksaan penunjang. Selain itu, data objektif juga dapat diperoleh pada saat melakukan pengumpulan data subjektif. Data yang dikumpulkan dalam pelayanan kebidanan harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Data harus akurat

Artinya data yang didapatkan dari pasien adalah sesuai kenyataan atau data sebenarnya, sehingga pada saat pengambilan keputusan klinik dapat tepat dan efektif.

2. Kemampuan analisis

Alam mengumpulkan data bidan harus memiliki kemampuan analisis yang tinggi mengenai masalah, data subjektif, dan data objektif. Kemampuan ini sangat diperlukan dalam proses proses pengambilan keputusan klinik.

3. Pengetahuan esensial

Pengetahuan esensial seorang bidan adalah semua pengetahuan yang berkaitan dan mendukung pelayan bidan. Pengetahuan ini dapat berasal dari pendidikan formal, nonformal, dan dari membaca. Semakin banyak atau tinggi pengetahuan bidan tentang pelayanan kebidanan, maka peluang untuk mengambil keputusan yang tepat dalam pelayanan akan makin besar.

4. Pengalaman yang relevan

Dalam pengambilan suatu keputusan, bidan sebaiknya memiliki pengalaman yang cukupdan relevan dengan bidang ilmu yang ditekuninya, sehingga tidak memiliki keraguan saat harus mengambil keputusan. Bidan adalah seorang pemberi pelayanan pada bayi, balita, anak, remaja, ibu dan keluarganya, serta pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, bidan dituntut mampu mengambil keputusan klinik yang tepat dan efektif pada saat menemuimasalah dalam pelayanannya.

5. Memiliki intuisi

Bidan yang telah memenuhi empat kriteria di atas diharapkan akan memiliki intuisis yang tepat atau akurat dalam pengambilan keputusan dalam pelayanannya. Intuisi yang tinggi sangat diperlukan dalam proses pengambilan asuhan yang diberikan dan dalam penentuan masalah, serta dalam menentukan diagnosis. Dengan demikian, bidan dapat memberikan pelayanan yang cepat dan akurat dan pada saat sebelum masalah itu timbul, bidan diharapkan sudah dapatmengantisipasi pelayanan atau asuhan apa yang harus diberikan. Setelah pengumpulan data dilakukan, langkah

selanjutnya adalah menegakkan suatu diagnosa atau masalah. Untuk mendapatkan diagnosa dan mengangkat masalah yang tepat, data harus diambil secara sirkuler. Setelah yakin data sudah terkumpul dengan lengkap, langkah berikutnya adalah menilai apakah saat menentukan diagnosis dan masalah tersebut juga ditemukan masalah lain yang menyertai. (Sondakh, 2013).

3. Perubahan Fisiologi Dalam Kehamilan

1. System reproduksi

a) Vagina dan vulva

1) Trimester I

Pengaruh hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah sehingga nampak semakin merah dan kebiru-biruan. Hormone kahamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar, hipertropi otot polos dan pemanjangna vagina.sel-sel vagina yang kaya glikogen terjadi akibat stimulasi estrogen. Sel-sel yang tinggal membentuk rabas vagina yang kental dan berwarna keputihan yang disebut leukore, selama masa hamil pH sekresi vagina menjadi lebih asam. Keasaman berubah dari 4 menjadi 6,5. Peningkatan pH membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina, khususnya jamur. Leukore adalah rabas mukoit berwarna keabuan dan berbau tidak enak. (Romauli, 2016).

1) Trimester II

Karena hormone estrogen dan progesteron terus meningkat dan terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah alat genitalia membesar. Peningkatan kongesti ditambah relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan farises vulva. (Romauli, 2016).

2) Trimester III

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkannya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dindingnya vagina. (Romauli, 2016).

b) Serviks uteri

1. Trimester I

Pada trimester pertama kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Dengan sel-sel otot polos dan jaringan elastis, serabut kolagen bersatu dengan arah paralel terhadap sesamanya sehingga serviks menjadi lunak pada dinding kondisi tidak hamil, tetapi tetap mampu mempertahankan kehamilan. (Romauli, 2016).

2. Trimester II

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan anak mengeluarkan sekresi lebih banyak. (Romauli, 2016).

3. Trimester III

Pada saat kahamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispresi). Proses perbaikan serviks setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. (Romauli, 2016).

c) Uterus

1. Trimester I

Pada minggu pertama kahamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilan, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. (Romauli, 2016)

2. Trimester II

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. (Romauli, 2016).

3. Trimester II

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh. (Romauli, 2016).

d) Ovarium

1. Trimester I

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidatum, korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian korpus luteum mengecil setelah plasenta terbentuk. Korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan kematangan volikel baru ditunda, hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan diovarium. Volikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur 16 minggu. (Romauli, 2016).

2. Trimester II

Pada usia kehamilan 16 minggu, plasenta mulai terbentuk dan menggantikan fungsi korpus luteum gravidatum. (Romauli, 2016).

3. Trimester III

Pada trimester ke III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk. (Romauli, 2016).

e) System payudara

1. Trimester I

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon samatomotropin menimbulkan hipertropik sistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada payudara. Somatotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus dan menimbulkan perubahan sel-sel sehingga terjadi pembuatan terbentuk lemak disekitar alveolua-alveolus, sehingga payudara menjadi besar. (Romauli, 2016).

2. Trimester II

Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum. Colostrum ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. (Romauli, 2016).

3. Trimester III

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. (Romauli, 2016).

f) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh (Prawihardjo, 2014)

1. Trimester I

Pada dua bulan pertama kenaikan berat badan belum terlihat, tetapi baru nampak bulan ketiga.

2. Trimester II

Kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu. Selama kehamilan.

3. Trimester III

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

Table 2.1 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh (Prawirohardjo, 2014)

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gamely		16-20,5

(Menurut Prawirohardjo, 2014)

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan perminggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. (Prawirohardjo, 2014).

4. Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan menurut (Romauli, 2016)

1. Trimester I (penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b) Kadang muncul penolakkan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e) Oleh karena itu perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia serang ibu yang mungkin akan diberitukannya kepada orang lain atau malah merahasiakannya.
- f) Hasrat untuk melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

2. Trimester II (kesehatan yang baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasakan gerakan anak
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e) Libido meningkat
- f) Menuntut perhatian dan cinta
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.

- h) Hubungan social meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- i) Ketertarikan dan aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.

3. Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan)

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan sudah terluka (sensitif)
- h) Libido menurun.

5. Kebutuhan Ibu Hamil Per Trimester (Romauli, 2016)

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandungnya. Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- a) Latihan nafas melalui senam hamil.
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- c) Makan tidak terlalu banyak .
- d) Kurangi atau hentikan merokok
- e) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

2. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minuman cukup cairan (menu seimbang).

a) Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil, ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah karbohidrat dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung karbohidrat adalah golongan padi-padian (seperti beras dan jagung), golongan umbi-umbian (seperti ubi dan singkong) dan sagu.

b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringanbagian tubuh. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil

terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2.

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Beberapa bahan makanan yang dibutuhkan, bila kondisi saat ibu terganggu, maka jumlah atau besar makanan yang dapat dimakan dapat diatur sebagai berikut :

1. Pada trimester I

Pada umur kehamilan 1-3 bulan, kemungkinan terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan adanya gangguan pusing, mual bahkan muntah. Untuk itu dianjurkan porsi makanan kecil tapi sering. Bentuk makanan kering atau tidak berkuah.

2. Pada trimester II

Nafsu makan ibu membaik, makan- makanan yang diberikan 3 kali sehari ditambah 1 kali makanan selingan. Hidangan lauk- pauk hewani seperti telur, ikan, daging, teri, hati sangat baik dan bermanfaat untuk menghindari kurang darah.

3. Pada trimester III

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan badan ibu. Bila ibu hamil mempunyai berat badan kelebihan, maka makanan pokok dan tepung-tepung

dikurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit.

4. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara di bersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masih hamil dapat mengakibatkan berburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

5. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam pakaian. Pemakaian pakain dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologi ibu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut:

- a. Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara.

- d. Memakai sepatu yang hak yang rendah.
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih.

6. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang utama dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis.

7. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli pendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran.

8. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan cara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

9. Istirahat

Hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring dengan kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan

dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

10. Imnisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan jani. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

11. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan reaksi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keuar kota.

Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian adalah sebagai berikut :

- a. Hindari pergi kesuatu tempat yang ramai, sesak dan nafas, serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena akan dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.
- b. Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lamaharus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam dan tromboflbitis selama kehamilan.
- c. Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.
- d. Sabut pengaman selalu dipakai, sabuk tersebut tidak diletakkan dibawah perut ketika kahamilan sudah besar.

12. Persiapan laktasi

Payudara merupakan asset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui.

6. Tanda-Tanda Bahaya Dalam Kehamilan (Romauli, 2016)

Sebagai seorang bidan, penting bagi kita membedakan antara ketidaknyamanan normal dengan tanda-tanda bahaya yang akan terjadi pada ibu hamil. Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, yaitu:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Bengkak pada muka dan jari tangan
- 5) Keluar cairan pervaginam
- 6) Gerakan janin tidak teraba

Tanda-tanda bahaya dalam masa kehamilan muda yaitu (Romauli, 2016) :

Perdarahan pervaginam pada hamil muda dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

- a) Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan.
- b) Abortus spontan adalah abortus terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- c) Abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang

bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan.

Terminology untuk keadaan pengguran, aborsi atau abortus provokatus,

jenis abortus yaitu :

- a) Abortus imminens yaitu sering juga disebut keguguran membakat dan akan terjadi jika di temukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif.
- b) Abortus insipiens yaitu terjadi apabila di temukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri terabanya selaput ketuban.
- c) Abortus inkomplitus yaitu pasien termasuk dalam abortus tipe ini jika mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali.
- d) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) yaitu pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan selama sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.
- e) Abortus kompletus adalah semua hasil konsepsi (janin) yang telah dikeluarkan. Pada abortus jenis ini akan ditemukan perdarahan pervagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga Rahim dalam keadaan kosong.
- f) Abortus tertunda (missed abortion) adalah apabila buah kehamilan yang tertahan dalam Rahim selama 8 minggu atau lebih. Sekitar kematian janin kadang-kadang ada perdarahan pervaginam sedikit sehingga menimbulkan gambaran abortus imminens.

