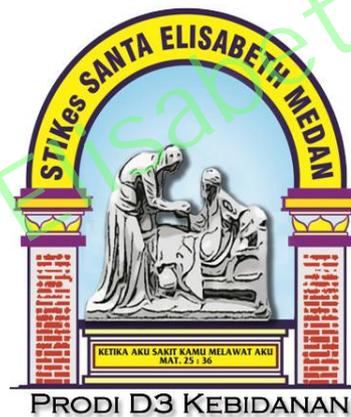


LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀ USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI KLINIK HELEN MEDAN
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Laporan
Tugas Akhir Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh:

**EVA ANREANI TAN
022015017**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀ USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI KLINIK HELEN MEDAN
TAHUN 2018**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Eva Anreani Tan
NIM :022015017**

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

Oleh:

**Pembimbing : Anita Veronika, S.SiT., M.KM
Tanggal : 19 Mei 2018**

Tanda Tangan :.....





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

Tanda Pengesahan

Nama : Eva Anreani Tan
NIM : 022015017
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 dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Rabu, 23 Mei 2018 Dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:	TANDA TANGAN
Penguji I : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes	
Penguji II : Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M	
Penguji III : Anita Veronika, S.SiT., M.KM	

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Prodi D III Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.K.M

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



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

CURICULUM VITAE



Nama : Eva Anreani Tan
Nim : 022015017
Tempat/Tanggal Lahir : Padangsidempuan , 30 Mei 1996
Agama : Kristen Protestan
Anak ke : 4 dari 4 bersaudara
Jenis Kelamin : Perempuan
Riwayat Pendidikan :
1. SD HKBP 1 Kota Padangsidempuan (2002-2008)
2. SMP Kesuma Indah Kota Padangsidempuan (2008- 2011)
3. SMA Kesuma Indah Kota Padangsidempuan (2011-2014)
4. D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan (2015-Sekarang)

LEMBAR PERSEMBAHAN

sesuatu yang aku miliki saat ini dan yang sangat berharga
di hidupku ini adalah kedua orang tuaku ..

Terimakasih ayah ibu, tanpa kalian
aku tidak akan pernah ada di dunia ini

Terimakasih ayah ibu, untuk semua kasih sayang kalian
terhadap ku selama ini dari aku kecil sampai aku dewasa

Terimakasih telah melahirkan aku ke dunia ini

Terimakasih ayah engkau telah menjadi ayahku yang
paling sempurna

Terimakasih ibu engkau telah menjadi ibuku yang paling
sempurna

Terimakasih telah member warna
kebahagian, keindahan, kepada aku sampai sekarang ini

Terimakasih atas pengorbanan ayah dan ibu terhadapku

Terimakasih atas semua perjuangan kalian selamaini .

Terimakasih ayah ibu yang telah perhatian
mumenenangku ibu, kasih sayang mumenguat kanku ayah

MOTTO :

Ujilah segala sesuatu

Dan peganglah yang baik (1 Tesalonika 5 :21)

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul, “**Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y 22 Usia Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 37 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Helen Tahun 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 klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan

(Eva Anreani)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀USIA
KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI KLINIK HELEN MEDAN TAHUN 2018¹**

**Eva Anreani², Anita Veronika³
INTISARI**

Latar Belakang : Ketuban pecah dini / *Early Premature Ruptur OF Membran (PROM)* adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yang bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan multipara kurang dari 5 cm dan Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya.

Tujuan : Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 37 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018 dengan menggunakan 7 langkah Varney.

Metode : Jenis penelitian kualitatif dengan metode studi kasus yang bertujuan melihat persamaan dan perbedaan antara teori dan praktek tentang KPD (Ketuban pecah Dini)

Hasil : Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik ,Palpasi Leopold 1 teraba bagian fundus teraba lembek, tidak melenting (bokong) ,Leopold 2 pada sisi kiri teraba memanjang keras dan memapan (puki) pada sisi kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas)Leopod 3 bagian terendah janin teraba keras, bulat ,melenting ; Leopold 4 bagian terbawah janin sudah masuk PAP.Hasil daripemeriksaan pada Ny.Y masih cemas dan dilakukan pemeriksaan dalam tidak adanya pembukaan dan tidak ada kontraksi/his