- g) Abortus habitualis merupakan spontan yang terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih. Etiologi abortus ini adalah kelainan genetic (kromosom), kelainan hormonal (imunologik) dan kelainan anatomis.
- h) Abortus febrilis adalah abortus yang disertai rasa nyeri atau febris=suhu yang lebih tinggi dari pada normal.

7. Tujuan ANC

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan social ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin 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 ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

8. Jadwal Kunjungan ANC

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- a) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
- c) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antai minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Meternal Dan Neonatal, 2010).

Tabel 2.2 Tabel kunjungan pada ibu hamil (Elisabeth, 2017)

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester pertama	Sebelum minggu ke-14	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonetorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai pre-eklampsia (Tanya ibu tentang gejala-gejala preeclampsia, pantau tekanan darah, evakuasiedema, periksa untuk

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
		mengetahui proteinuria).
Trimester ketiga	Sebelum 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester ketiga	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayo yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Menurut (Elisabeth, 2017)

9. Standar 14 T

Pelayanan/asuhan standart minimal asuhan kehamilan termasuk dalam 14 T, Sebagai bidan profesional, dalam melaksanakan prakteknya harus sesuai dengan standard pelayanan kebidanan yang berlaku. Standard mencerminkan norma, pengetahuan dan tingkat kinerja yang telah disepakati oleh profesi. Penerapan standard pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan atas dasar yang jelas. Kelalaian praktek terjadi bila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standard dan terbukti membahayakan. (Astuti, Puji Hutari, 2012).

Menurut Romauli, 2016 Terdapat 14 standard dalam pelayanan Antenatal, sebagai berikut :

1. Timbang berat badan dan tinggi badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM 1 sampai TM 3 yang berkisar antara 9 sampai 13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 sampai 0,5 kg tiap minggu mulai TM2. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2. Tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/70 mmHg sampai 130/70 mmHg, bila melebihi 140/90 mmhg perlu diwaspadai adanya pre- eklamsi.

3. Pengukuran tinggi fundus uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.3 Ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan (Elisabeth, 2017)

Tinggi fundus uteri (cm)	Umur kehamilan dalam minggu
12 cm	12
16 cm	16
20 cm	20
24 cm	24

28 cm	28
32 cm	32
36 cm	36
40 cm	40

4. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Dimulai dengan memberikan 1 tablet besi sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing –masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh dan kopi karena akan mengganggu penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersamaan dengan mengkonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh.

5. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4. Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid*.

Tabel 2.4 Jadwal Imuniasi TT (Elisabeth, 2017)

Imunisa	Interval	% perlindungan	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT	80 %	3 Tahun

	1		
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 Tahun
TT 4	1 Tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah	99 %	25 tahun/seumur hidup

Menurut (Elisabeth, 2017)

6. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit yang mungkin bisa tertular terhadap bayi dalam kandungan. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Pre-eklamsi.

9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

10. Perawatan Payudara (T10)

Perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

11. Senam Hamil (T11)

Senam hamil dilakukan pada usia kehamilan diatas 22 minggu.

12. Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

14. Temu wicara / Konseling (T14)

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan. Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain:

- a) Merujuk ke dokter untuk konsultasi dan menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- b) Melampirkan kartu kesehatan ibu serta surat rujukan

- c) Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- d) Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- e) Memberikan asuhan antenatal
- f) Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- g) Menyetakati diantara pengambilan keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran.
- h) Persiapan dan biaya persalinan.

10. Penatalaksanaan ANC

A. Anamnesa

1) Anamnesa tentang identitas

- a. Nama diri sendiri, suami
- b. Alamat
- c. Pekerjaan

2) Anamnesa obstetri

- a. Kehamilan beberapa
- b. Apakah persalinan : spontan, B, aterm, hidup atau dengan tindakan
- c. Umur anaka terkecil
- d. Untuk primigravida, lama kawinya dan umur
- e. Tanggal haid terakhir

3) Anamnesa tentang keluhan utama

Dikembangkan sesuai dengan lima kemungkinan

B. Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran umum : Komposmentis

Periksaan : Tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu, berat badan.

Hal lain yang dipandang perlu.

2. Pemeriksaan khusus obstetric

a. Inspeksi : Tinggi fundus uteri, Keadaan dinding abdomen,
Gerakan janin yang tampak

b. Palpasi : Menurut kneble, Menurut Leopold, Menurut
biddin, Menurut ahfeld

c. Perkusi : Meteorisme, Tanda cairan bebas

d. Auskultasi : Bising usus, Gerak janin intrauterine, Hal lain yang
terdengar

e. Pemeriksaan dalam : Pembukaan, Perlunakan serviks, Ketuban
penurunan bagian terendah, Penempatan bagian kombinasi, Tumor
yang menyertai bagian terendah, Pelvimetri panggul

f. Pemeriksaan tambahan : Pemeriksaan laboratorium,
Pemeriksaan ultrasonografi, Tes pemeriksaan air ketuban, Tes
pemeriksaan bakteriologi

g. Diagnosis /kesimpulan

h. Sikap

i. Diagnosis banding

j. Prognosa

Jadwal pemeriksaan antenatal care adalah sebagai berikut :

1. Trimester I dan II

- a. Setiap bulan sekali
- b. Diambil data tentang laboratorium
- c. Pemeriksaan ultrasonografi
- d. Nasehat diet tentang empat sehat lima sempurna, tambahan protein $\frac{1}{2}$ gr/kg BB = satu telur/hari
- e. Observasi adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, komplikasi kehamilan.
- f. Rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan.
- g. Rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan, dan imunisasi tetanus I.

2. Trimester III

- a. Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran.
- b. Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
- c. Diet empat sehat lima sempurna
- d. Pemeriksaan ultrasonografi
- e. Imunisasi tetanus II
- f. Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga.
- g. Rencana pengobatan
- h. Nasehat tentang tanda-tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan.

- i. Jadwal pemeriksaan antenatal care sebanyak 12 sampai 13 kali selama hamil.

B. Ketuban pecah dini

1. Pengertian

- a. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan di tunggu satu jam belum terjadi *inpartu*. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetric dalam kaitannya dengan penyebabnya (Manuaba, 2013)
- b. Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature, dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami Ketuban pecah dini (Sarwono, 2014)
- c. Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan sehingga menjadi masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan menyebabkan terjadinya infeksi pada ibu (Rukiyah, 2010).
- d. ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya persalinan (Obstetri dan Ginekologi, 2009)

1. Ciri-ciri Ketuban

a. Bening

Cairan ketuban yang dikeluarkan lebih bening kadang disertai dengan flek berwarna putih dan bisa bercampur dengan darah. Sedangkan urin memiliki warna yang lebih pekat atau agak kekuning-kuningan, sedangkan keputihan cairannya berwarna putih bening.

b. Encer

Cairan ketuban memiliki cairan yang encer dan tidak lengket. Berbeda dengan keputihan yang cairannya lengket dan tidak encer.

c. Untuk urin baunya akan sangat menyengat. Sedangkan cairan ketuban memiliki bau yang agak harum, namun bagi sebagian ibu hamil memiliki air ketuban yang baunya amis.

d. Kertas lakmus

Jika ibu hamil tidak mengetahui secara pasti dan masih ragu-ragu apakah cairan yang dikeluarkannya adalah air ketuban atau bukan. Ibu hamil bisa menggunakan kertas lakmus yang bisa didapatkan di toko kimia atau toko kesehatan. Cairan yang keluar ditempel dengan kertas tersebut.

2. Manifestasi klinis

a. Keluar air ketuban warna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak.

b. Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi.

c. Janin mudah diraba

d. Pada pemeriksaan dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering.

- e. Inspekulo : Tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.
- f. Pemeriksaan penunjang
 1. Pemeriksaan Leukosit darah : >15.000/ul bila terjadi infeksi
 2. Tes Lakmus merah berubah menjadi biru
 3. Amnionsentesis
 4. USG : Menentukan usia kehamilan, indeks cairan amnion berkurang.

2. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya KPD antara lain :

Inkompetensi serviks merupakan suatu kondisi dimana serviks tidak dapat mempertahankan ketahanan uterus sampai janin viabel. Inkompetensi cerviks ditandai dengan dilatasi serviks tanpa rasa nyeri, tanpa disertai tanda-tanda persalinan atau kontraksi rahim pada trimester kedua atau awal trimester ketiga, dapat terjadi abortus spontan atau persalinan preterm.

- a. Polihidramnion adalah penumpukan air ketuban yang berlebihan selama masa kehamilan. Kondisi abnormal ini membutuhkan pemantauan secara rutin dari dokter agar terhindari dari kemungkinan komplikasi. Air ketuban merupakan cairan yang mengelilingi janin selama berada di dalam kandungan. Malpresentasi janin atau kelainan letak janin dapat membuat ketuban bagian yang terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominant yaitu letak sungsang dan bokong. Persalinan pada letak sungsang merupakan kontroversi karena komplikasinya tidak dapat diruga sebelumnya, terutama pada persalinan kepala bayi. Sebab terjadinya letak

sungsang adalah terdapat plasenta previa, keadaan janin yang menyebabkan letak sungsang (makrosemia, hidrosefalus, anensefalus), keadaan air ketuban (oligohidramnion, hidramnion), keadaan kehamilan (kehamilan ganda, kehamilan lebih dari dua), keadaan uterus (uterus arkuatus), keadaan dinding abdomen, keadaan tali pusat (pendek, terdapat lilitan tali pusat pada leher). Kejadian letak lintang tidak terlalu banyak hanya sekitar 0,5% kehamilan. Penyebab letak lintang dari sudut maternal (panggul sempit, multipara, kehamilan ganda, hidramnion/oligohidramnion, tumor pada daerah pelvis)

b. Vaginitis/servicitis

wanita hamil didapatkan menderita gonorea. Meningkatnya kasus gonore dalam kehamilan setara dengan peningkatan kejadian ketuban pecah dini dalam kehamilan, korioamnionitis, dan terjadinya sepsis pada neonatus.

3. Penanganan ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut (Sarwono prawirohardjo, 2009), diantaranya :

1. Konserpatif

- a. Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- b. Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.

- c. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negatif bed deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, bed antibiotik dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan pare janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

- a. Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50,xg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri

c. Bila skor pelvik < 5 , lakukan pematangan servik, kemudian induksi.

Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea

d. Bila skor pelvik > 5 , induksi persalinan, partus pervaginam

4. Komplikasi KPD

Komplikasi yang dapat terjadi akibat KPD antara lain:^{6, 8}

- a. Partus Prematur
- b. Berkembangnya infeksi yang serius pada plasenta yang menyebabkan korioamnionitis
- c. Abrupsio plasenta
- d. Kompresi talipusat
- e. infeksi postpartum

5. Rujukan

Pada kasus-kasus kegawatdaruratan dan kasus penyulit yang melebihi tingkat ketrampilan dan kemampuan bidan dalam mengelola, maka harus dirujuk kefasilitas kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan yang menangani kegawatdaruratan obstetrik. Dikirim kerumah sakit bersama bidan dan anggota keluarga pasien, bidan harus membawa peralatan dan obat-obatan yang diperlukan.

1. Tujuan

System rujukan bertujuan agar pasien mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, dengan demikian dapat menurunkan AKI dan AKB.

2. Jenis Rujukan

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari : rujukan internal dan rujukan eksternal.

Rujukan internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk

Rujukan eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah)

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari : rujukan medic dan rujukan kesehatan

a. Rujukan medic

Konsultasi penderita, untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan Pengiriman bahan (spesimen) pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan suatu pelayanan pengobatan setempat

b. Rujukan kesehatan

Adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif.

3. Tujuan sistem rujukan upaya kesehatan

1) Umum

Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan yang didukung mutu pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna

2) Khusus

Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna

Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif secara berhasil guna dan berdaya guna.

4. Jalur Rujukan

1. Dari kader, dapat langsung merujuk ke :

- a. Puskesmas pembantu
- b. Pondok bersalin/ [bidan](#) desa
- c. Puskesmas/ puskesmas rawat inap
- d. Rumah sakit pemerintah/ swasta

2. Dari posyandu, dapat langsung merujuk ke :

- a. Puskesmas pembantu
- b. Pondok bersalin/bidan desa
- c. Puskesmas/ puskesmas rawat inap
- d. Rumah sakit pemerintah/ swasta

3. Dari puskesmas pembantu

Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta

4. Dari pondok bersalin

Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D. atau rumah sakit swasta

5. Mekanisme rujukan

1. Menentukan kegawatdaruratan penderita

a) Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih

Ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/ dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.

b) Pada tingkat [bidan](#) desa, puskesmas pembantu dan puskesmas

Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.

c) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga

Sebaiknya bayi yang akan dirujuk harus sepengetahuan ibu atau keluarga bayi yang bersangkutan dengan cara petugas kesehatan menjelaskan kondisi atau masalah bayi yang akan dirujuk dengan cara yang baik.

d) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju.

1. Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk

2. Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan

3. Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

4. Persiapan penderita (BAKSOKUDA) Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan disingkat “BAKSOKUDA” yang diartikan sebagai berikut :

B : (Bidan) : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.

A : (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter dan stetoskop

K : (Keluarga) : Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima ibu (klien) ke tempat rujukan.

S : (Surat) : Beri sura ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu

O : (Obat) : Bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.

K : (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

U : (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.

DA : (Darah) : Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan.

e) Pengiriman Penderita

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita

f) Tindak lanjut penderita

1. Untuk penderita yang telah dikembalikan
2. Harus kunjungan rumah bila penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor.

D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang

sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “**Nomenklatur Standar Diagnosa**” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya pelihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan.

Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan

yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Menidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam

kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

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 atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

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

pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

2. Metode Pendokumentasian Kebidanan

1. Dokumentasi kebidanan

Adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lain)

2. Manajemen kebidanan

Adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney,1997)

3. Metode Pendokumentasian SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam” P “ sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

4. Prinsip dokumentasi SOAP

SOAP merupakan singkatan dari :

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnese (Apa yang dikatakan klien).

Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup.)

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data dibelakang " S " diberi tanda " 0 " atau " X" ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment (Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan setelah melakukan pemeriksaan).

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, vital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori

ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

A : Assesment

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan (Kesimpulan apa yang telah dibuat dari data S dan O)

Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi : ‘

1. Diagnosa / masalah

- a. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien : hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir . Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.
- b. Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan / kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

2. Antisipasi masalah lain / diagnosa potensial

P: Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan Assesment (Rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut).

SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam ” P “ sedangkan Perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

STIKes Elisabeth Medan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. Y G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Tahun 2018

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Pengambilan kasus ini dilakukan di Klinik Helen alasan saya mengambil kasus di Klinik Helen karena ketika saya praktek di Klinik Helen saya mendapatkan kasus ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini yaitu Ny. Y Usia 22 Tahun, dan sewaktu pengambilan kasus, ibu bersedia dilakukan pengkajian di tempat dengan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 02 Maret- 24 maret 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan laporan tugas akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam pengambilan kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Ny. Y umur 22 Tahun tahun G₁P₀A₀ di Klinik Helen tahun 2018 dengan alasan Ny. Y merupakan pasien yang bersedia saat dilakukan pengkajian.

D. Waktu studi kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 02 Maret 2018

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus

- a. ini adalah asuhan ibu Hamil dengan manajemen 7 langkah Helen Varney.

2. Jenis Data

- a. Data primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berurutan mulai dari kepala sampai kaki (head to toe) pada Ny. Y Wawancara

2. Pada kasus wawancara dilakukan secara langsung oleh pengkaji pada Ny. Y

3. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung pada Ny. Y Usia 22 Tahun G₁P₀A₀ di Klinik Helen yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu Hamil untuk mendapatkan data. Pada kasus ini observasi ditujukan pada TTV, kontraksi dan kandung kemih

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari:

1. Dokumentasi pasien

Dalam pengambilan studi kasus ini menggunakan dokumentasi dari data yang ada di Klinik Helen

2. Catatan asuhan kebidanan

Catatan asuhan kebidanan dalam laporan tugas akhir ini menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu Hamil.

3. Studi kepustakaan

Studi kasus kepustakaan diambil dari buku terbitan tahun 2009– 2018.

c. Etika Studi Kasus

a. Membantu masyarakat untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakat

b. Membantu kita untuk merumuskan pedoman etis yang lebih memadai dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena adanya perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat.

c. Dalam studi kasus lebih menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi kasus

3. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana penulis mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penulis (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka

dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu hamil Ny. Y G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu dengan Ketuban Pecah Dini.

4. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini dilakukan untuk memantau Pengeluaran pervaginam, Vital sign dan keadaan umum.

1. Data Sekunder

Yaitu data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan. Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini diambil dari catatan status pasien di Klinik Helen

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini

mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2009– 2018.

STIKes Elisabeth Medan

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA Ny Y G1A0P0 USIA 22
TAHUN USIA KEHAMILAN 37 MINGGU DI KLINIK HELEN
TAHUN 2018**

Tgl Masuk : 02-03-2018 Tgl Pengkajian : 02-03- 2018
Jam Masuk : 09.00 WIB Jam Pengkajian : 09.00 WIB
Tempat : Klinik Helen Pengkajian : Beata Arniat Bate e

I. PENGUMPULAN DATA

A.DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. Yulisa Nama Suami : Tn.Pelin
Umur : 22 Tahun Umur : 22 Tahun
Agama : Islam Agama : Islam
Suku : karo/Indonesia Suku : Karo/Indonesia
Pendidikan : SMK Pendidikan : SMU
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat :jl.Setiabudi Alamat : jl.Setiabudi

B. ANAMNESE (DATA SUBJEKTIF)

1. Keluhan Utama/Alasan kunjungan :

Keluar rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran, dan ibu mengatakan ada riwayat penyakit keluarga sebelumnya, ibu mengatakan HPHT nya tanggal 16 Juni 2018, dan ibu tidak merasakan sakit dan nyeri.

1. Riwayat menstruasi

Menarche : 14 tahun

Silkus : 28 hari

Lama : 4-5 hari

Dismenore : Tidak ada

Sifat darah : Encer

Banyak : 2-3 kali perhari ganti pembalut

2. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, yang lalu

No	Tgl Lahir/ Umur	Usia Kehamilan	Persalinan			Komplikasi		Bayi		Keadaan Nifas	
			Jenis	Tempat	Penolong	Ibu	Bayi	PB/BB Bayi	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	H	A	M	I	L		I	N	I		

3. Riwayat kehamilan sekarang

GI P0 A0

HPHT : 16 Juni 2017

HPL : 23 Maret 2018

UK : 37 Minggu

Pergerakan janin dirasakan Pertama kali pada usia kehamilan : 20

minggu Imunisasi Toxoid Tetanus : Tidak ada

Kecemasan : Ada

Tanda-tanda Bahaya : Tidak ada

Tanda-tanda Persalinan : Tidak ada

4. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hepertensi : Tidak ada

Daibetes Melitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

5. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Riwayat Ketuban pecah dini
sebelumnya telah dialami oleh
ibunya

Riwayat KB : Tidak ada

6. Riwayat psiksosial

Status perkawina : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang, bahagia

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan :

Klinik Bersalin oleh Bidan

Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah sakit

Persiapan menjelang persalinan : Ada

7. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum sehari-hari

Pagi : 1 piring Nasi + 1 potong ikan + 1 porsi sayur + buah + 2 gelas
susu

Siang : 1 piring Nasi + 1 potong ikan + 1 porsi sayur + 2 gelas air putih

Malam : 1 piring Nasi + 1 potong ikan + 1 porsi sayur + 2 gelas air putih

b. Pola istirahat

Tidur Siang : ± 1-2 jam

Tidur Malam : ± 6-7 jam

c. Pola eliminasi

BAK : 6 kali/hari, warna : Kuning jeramih

BAB : 1 x /hari, warna : Lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : setiap lembab/hari

8. Pola aktifitas pekerjaan sehari-hari

Ibu biasanya mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci.

9. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C.DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 82x/i

RR : 22 x/i

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 81,8 kg, kenaikan BB selama hamil 4 kg

Tinggi badan : 160 cm

Lila : 32 cm

3. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

Postur tubuh	: Hiperlordosis
Kepala	: Simetris, Rambut : Bersih
Muka	: Simetris Cloasma : tidak ada Oedema :tidak ada
Mata	: Simetris Conjuktiva:Merah muda Sclera:tidak ikterik
Hidung	: Bersih polip :tidak meradang
Mulut	: Bersih, tidak stomatitis dan pucat
Leher	: tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid dan limfe
Payudara	: Simetris
Bentuk Simetris	: ya
Keadaan Puting Susu	: menonjol
Aerola Mammae	: Hiperpigmentasi
Colostrum	: Ada

Abdomen

Inspeksi :tidak ada bekas operasi

Palpasi:

Leopold I:TFU 32,teraba bulat, lunak di fundus dan tidak
melenting(bokong)

Leopold II :Teraba pada sisi kiri perut ibu keras, panjang dan memapan
(punggung kiri) dan kanan teraba ekstremitas janin dan bagian
terkecil janin

Leopold III:Teraba bulat, keras dan melenting (kepala)

Leopold IV:Bagian terbawah sudah masuk PAP

TBJ :TFU-n x 155=32-11x155=3255gram

TfU :32 cm

Kontraksi :

Auskultasi :Ada, teratur

DJJ :145X/i

Ekstremitas :

Atas : Simetris, kuku lengkap,dan tidak odema,

Bawah : Simetris, kuku lengkap,dan tidak odema

Genetalia : Tampak keluar rembesan cairan dari kemaluan ibu

Anus : Tidak ada haemoroid

Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

Distosia Cristarum : Tidak dilakukan

Distosia Spinarum : Tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

Pemeriksaan Dalam : Dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak Dilakukan

II. INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ny. Y GI P0 A0, umur 22 tahun, usia kehamilan 37 minggu, janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, dengan ketuban pecah dini.

Data Dasar :

- DS :
1. Keluar rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit.
 2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran
 3. Ibu mengatakan ada riwayat penyakit keluarga sebelumnya,
 4. Ibu mengatakan HPHT nya tanggal 16 Juni 2018.
 5. Ibu mengatakan tidak merasakan sakit dan nyeri.

DO : Keadaan Umum : Baik

Keadaan Emosional : Cemas

Kesadaran : Composmentis

Observasi TTV :

Nadi : 82 x/i

Suhu : 36,2 °C

TD : 120/80 mmhg

RR : 22 x/i

BB : 81,8 kg

TB : 160 cm

LILA : 32 cm

Usia Kehamilan 37 minggu

DS: Ibu mengatakan HPHT tanggal 16-06-2017

DO: Menghitung usia kehamilan menurut neagle

HPHT:16-06-2017: 2 minggu

7 :31 hari: 4 minggu 3 hari

8 :31 hari: 4 minggu 3 hari

9 :30 hari: 4 minggu 2 hari

10 :31 hari: 4 minggu 3 hari

11 :30 hari 4 minggu 2 hari

12 :31 hari 4 minggu 3 hari

1 :31 hari 4 minggu 3 hari

2 :28 hari 4 minggu

02-03-2018:2 hari:2 hari

37 minggu

Janin Hidup Tunggal

DS:Ibu mengatakan adanya pergerakan pada satu sisi aktif

DO:Dilakukan Palpasi

Leopod I :TFU:32 cm Teraba bagian fundus teraba lembek,
tidak melenting, (bokong)

Leopold II : Pada sisi kiri teraba memanjang keras dan memapan, pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong

Leopold III : Bagaian terendah janin teraba keras, bulat, dan melenting

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP

DJJ : 142 x/menit

TTBJ : 3255 gram

Intrauterin

DS:Ibu mengatakan gerakan janin aktif

DO:Dilakukan Palpasi

Leopold I :TFU:32 cm Teraba bagian fundus teraba bulat,(bokong)

Leopold II : Pada sisi kiri teraba memanjang keras dan memapan, pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong

Punggung Kiri

DS:Ibu mengatakan lebih sering berbaring sebelah kiri

DO:Dilakukan Palpasi

Leopold II : Pada sisi kiri teraba memanjang keras dan memapanpada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong.

Presentase Kepala

DS:Ibu mengatakan nyeri pada simfisis

DO:Leopold IV belum masuk PAP

Ketuban Pecah Dini

DS : Ibu mengatakan keluar rembesan cairan dari kemaluannya

Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran.

Ibu mengatakan ada riwayat keluarga sebelumnya

Ibu mengatakan HPHTnya Tanggal 16 juni 2017

Ibu mengatakan tidak merasakan sakit dan nyeri

DO: Keadaan Umum:Baik

Keadaan emosional : Cemas

Tanda-tanda Vital:

TD :110/70mmhg

T/P : 36,5 °C

RR :20x/i

DJJ :142x/i

TBBJ :3255 gram

Masalah :

3. Kontraksi/his tidak ada
4. Keluar cairan dari vagina
5. Tanda-tanda inpartu tidak ada

Kebutuhan :

1. Pantau observasi ibu
2. Anjurkan ibu tirah baring
3. Pasang infuse
4. Berikan Therapi ceftriaxone
5. Berikan Suport mental pada ibu
6. Berikan makan dan minum pada ibu
7. Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam
berikutnya

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Asfiksia, Infeksi postpartum

IV. TINDAKAN SEGERA ATAU KOLABORASI

Telah terpasang infuse RL, Rujuk

V. INTERVENSI

Tanggal :02 maret 2018

Pukul : 09.00 WIB

Oleh : Beata bate'e

No.	Intervensi	Rasional
1.	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan keadaannya.	Agar ibu mengetahui keadaannya saat ini..
2.	Anjurkan ibu Tirah baring	Untuk memberikan kenyamanan pada ibu
3.	Pasang Infus	Agar ibu tidak dehidrasi
4.	Berikan therapy ceftriaxone	Untuk proses penyembuhan pasien
5.	Berikan support mental pada ibu	Agar ibu tidak khawatir dengan keadaannya
6.	Berikan makan dan minum pada ibu	Agar ibu mempunyai tenaga dan juga pemnuhan nutrisi ibu
7.	Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam berikutnya	Agar mengetahui kemajuan persalinan

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal :02 maret 2018

Pukul : 09.00 WIB

Oleh : Beata batee

No	Tgl/pukul	Tindakan	Paraf
1.	02 maret 2018 09.20 wib	<p>Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan keadaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan ibu : Baik - Kesadaran : composmentis - TTV <p>TD : 120/80 mmhg T / P :36,2 ° c /82x/i RR : 22x/i</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan : 81,8 Kg - Tinggi badan : 160 Cm - LILA : 32 Cm - DJJ : 142 x/i - Pergerakan bayi baik <p>Dilakukan Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leopold I : TFU : 32 cm, teraba pada fundus ibu bagian janin yang bulat, lembek dan tidak melenting (bokong) - Leopold II : teraba pada sisi kiri perut ibu, bagian janin yang keras, memanjang, dan memapan (puki) dan pada sisi kanan perut ibu teraba bagian terkecil dari janin . - Leopold III : teraba bagian terbawah janin yang bulat, keras dan tidak melenting (kepala) . - Leopold IV : sudah masuk PAP. - TBBJ :3255 gram <p>Ev : ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan dan keadaannya</p>	Beata
2.	09.30 WIB	<p>menganjurkan ibu miring kiri dan kanan</p> <p>Ev : Ibu sudah miring kiri dan kanan dan pasien tersedia dengan baik.</p>	Beata
3.	09.50 WIB	<p>Memasang infuse</p> <p>Melakukan pemasangan infuse RL 20tts/menit</p> <p>Memberikan therapy</p> <p>Ev : Ibu mau dipasangkan infus</p>	Beata
4.	10.00 WIB	<p>Memberikan obat ceftriaxone untuk mengobati berbagai macam bakteri</p> <p>Ev : Ibu sudah diberi obat</p>	Beata

5	12.00WIB	Menelpon pihak rumah sakit adam malik bahwa pasien akan segera dirujuk. Ev : Bidan dan perawat rumah sakit adam malik telah mempersiapkan alat untuk penanganan kegawatdaruratan ketuban pecah dini	Beata
6	12.45 WIB	Menjelaskan kepada ibu bahwa dia segera dirujuk dan menyuruh keluarga untuk bersiap-siap menemani pasien kerumah sakit adam malik. Ev: pasien dan keluarga mengerti dan sedang membereskan barang-barang untuk dibawa ke rumah sakit adam malik.	Beata

VII. EVALUASI

Tanggal :02 Maret 2018

S : DS :

1. Ibu mengatakan keluar rembesan cairan dari kemaluannya sejak 1 jam 30 Menit sebelum masuk klinik
2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran.
3. Ibu mengatakan ada riwayat didalam keluarga.
4. Ibu mengatakan HPHT nya Tanggal 16 Juni 2017
5. Ibu mengatakan tidak merasakan sakit dan nyeri

O : DO: Keadaan Umum : Baik

Keadaan Emosional :Cemas

Kesadaran :Composmentis

Observasi TTV :

N : 82 x/i

S : 36,2 °C

TD : 120/80 mmhg
RR : 22 x/i
BB : 81,8 kg
TB : 160 cm
LILA : 32 cm
TTBJ : 3255 gram

P : Diagnosa : Ny. Y GI P0 A0, umur 22 tahun, usia kehamilan 37 minggu, janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, dengan ketuban pecah dini.