Kesimpulan : Asuhan yang diberikan pada Ny Y usia 22 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 37 minggu pasien di rujuk untuk SC atas indikasi dengan KPD (Ketuban Pecah Dini)

Kata Kunci : Ketuban Pecah Dini

Referensi : 10 Referensi (2009-2014)2 Jurnal

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

MIDWIFERY CARE ON MRS. Y AGE 22 YEARS OLD G1P0A0 AGE OF PREGNANCY 37 WEEKS AT HELEN CLINIC MEDAN YEAR 2018¹

Eva Anreani², Anita Veronika³

ABSTRACT

Background: Early Premature Rupture of Membranes (PROM) is the rupture of the membranes before inpartu which when opening in primi is less than 3 cm and multipara is less than 5 cm and Rupture of membranes prematurely causes the possibility of infection in the womb, preterm childbirth will increase the pain and death of the mother and fetus.

Objective: Able to perform Midwifery Care on Mrs. Y age 22 Years old G1 P0 A0 age of pregnancy 37 weeks with premature rupture of membranes at Helen clinic 2018 by using 7 steps Varney.

Method: The type of research was qualitative research with case study method that aimed to see the similarities and differences between the theory and practice about PROM (Premature Rupture of Membranes)

Results: Based on physical examination results, Palpation Leopold 1 palpable fundus palpable, not bouncy, Leopold 2 on the left side palpable elongated hard and stick (puki) on the right side palpable small parts of fetus (extermity) Leopod 3 parts fetal lows palpable hard, round, bouncy; Leopold 4 the lowest part of the fetus has entered PAP. Result of examination on Mrs. Y is she was still anxious and the examination conducted in the absence of opening and no contraction / his

Conclusion: The midwifery care given to Mrs. Y age 22 Years old G1 P0 A0 age of pregnancy 37 weeks was reconciled to SC for indication with PROM (premaure ruptures)

Keywords: premature rupture of membranes

References: 10 References (2009-2014) 2 Journal

1 Title of Case Study

2 Student of DIII Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya sehingga penulis mendapatkan kesempatan yang baik untuk mengikuti pelaksanaan dalam praktik klinik, serta dapat 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 Medan Tahun 2018**” . Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang nantinya berguna untuk perbaikan dimasa mendatang.

Dalam pembuatan laporan ini penulis juga menyadari bahwa banyak campur tangan dan bimbingan dari beberapa pihak sehingga pembuatan laporan ini dapat terlaksana dengan baik. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan ikhlas kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan yang yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
3. R.Oktaviance S.ST,M.Kes, Selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah banyak meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan

nasehat kepada penulis selama mengikuti pendidikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan .

4. Anita Veronika, SSiT, M.KM Selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir Dan menjadi motivator terbaik untuk penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Akademik Kebidanan STIKes.
5. Merlina Sinabariba SST, M.Kes dan Risda Mariana SST, M.Kes Selaku penguji yang banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir.
6. Flora Naibaho , SST, M.KM Selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini .
7. Kepada ibu Klinik Helen SST Selaku pemimpin Klinik Helen yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Kepada ibu Yulisa yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
9. Kepada Sr. Avelina FSE bersama TIM selaku ibu asrama yang telah membimbing dan memotivasi penulis selama tinggal di asrama Santa Elisabeth Medan.

10. Ucapan Terima Kasih yang terdalam dan Rasa hormat kepada Orang tua tercinta Ayah Ruskaya Hamzah Tan, Ibu Romian Manalu, Kakak Saya Herna Wulandari Tan, dan abang saya Herwin Apriadi Tan, Herman Saputra Tan yang sudah memberikan Semangat, doa serta motivasi yang luar biasa Kepada Saya.
11. Seluruh teman-teman mahasiswa Prodi D3 Kebidanan angkatan XV dan yang telah memberi bantuan serta motivasi dari segala kekurangan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Sebagai penutup akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Medan, 19 Mei 2018