Masalah :

1. Keluar rembesan cairan dari vagina
2. Kontraksi/his tidak ada
3. Pembukaan serviks tidak ada
4. Tanda-tanda inpartu tidak ada

Kebutuhan :

1. Pantau keadaan ibu.
2. Anjurkan ibu tirah baring
3. Pasang infuse dan berikan antibiotic ceftriaxone
4. Beri support mental pada ibu
5. Melakukan Pemeriksaan dalam setiap 4 jam

P :
1. Siapkan Rujukan
2. Siapkan Ibu
3. Siapkan obat-obatan
4. Rujuk segera

A. Pembahasan

1. Pengkajian

Pada kasus ini pengkajian yang diperoleh berupa data subjektif ibu hamil Ny. Y yaitu : ibu mengatakan keluarnya rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit sebelum masuk klinik , Ny. Y mengatakan ini kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran, dan didalam keluarga ada riwayat sebelumnya. Sedangkan pada data objektif ditemukan hasil observasi, keadaan umum : baik, Kesadaran : Compos mentis, TTV: TD : 110/80 mmHg, Temp : 36,2⁰C, RR : 22x/I, Polse : 82x/i, Pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini adanya ditemukan beberapa kesenjangan antara lain (1) pada pemeriksaan fisik yaitu tidak dilakukan pemeriksaan panggul luar , namun kesenjangan tersebut dapat diatasi dengan baik sehingga tidak terjadi komplikasi pada Ny. Y

2. Interpretasi Data

Pada Kasus ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini diagnosa yang ditetapkan yaitu Ny. Y umur 22 tahun G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu dengan Ketuban Pecah Dini. Masalah yang bisa muncul adalah Keluarnya cairan dari kemaluan ibu, Kontraksi/his tidak ada, dan tanda-tanda inpartu tidak ada. Sedangkan kebutuhan yang diperlukan Ny. Y saat ini adalah Pantau obsrvasi ibu, anjurkan ibu tirah baring, pasang infuse, berikan therapy ceftriaxone, berikan support mental pada ibu, pantau Djj, dan lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam berikutnya. Pada langkah ini tidak ditemukan kesnjangan antara teori dan praktek.

3. Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Masalah potensial adalah mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa. Pada kasus ini, masalah potensial yang mungkin terjadi adalah asfiksia pada bayi dan infeksi postpartum bila tidak diatasi dengan baik. Pada kasus ini tidak terjadi diagnosa potensial karena mendapat perawatan yang tepat sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Tindakan Segera

Tindakan segera yaitu langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan segera pada kasus ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini. Pada kasus ini, dilakukan tindakan segera dengan melakukan rujukan. Sehingga pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek

5. Perencanaan/Intervensi

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari

setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Perencanaan asuhan kebidanan pada kasus ini yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, menganjurkan ibu tirah baring, pasang infuse, mmberikan therapy ceftriaxone, berikan support mental pada ibu, pantau djj, dan lakukan pemeriksaan dalam 4 jam berikutnya. Intervensi yang sudah diberikan kepada ibu sudah sesuai sehingga dengan demikian tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

6. Pelaksanaan/Implementasi

Pelaksanaan adalah langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman. Pada kasus dengan Ketuban Pecah Dini meliputi : Beritahu ibu hasil pemeriksaannya, menganjurkan ibu tirah baring, pasang infuse, memberikan therapy ceftriaxone, memberikan support mental pada ibu, pantau djj, dan mempersiapkan ibu untuk di rujuk.pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan teori dengan praktek.

7. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan. Evaluasi dari kasus ini, diperoleh hasil ibu mengatakan keluar rembesan cairan dari kemaluannya, dan ibu merasa cemas, dan memberikan kebutuhan pada ibu yaitu : menganjurkan ibu tirah baring, pasang infuse,

pemberian obat ceftriaxone, berikan support mental pada ibu, pantau djj, dan lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam,. Keadaan ibu baik, hasil observasi dalam batas normal, kemudian melakukan rujukan. Pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan teori dan praktek

STIKes Elisabeth Medan

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian pada kasus ibu hamil pada Ny. Y umur 22 Tahun dengan Ketuban Pecah Dini di dapat data subjektif dengan keluhan utama yaitu Ny. Y mengatakan keluar rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit sebelum masuk klinik, Ny. Y mengatakan ini kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran, HPHT nya Tanggal 16 Juni 2018 dan Ibu mengatakan didalam keluarga ada riwayat sebelumnya. Hasil data objektif Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD : 120/80 mmHg, Temp : 36,2⁰C, Polse : 82x/I, RR : 22x/i. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
2. Interpretasi data pada kasus ibu hamil pada Ny. Y umur 22 tahun dengan Ketuban Pecah Dini diperoleh diagnose kebidanan Ny. Y umur 22 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini. Masalah yang muncul adalah keluar rembesan cairan dari vagina ibu, kontraksi/his tidak ada, nyeri dan rasa sakit tidak ada, pembukaan serviks tidak ada, dan tanda-tanda ipartu tidak ada, beritahu kebutuhan Pantau observasi ibu, anjurkan ibu tirah baring, pasang infus, berikan therapy ceftriaxone, berikan support mental kepada ibu, kemudian pantau Djj ibu, dan

lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam berikutnya. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Diagnosa masalah potensial pada kasus ibu hamil pada Ny. Y dengan Ketuban Pecah Dini akan terjadi Asfiksia dan infeksi postpartum, namun tidak terjadi karena pasien cepat mendapatkan penanganan yang tepat. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
4. Tindakan segera pada Ny.Y umur 22 tahun dengan Ketuban Pecah Dini dilakukan perujukan. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek
5. Rencana tindakan pada Ny. Y umur 22 tahun dengan Ketuban Pecah Dini adalah sesuai dengan kebutuhan pasien Pantau observasi ibu, anjurkan ibu tirah baring, pasang infus, berikan therapy ceftriaxone, berikan support mental kepada ibu, kemudian pantau Djj ibu, berikan makan dan minum pada ibu dan lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam berikutnya. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
6. Pelaksanaan pada ibu hamil Ny. Y umur 22 tahun dengan ketuban Pecah Dini adalah dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan dan melakukan perujukan. berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
7. Evaluasi pada ibu hamil Ny. Y umur 22 tahun dengan Ketuban Pecah Dini didapatkan hasil keadaan umum : baik, Kesadaran : compos

mentis, TTV : TD: 120/80 mmHg, RR : 22x/I, Polse : 82x/I, Temp : 36,2⁰C, Djj : 145x/I, persiapkan Rujukan, prsiapkan ibu, persiapkan obat-obatan, kemudian melakukan perujukan. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini keefktifan proses belajar dapat ditingkatkan kemampuan, ketrampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal Ketuban Pecah Dini serta dapat menerapkan hasil dari studi dan juga didapatkan dari lapangan. Selain itu, diharapkan dapat menjadi sumber referensi dari bacaan yang dapat member informasi serta sumber referensi yang digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan Laporan Tingkat Akhir.

2. Bagi klinik dan tenaga kesehatan

Diharapkan klinik dan petugas kesehatan dapat lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus kehamilan patologis khususnya Ketuban pecah Dini dalam kehamilan, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di lahan praktek.

3. Bagi klien

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan untuk mengetahui bahaya dan komplikasi yang terdapat selama kehamilan khususnya Ketuban Pecah Dini dalam kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari Saifudin, dkk. 2009, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi 1, Cetakan Kelima, Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bartini, 2015. *ANC Asuhan Kebidanan Pada Ibu hamil Normal. (ASKEB I)*. Yogyakarta : Nuha medika
- Icesmi Sukarni K, dkk. 2016 *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*
- Ida Ayu Chandranita Manuaba, dkk. 2013 *Obstetri-Ginekologi dan Obstetri-Ginekologi social-* Jakarta : EGC
- Lis, 2017. *Penyakit ibu hamil*. Yogyakarta : Citra medika
- Nugraheny, esti. 2017, *Asuhan Kebidanan Patologi*, Cetakan kedua : Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Rukiyah, AY. 2010. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Cetakan Pertama. Trans Info Medika. Jakarta.
- Sarwono, 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : Pt Bina Pustaka
- Sarwono Prawirohardjo, 2016 *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*, Edisi 4, Cetakan Ketiga, Jakarta : PT Bina Pustaka.
- Sri Untari, dkk. 2016 *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak Akademi Kebidanan An-Nur*, Volume 1. Nomor 1. di akses tanggal 05 Mei 2018.
- Walyani, S.E, 2017. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Barupress.
- William, 2009. *Obsetri & Ginekologi*. Edisi Kedua : EGC

**FORMULIR
SURAT PERSETUJUAN LTA**

Medan, 15 April 2018

Kepada Yth.
Ketua Program Studi D3 Kebidanan Santa Elisabeth Medan
Anita Veronika S.SiT, M.KM
Di Tempat

Dengan Hormat
Saya Yang Bertanda Tangan di bawah ini :
Nama Mahasiswa : Beata Arniat Bate'e
Nim : 022015007
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y Usia 22 Tahun GIP0A0
Usia Keamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di
Klinik Helen Tahun 2018

Hormat Saya



(Beata Arniat Bate'e)

Disetujui Oleh
Dosen Pembimbing



(Flora Naibaho, S.ST, M.Kes)

Diketahui Oleh
Koordinator LTA

(Risda Manik, S.ST.,M.Kes)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 20 Februari 2018

264/STIKes/Klinik/II/2018

(satu) set

Permohonan Praktek Klinik Kebidanan III

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Yth.:

Klinik / RB :

Yth.:

Surat ini kami mohon kesediaan dan bantuan Ibu untuk menerima dan membimbing mahasiswa Semester VI Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di klinik/rumah bersalin yang Ibu pimpin.

Klinik tersebut akan dimulai tanggal 01 Maret – 18 April 2018, yang dibagi dalam 2 gelombang, yaitu:

Gelombang I : tanggal 01 – 24 Maret 2018

Gelombang II : tanggal 26 Maret – 18 April 2018

Daftar nama mahasiswa dan kompetensi terlampir.

Permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Kami,

Santa Elisabeth Medan

Dr Karo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

MIDWIFERY CARE ON MRS. Y AGE 22 YEARS G₁P₀A₀ AGE OF PREGNANCY 37 WEEKS WITH EARLY PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT HELEN CLINIC YEAR 2018¹

Beata Arniat Bate'e² Flora Naibaho³

ABSTRACT

Background: Maternal mortality rate (MMR) is one indicator to measure maternal health status in a country. Based on the Indonesian Basic Health and Demography and Survey (AKKI) survey of 2012, AKI in Indonesia is 359 per 100,000 live births. This figure is still far from the 5th Millennium Development Goals (MGDs) target of reducing MMR to be 102 per 100,000 live births by 2015 (MoH RI, 2015)

Objective: to gain real experience in implementing Midwifery Care on Mrs. Y Age 22 Years G₁A₀P₀ Gestational age 37 Weeks with Early premature rupture of membranes at Helen Clinic

Method: Data collection method used was descriptive method that was to see picture of incident about Midwifery care on Mrs. Y Age 22 Years old G₁P₀A₀ Age of Pregnancy 37 Weeks with Early Premature Rupture of Membranes at Helen Clinic

Result: Examination done on Mrs. Y is general condition of anxiety, incomplete opening, and visible out of vaginal discharge, and there is no sign of inpartu, this problem has not been resolved yet and it is expected to all health workers to better apply midwifery care in pregnant case with premature rupture of membranes in accordance with existing procedures.

Conclusion: Midwifery Care on Mrs. Y Age 22 Years old G₁P₀A₀ Age of Pregnancy 37 Weeks With Early premature rupture of membranes at Helen Clinic. Physical Examination on the Genitalia Outlet Seepage Clear colored liquid, Encer, And no Signs of Peership.

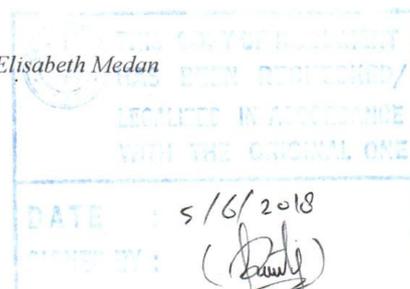
Keywords: premature rupture of membranes

Reference: 11 book 1 jurnal (2009-2018)

¹The Title of Case Study

²Student of D-3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan



**DAFTAR TILIK
ANTENATAL CARE (ANC)**

Mahasiswa :
:

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
PERSIAPAN ALAT					
Troli berisi :					
Bak instrumen berisi sepasang sarung tangan					
Com tertutup berisi kapas DTT (6 buah)					
Penlight (senter)					
Metlin / pita meter					
Laenec / Doppler					
Refleks Hammer					
Jam tangan					
Perlak dan pengalas					
Bengkok					
Baki beralas berisi :					
Tensimeter					
Stetoskop					
Thermometer axilla					
Lila					
Com terbuka berisi tissue					
Botol / gelas berisi air klorin, dan air bersih					
Baju bumil untuk ganti pasien					
Baskom berisi air klorin untuk rendam sarung tangan					
1 Tempat sampah medis (kuning), 1 Tempat sampah non medis/kering (hitam)					
Timbangan BB dan pengukuran tinggi badan					
PERSIAPAN PASIEN					
Pasien datang disambut dengan ramah					
LANGKAH-LANGKAH					
Pasien datang disambut dengan ramah					
Ucapan salam					
Persilahkan pasien duduk					
Perkenalkan (Bidan-Pasien)					
Informasikan kepada pasien tentang prosedur pemeriksaan yang akan di jalannya serta tujuan dilakukan pemeriksaan tersebut yaitu :					
Untuk mengkaji pertumbuhan, ukuran dan kesejahteraan janin					
Mendeteksi posisi dan presentasi janin					
Mendeteksi adanya penyimpangan dari keadaan normal					
Minta persetujuan dari pasien disertai dengan penandatanganan informed consent					
Lakukan anamnesa (pengkajian data subyektif)					

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
Riwayat Kehamilan					
Riwayat menstruasi					
Tanda-tanda kehamilan					
Pergerakan janin					
Kelelahan yang dirasakan selama kehamilan					
Polas makan					
Polas eliminasi					
Polas aktifitas sehari-hari					
kontrasepsi					
Kontrasepsi yang pernah digunakan					
Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu					
Riwayat jumlah kehamilan					
Jumlah anak hidup					
Jumlah kelahiran premature					
Jumlah keguguran					
Peristiwa persalinan dan penolong persalinan					
Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu					
Riwayat Kesehatan					
Riwayat kesehatan keluarga					
Prilaku kesehatan					
Riwayat Sosial					
Status perkawinan					
Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan					
Dukungan keluarga					
Keleuarga yang tinggal serumah					
Kebudayaan dan adat istiadat yang mempengaruhi kehamilan					
Pasien / Klien dianjurkan ganti baju untuk dilakukan pemeriksaan dan pemeriksa meminta ibu untuk BAK (jika ibu ingin)					
Sementara pasien / Klien ganti baju, pemeriksa menyiapkan alat untuk pemeriksaan kehamilan dan dekatkan alat ke tempat pemeriksaan					
Lakukan pemeriksaan TTV (TD , N,S ,P) , TB, BB, LILA					
Siapkan ruangan (jendela, sampiran, dll) dirapikan					
Cuci tangan					
Pasien kembali dari ganti pakaian lalu pasien dianjurkan untuk naik ke tempat tidur untuk dilakukan pemeriksaan					
Lakukan pemeriksaan (head to toe)					
Kepala					
Keadaan rambut (Rambut hitam, coklat, pirang, , mudah rontok)					
Higiene kepala (kulit kepala kotor, berbau, bisa ditemui lesi seperti vesicula, pustula, crusta karena varicella, dermatitis, dan jamur					
Muka					
Dilihat oedema atau tidak dan terdapat hiperpigmentasi atau tidak seperti cloasma gravidarum.					

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
<p>Mata</p> <p>Sclera, icterus atau tidak</p> <p>Konjungtiva, anemis atau tidak</p> <p>dengan cara 2 jari menarik palpebrae, pasien disuruh melihat ke atas</p>					
<p>Hidung (pakai senter)</p> <p>Diperiksa septum hidung, ditengah atau tidak, ada benda asing, sekret hidung, jernih, purulent, perdarahan, peradangan mukosa, polip.</p>					
<p>Telinga</p> <p>Simetris atau tidak, canalis bersih atau tidak, pengeluaran cairan bercerumen atau bernanah. Membran tympani utuh dengan posisi baik akan memantulkan refleks cahaya politzer pada penyinaran lampu senter.</p>					
<p>Mulut</p> <p>Rongga mulut diperiksa bau mulut, radang mukosa (stomatitis), dan adanya apthae, ada atau tidak labio/palato/gnato schizis.</p> <p>Gigi-geligi diperiksa adanya, caries, perdarahan, abses, benda asing (gigi palsu), keadaan gusi, meradang/ginggivitis.</p> <p>Lidah kotor atau tidak.</p> <p>Tonsil/pharynk diperiksa apakah ada peradangan dan pembengkakan</p>					
<p>Leher</p> <p>Lakukan palpasi</p> <p>Kelenjar thyrioid inspeksi atas, bentuk dan besarnya. Palpasi dengan cara satu tangan dari samping atau dua tangan dari arah belakang, jari-jari meraba permukaan kelenjar dan pasien diminta menelan, normalnya tidak dirasakan perbedaan dengan jaringan sekitarnya/</p> <p>Kelenjar getah bening ada pembesaran atau tidak dengan cara lakukan palpasi menggunakan jari telunjuk dan jari tengah pada daerah di belakang telinga bagian bawah.</p>					
<p>Dada</p> <p>Payudara dan fungsi pernapasan</p> <p>Periksa payudara dan ketiak</p> <p>Lihat dan palpasi payudara : bentuk, kesimetrisan, benjolan bentuk puting</p> <p>Inspeksi dan palpasi daerah ketiak : adanya benjolan / pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>Ibu diminta berbaring dengan lengan kiri di atas kepala, kemudian lakukan palpasi payudara kiri. secara sistematis sampai axilla, catat adanya massa, benjolan yang membesar, atau retraksi/dimpling.</p> <p>Ulangi prosedur tersebut untuk payudara kanan.</p> <p>Perhatikan bagian areola dan papilla untuk dilihat kondisinya (kering, pecah, pendek, rata).</p> <p>Apakah ada bagian yang nyeri tekan. Pijat daerah areola, lihat ada / tidak pengeluaran colostrums</p>					
<p>Auskultasi</p>					

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
<p>PAP.</p> <p>Dengan tehnik :</p> <p>Kaki di luruskan , Posisi pemeriksa menghadap ke kaki pasien (Dilakukan jika perlu yaitu pada pemeriksaan ini dilakukan bila kepala sudah masuk PAP)</p> <p>jika 5/5 yang teraba berarti kepala belum masuk PAP 4/5 yang teraba berarti kepala sudah masuk PAP 1/5 3/5 yang teraba berarti kepala sudah masuk PAP 2/5 2/5 yang teraba berarti kepala sudah masuk PAP 3/5 1/5 yang teraba berarti kepala sudah masuk PAP 4/5</p> <p>Ket :</p> <p>Ciri Kepala : Bulat, keras, melenting (syarat belum masuk PAP) Bulat, keras (sudah masuk PAP)</p> <p>Ciri Bokong : Agak bulat, lunak, tidak melenting</p> <p>Ciri Punggung : memanjang, keras, seperti papan</p> <p>Ciri ekstremitas : Bagian – bagian kecil janin, jari - jari.</p> <p>Auskultasi</p> <p>Menghitung Djj 1 menit penuh, di punktum maksimum kuadaran kanan/kiri, atas/bawah.</p> <p>Dengan tehnik :</p> <p>Pemeriksa menghadap kearah kaki pasien Letakkan lenek di bagian kuadran, kemudian kita meraba nadi ibu kemudian mendengarkan Djj setelah kita dapatkan maka hasilnya DJJ lebih cepat dari nadi Ibu (berarti DJJ tepat).</p>					
<p>Extremitas</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi dan palpasi kaki pada daerah pretibia dan punggung kaki / metatarsalia untuk mengetahui oedem / tidak, varises 					
<p>Genitalia</p> <p>Pemeriksaan dengan cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> Atur posisi pasien dorsal recumbent Pasangkan perlak dan alas di bawah bokong pasien Siapkan dan dekatkan alat ke dekat pasien Cuci tangan dan pasang hand scound Lakukan pemeriksaan genitalia eksterna dan anus Inspeksi vulva : adakah cairan pervaginaan (secret), amati warna dan bau Palpasi adakah pembengkakan, benjolan mulai dari klitoris, uretra, kelenjar skene, kelenjar bartholini Lakukan pemeriksaan anus bersamaan pemeriksaan genitalia, lihat adakah kelainan, misalnya hemorrhoid (pelebaran vena) di anus dan perineum, lihat kebersihannya Di Lakukan Vulva Hygiene jika di perlukan <p>Alat-alat dirapikan (alat yang sudah dipakai dimasukkan ke klorin)</p>					

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
Mendengarkan dengan menggunakan stetoskop, caranya pasien diminta bernapas cukup dalam dengan mulut terbuka dan letakkan stetoskop secara sistematis dari atas ke bawah dengan membandingkan kiri-kanan. Normalnya suara napas vesicular (bersifat halus, nada rendah, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi).					
<p>Abdomen</p> <p>Inspeksi bentuk abdomen, membesar sesuai usia kehamilan /tidak, ada/tidaknya luka operasi bekas SC, linea alba/linea nigra, striae gravidarum.</p> <p>Palpasi</p> <p>Tentukan TFU dengan cara :</p> <p>Pasien tidur terlentang dengan kaki di tekuk</p> <p>Pemeriksa menghadap ke arah muka pasien</p> <p>Uterus di ketengahkan dengan 2 tangan, setelah fundus uteri di dapat di fiksasi</p> <p>Ukur fundus dengan tangan jika UK: < 24 mgu sedangkan UK : > 24 mgu ukur dengan menggunakan pita ukur</p> <p>LEOPOLD I</p> <p>Tentukan bagian janin yang terdapat di fundus, dengan cara tangan kanan kiri meraba bagian fundus.</p> <p>LEOPOLD II</p> <p>Untuk menentukan bagian apa yang terdapat di samping kanan dan kiri perut ibu.</p> <p>Dengan tehnik :</p> <p>pemeriksa menghadap ke arah muka pasien</p> <p>Untuk memeriksa bagian kanan janin, tangan kiri memfiksasi dan tangan kanan meraba bagian janin.</p> <p>Untuk memeriksa bagian kiri janin, tangan kanan memfiksasi dan tangan kiri meraba bagian janin.</p> <p>LEOPOLD III</p> <p>Untuk menentukan bagian apa yang terdapat pada bagian bawah perut dan apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP</p> <p>Dengan tehnik :</p> <p>Satu tangan pemeriksa di fundus uteri dan satu tangan lagi di pinggir atas symphisis dengan ibu jari pada bagian kanan dan 4 jari yang lainnya di sebelah kiri kemudian di goyangkan dan bagian apa yang teraba di bagian bawah. Jika masih dapat digoyangkan berarti belum masuk PAP, jika tidak dapat digoyangkan berarti sudah masuk PAP.</p> <p>LEOPOLD IV</p> <p>Untuk menentukan sampai seberapa bagian terbawah janin masuk</p>					

KOMPONEN	PENILAIAN				
	0	1	2	3	4
Pemeriksa mencuci hand scoun yang dikenakan langsung ke dalam larutan klorin					
Pasien dirapikan kembali					
Cuci tangan (pemeriksa mencuci tangannya memakai sabun dengan air yang mengalir)					
Pasien di suruh duduk bersila					
Lakukan pemeriksaan perkusi pada daerah pinggang sejajar dengan lumbal III kiri dan kanan, kaji apakah klien merasa nyeri atau tidak					
Pasien di anjurkan duduk di pinggir tempat tidur dengan kaki terjantai kemudian dilakukan pemeriksaan refleksi patella kanan dan kiri. Normalnya +/-					
Pasien di suruh ganti baju dan pemeriksa membereskan tempat tidur					
Pemberian Konseling : Informasikan hasil pemeriksaan Berikan kebutuhan / Pendidikan Kesehatan sesuai dengan masalah pasien Berikan Informasi tentang gizi (bila perlu) Anjuran untuk senam hamil (bila perlu) Informasikan persiapan persalinan (bila Umur Kehamilan \pm 36 minggu – 40 minggu) Jelaskan tentang ASI Eksklusif Jelaskan tentang Perawatan Payudara Jelaskan tentang KB (Jenis, Metode, Cara Penggunaan Kegunaan Efek samping) Jelaskan tentang tanda bahaya pada kehamilan Berikan Informasi mengenai Tanda – tanda Persalinan Berikan Vitamin atau obat yang di butuhkan Anjuran kunjungan ulang berikutnya					

Nilai :

Setiap kinerja mahasiswa yang diamati menggunakan skala sebagai berikut :

- 0 : Bila langkah klinik tidak dilakukan.
- 1 : Langkah klinik dilakukan tetapi tidak mampu mendemonstrasikan sesuai prosedur.
- 2 : Langkah klinik dilakukan dengan bantuan, kurang terampil atau kurang cekatan dalam mendemonstrasikan dan waktu yang diperlukan relatif lebih lama menyelesaikan suatu tugas.
- 3 : Langkah klinik dilakukan dengan bantuan, kurang percaya diri, kadang-kadang tampak cemas dan memerlukan waktu yang dapat dipertanggung jawabkan
- 4 : Langkah klinik dilakukan dengan benar dan tepat sesuai dengan tehnik prosedur dalam lingkup kebidanan dan waktu efisien.

ADL

Hari/Tanggal	Jam	Tindakan
Jumat, 02-03-2018	09.00 wib	Pasien datang dengan keluhan keluar menses secara tiba-tiba dari kemaluannya tadi jam 07.30 Nama pasien Ny. Y umur 22 tahun Alamat Jl. Sriabudi Ny. Y mengatakan dia tidak pernah keguguran dan ini kehamilan yang pertama dan ibu mengatakan ada riwayat penyakit keluarga sebelumnya ibu menyabikan Hptnya tanggal 16 juni 2018 dan ibu tidak merasakan sakit dan nyeri kemudian melakukan pemeriksaan dalam belum ada pembukaan dan ibu tidak ada tanda-tanda persalinan kemudian ibu menyuruh ibu keahwasi Melakukan pemasangan infus RL 20 tts/i dan memberikan terapi Ceftriaxone melalui IV kemudian memantau Djj Djj ibu diin batas normal dan hasil observasi gugu dalam batas normal kemudian melakukan kembali pemeriksaan dalam belum ada
	12.00 wib	Bidan menelpon pihak rumah sakit akan malih bahwa pasien bersent akan segera dirujuk
	12.45 wib	kemudian menjelaskan kepada ibu bahwa dia segera dirujuk dan mempersiapkan ibu

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal Masuk : 02-03-2018 Tgl pengkajian : 02-03-2018
 Jam Masuk : 08.00 wib Jam Pengkajian : 09-00 wib
 Tempat : Klinik Helen Pengkaji : Beata Arniat Batele
 No. Register :

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. Yulis Nama Suami : Tn. Pelin
 Umur : 22 tahun Umur : 22 Tahun
 Agama : Islam Agama : Islam
 Suku/bangsa : Karo/Indonesia Suku/bangsa : Karo/Indonesia
 Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Jl. Setia Budi Alamat : Jl. Setia Budi

B. ANAMNESIS (DATA SUBJEKTIF)

Alasan kunjungan : Ingin memeriksakan kehamilannya
 Keluhan utama : x keluaranya rembesan cairan putih selama perovaginan sejak 1 jam 30 menit ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran, ibu mengatakan ada riwayat keluarga sebelumnya
 Riwayat menstruasi :
 Menarche : 14 thn, siklus 28 hari, teratur/tidak teratur
 Durasi : 4-5 hari, Banyak :
 Keluhan : Tidak ada

Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

No	Tgl lahir/Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PD:BB:JK	Kedua	Kedua	laktasi
1	H	A	M	I	L						

Riwayat kehamilan sekarang

- a. GA : PO AO
- b. HPHT : 16 Juni 2017 HPL : 23 Maret 2018
- c. UK : 37 minggu
- d. Gerakan janin : x sehari, pergerakan janin pertama kali bulan....
- e. imunisasi Tokoid Tetanus : sebanyak....kali, yaitu : Tidak ada

- f. Kecemasan : Ada
g. Tanda-tanda bahaya : Tidak ada
h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

7. Riwayat penyakit yang pernah diderita

- Santung : Tidak ada
Hipertensi : Tidak ada
Diabetes Mellitus : Tidak ada
Malaria : Tidak ada
Ginjal : Tidak ada
Asma : Tidak ada
Hepatitis : Tidak ada
Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

8. Riwayat penyakit keluarga

- Hipertensi : Tidak ada
Diabetes Mellitus : Tidak ada
Asma : Tidak ada
Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar
Riwayat KB : Tidak ada

9. Riwayat psikososial

Status perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang, Bahagia

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik

Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah sakit

Persiapan menjelang persalinan : Ada

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali

Jenis porsi : 1 piring nasi + 1 potong ikan + 1 porsi sayur + buah

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 1-2 jam

Tidur malam : 6-7 jam

c. Pola eliminasi

BAK : 6 kali/hari, warna :

BAB : 1 kali/hari, konsistensi :

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : Seringkali kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : 1 RT

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

- 1. Keadaan umum : Baik
- 2. Tanda-tanda vital
 - . Tekanan darah : 110/86 mmHg
 - . Nadi : 82 x/C kali/menit
 - . Suhu : 36,2 °C
 - . Respirasi : 22 x/C kali/menit
- 3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan
 - . Berat badan : 81,9 kg, kenaikan BB selama hamil : 4 kg
 - . Tinggi badan : 160 cm
 - . Lila : 32 cm
- 4. Pemeriksaan fisik
 - a. Postur tubuh : Hyperlordosis
 - b. Kepala
 - . Muka : Simetris, cloasma : tidak ada, oedema : tidak ada
 - . Mata : Simetris, Conjunctiva : Merah, Sclera : tidak ikterik
 - . Hidung : Bersih, polip : Tidak meradang
 - . Mulut/bibir : Bersih, tidak stomatitis dan pucat
 - c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar Thyroid dan limfe
 - d. Payudara
 - . Bentuk simetris : Ya
 - . Keadaan puting susu : menonjol
 - . Areola mammae : Hyperpigmentasi
 - . Colostrum : Ada
 - e. Perut
 - . Inspeksi : Tidak ada bekas operasi
 - . Palpasi :
 - a) Leopold I : TPU 32, teraba bulat, lunak di fundus dan tidak melintang (Bolong)
 - b) Leopold II : Teraba pada sisi kiri perut ibu keras, panjang dan memuatkan bagian janin
 - c) Leopold III : Teraba lunak dan kaku di bagian atas abdomen
 - d) Leopold IV : Teraba lunak, luas dan melintang (kepala)
 - e) TBJ : Bagian teraba sudah masuk panggul
 - f) TFU : $TPU - 32 \times 155 = 32 - 4 \times 155 = 3255$ gram
 - g) Kontraksi : .
 - . Auskultasi : Ada, teratur
 - . DJJ : 145 x/i
 - h) Ekstremitas
 - Atas : simetris, suhu lengkap, dan tidak oedema
 - Bawah : simetris, suhu lengkap, dan tidak oedema
 - i) Genitalia : Tidak ada kelainan rembesan cairan dari kemaluan ibu

Inspeksi Panggul

- Inspeksi Panggul : Tidak dilakukan
- Inspeksi Cristarum : Tidak dilakukan
- Inspeksi Spinarum : Tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

6. Pemeriksaan dalam

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin) :

* Keton:

Hb : Gol darah:

Ht : Rh :

E. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

• Diagnosa :
DS :
DO:

• Masalah :
DS :
DO:
Kebutuhan:
DS :
DO :

F. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

.....
Dasar

G. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

.....
Dasar

INTERVENSI : JAM :

Merencanakan asuhan secara menyeluruh dengan rasional meliputi:

1. Terapi dan asuhan
2. Pendidikan dan kesehatan
3. Konseling
4. Kolaborasi (jika diperlukan)
5. Rujukan (jika diperlukan)
6. Tindak lanjut

No	Intervensi	Rasional

I. IMPLEMENTASI

Melaksanakan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah direncanakan:

Tanggal :

No	Jam	Implementasi/Tindakan
		Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu : TTV : HASIL Leopold I-IV, DJJ Ev : Ibu sudah mengetahui hasilnya
		Melakukan pemeriksaan djj ulang yaitu hasil 155x/i Ev : Djj bagus hasil normal

II. EVALUASI

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan

Tanggal:

Jam:

S: Ibu mengatakan senang dengan hasil pemeriksaanya

: Ibu mengatakan sudah mengerti dengan pendkes yang diberikan

O: Ibu tampak menggangukan kepala saat diberitahukan tentang pendkesnya

: Hasil Djj : 155x/i

A: Dx :

Masalah : Teratasi

P: Lanjutkan terapi

Anjurkan kontrol ulang

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ny. Y G. P. A., Umur 22 tahun, usia kehamilan 37 minggu, Janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, dengan ketuban pecah dini.

Data Dasar :

- DS :
1. keluar rembesan cairan jernih secara peraginam sejak 1 jam 30 menit
 2. ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran
 3. Ibu menyatakan ada riwayat penyakit keluarga sebelumnya
 - A. Ibu menyatakan HPT nya tanggal 16 Juni 2018
 5. Ibu menyatakan tidak merasakan sakit dan nyeri

DO : keadaan umum : Baik
keadaan emosional : Cemas
kesadaran : Composmentis

observasi ITV :

Nadi	: 82 x/i
Suhu	: 36,2 °C
TD	: 120/80 mmHg
RR	: 22 x/i
Bb	: 81,8 kg
TB	: 160 cm
Lila	: 32 cm

Usia kehamilan 37 Minggu

DS : ibu menyatakan HPT tanggal 16-06-2017

DO : Menghitung usia kehamilan menurut meyle

HPT : 16-06-2017 : 2 Minggu

Intrauterin

DS : ibu mengatakan gerakan janin aktif

DO : dilakukan palpasi

leopold I : TPU : 32 cm teraba bagian punduk teraba bulat (balok)

leopold II : pada sisi kiri teraba memayang keras dan memayan, pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong

Punggung kiri

DS : ibu mengatakan lebih sering berbaring kesekelah kiri

DO : dilakukan palpasi

leopold II : pada sisi kiri teraba memayang keras dan memayan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong.

Presentase kepala

DS : ibu mengatakan nyeri pada suprapisis

DO : leopold IV belum masuk PAP

Ketuban pecah dini

DS : ibu mengatakan keluhan pembesaran cairan dari kemaluannya

- ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan pernah keguguran
- ibu mengatakan ada riwayat keluarga sebelumnya
- ibu mengatakan HPTnya tanggal 16 juni 2017
- ibu mengatakan tidak merasakan sakit dan nyeri

DO : keadaan Umum : Baik
keadaan Emosional : Cemas
Tanda-tanda vital
TD : 110/70 mmHg
T/P : 36,5 °C
RR : 20 x/i
DJJ : 145 x/i
TB BJ : 3255 gram

Masalah : 1. kontraksi / his tidak ada
2. keluar cairan dari vagina
3. tanda-tanda uparhu tidak ada

Kebutuhan : 1. Pantau observasi ibu
2. Anjurkan ibu berah kering
3. pasang infus
4. berikan therap Ceftriaxone
5. berikan suport mental pada ibu
6. Berikan makan dan minum pada ibu
7. Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam berikutnya

III. Identifikasi Diagnosa Masalah potensial
Asfiksia, infeksi post partum

IV. Tindakan segera atau Kolaborasi
Telah terpasang infuse RL, Ryuk

V. Intervensi

Tanggal: 02 Maret 2018 Pukul: 09.00 wib oleh: Beata

NO	Intervensi	Rasional
1.	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan keadaan	Agar ibu mengetahui keadaannya saat ini
2.	Angukkan ibu bahu baring	Untuk memberikan kenyamanan pada ibu
3.	Pasang infus	Agar ibu tidak dehidrasi
4.	Berikan therapy Ceftriaxone	Untuk proses penyembuhan pasien
5.	Berikan support mental pada ibu	Agar ibu tidak khawatir dengan keadaannya
6.	Berikan makan dan minum pada ibu	Agar ibu mempunyai tenaga dan juga memenuhi nutrisi
7.	Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam	Agar mengetahui kemajuan persalinan

VI. Implementasi

Tanggal: 02 Maret 2018 Pukul: 09.00 wib oleh: Beata Beate

NO	Tgl/pukul	Tindakan	Paraf
I.	02 Maret 2018/09.20 wib	Membertahu ibu hasil pemeriksaan dan keadaannya keadaan ibu: Baik kesadaran: Compos Mentis TTV: TD: 120/80 mmHg TP: 36,2°C / 92x/c BB: 81,8 kg TB: 160 cm	<i>[Signature]</i>

2.	09.30 wib	Mengajarkan ibu miring kiri dan kanan EV: ibu sudah miring kiri dan kanan dan pasien bersedia dengan baik	Batal
3.	09.50 wib	Memasang infus Melakukan pemasangan infus RL 20tt/1 Memberikan therapy EV: ibu mau dipasang infus	Batal
4.	10.00 wib	Memberikan obat Ceftriaxone untuk mengobati berbagai macam bakteri EV: ibu sudah diberi obat	Batal
5.	12.00 wib	Menypon rumah sakit Adam Malik bahwa pasien akan segera dirujuk. EV: Bidan dan perawat rumah sakit Adam Malik telah mempersiapkan alat untuk penanganan kegawatdaruratan kebidan pecah diri	Batal
6.	12.45 wib	Mengelaskan kepada ibu bahwa dia segera dirujuk dan menyuruh keluarga untuk bersiap-siap menemani pasien ke rumah sakit Adam Malik EV: pasien dan keluarga mengerti sedang membereskan barang ^{xx} untuk dibawa ke rumah sakit Adam Malik	Batal

VII. Evaluasi

Tanggal : 02 Maret

- S : DS :
1. ibu mengatakan keluar pembesaran cairan dari kemaluannya sejak 1 jam 30 menit sebelum masuk klinik
 2. ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran
 3. ibu mengatakan ada riwayat di dalam keluarga
 4. ibu mengatakan HPTnya tanggal 16 Juni 2017
 5. ibu mengatakan tidak merasakan sakit dan nyeri

O : Do :

keadaan umum : Baik
keadaan emosional : Cemas
kesadaran : Compos mentis
observasi : TV :
Nadi : 82 x/m
Suhu : 36,2°C
Tekanan darah : 120/80 mmHg
RR : 22 x/m
BB : 51,8 kg
TB : 160 cm
Cila : 32 cm

TBMJ : 3255 gram

A : Diagnosa : Ny. Y G1 P0 A0, umur 22 tahun, usia kehamilan 37 minggu, janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentase kepala dengan ketuban pecah dini

Masalah : 1. keluar rembesan cairan dari vagina
2. kontraksi / his tidak ada
3. pembukaan serviks tidak ada
4. tanda-tanda inpartu tidak ada

Kebijakan : 1. Pantau keadaan ibu
2. Anjurkan ibu tirah baring
3. Pasang infus dan berikan Antibiotic Ceftriaxone
4. Beri support mental pada ibu
5. Melakukan pemeriksaan dalam 2 jam

P ! 1. Persiapkan Rujukin
2. Persiapkan ibu
3. Persiapkan obat-obatan
4. Rujuk segera

Medan STIKes Elisabeth