Penulis

(Eva Anreani Tan)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
INTISARI.....	vi
ABSTRAC.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LatarBelakang	1
B. TujuanStudiKasus	5
1. TujuanUmum	5
2. TujuanKhusus	5
C. ManfaatStudiKasus	6
1. ManfaatTeoritik.....	6
2. Manfaatpraktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. KonsepdasarKehamilan.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Tanda-TandaBahayaDalamKehamilan	9
3. PerubahanFisiologisDalamKehamilan.....	9
4. KebutuhanIbuHamil Per Trimester	14
5. Tanda-TandaBahayaDalamKehamilan	23
B. PengertianKetubanPecahDini	24
1. Pengertian.....	24
2. Fungsi air ketuban	25
3. Asalketuban.....	25
4. Etiologi.....	28
5. patofisiologis.....	31
6. tandagejala.....	32
7. diagnosis.....	33
8. prognosis	35
9. komplikasi.....	36
10. penatalaksanaan.....	37
C. Rujukan	38
1. Tujuan	38
2. Jenis.....	39

3. Jalur Rujukan	40
4. Mekanisme Rujukan.....	41
D. Pendokumentasian Asuhan kebidanan.....	43
1. Pengumpulan Data Dasar.....	43
2. Interpretasi Data Dasar	44
3. Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan.....	45
4. Tindakan Segera.....	46
5. Perencanaan.....	48
6. Pelaksanaan.....	49
7. Evaluasi	50
BAB III METODE STUDI KASUS	55
A. Jenis Studi Kasus	55
B. Tempat Dan Waktu Studi Kasus	55
C. Subjek Studi Kasus	55
D. Metode Pengumpulan Data.....	55
E. Waktu Studi Kasus.....	55
F. Teknik Pengumpulan Data.....	56
G. Alat-alat yang Dibutuhkan	58
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	60
A. Tinjauan Kasus.....	60
B. Pembahasan.....	72
BAB V PENUTUP	78
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat pengajuan judul LTA
2. Surat Praktek Klinik Kebidanan 3 (PKK 3)
3. Surat Informed Consent
4. Surat Rekomendasi
5. Daftar Tilik
6. Daftar Praktik Kebidanan (PKK 3)
7. Manajemen Dokumentasi
8. Lembar Konsul

STIKes Elisabeth Medan

Daftar tabel

Tabel 2.1 : Tabel indeks masa tubuh	18
Tabel 2.2 : Nilai atas untuk anemia pada perempuan.....	19
Tabel 2.3 :Tanda – tanda bahaya masa kehamilan	23

STIKes Elisabeth Medan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2014).

Ketuban pecah dini / *Early Premature Ruptur OF Membran (PROM)* adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yang bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan multipara kurang dari 5 cm (Prawirohardjo 2010).

Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya (Manuaba, 2010).

Sebagian besar penyebab KPD berkaitan dengan infeksi (sampai 65%). Misalnya, infeksi kuman, terutama infeksi bakteri, yang dapat menyebabkan selaput ketuban menjadi tipis, lemah dan mudah pecah. Selain itu, beberapa faktor risiko KPD adalah serviks inkompeten, kehamilan kembar, kelainan letak janin dalam rahim, kemungkinan kesempitan panggul, kelaianan bawaan selaput ketuban, ada riwayat persalinan kurang bulan sebelumnya, hubungan seksual yang kebersihannya tidak dijaga, perdarahan lewat jalan lahir, pH (tingkat keasaman) vagina di atas 4 dan 5 selaput ketuban tipis kurang dari 39 mm, kadar *CRH* (*corticotropin releasing hormone*) maternal tinggi, misalnya pada ibu hamil yang

stres, higiene yang kurang baik, misalnya keputihan dan infeksi vagina, jumlah cairan ketuban sangat banyak (hidroamnion) serviks(Manuaba,2010).

Menurut data (*World Health Organization*), sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi dinegara-negara berkembang 81% angka kematian ibu (AKI) akibat komplikasi selama hamil dan bersalin. Faktor langsung penyebab tingginya AKI adalah perdarahan 45%, terutama perdarahan post partum. Selain itu ada keracunan kehamilan 24%, infeksi 11%, dan partus lama atau macet (7%). Komplikasi obstetric umumnya terjadi pada waktu persalinan, yang waktunya pendek adalah sekitar 8 jam (WHO,2015).

Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Provinsi Yogyakarta pada tahun 2014 AKI di Provinsi Yogyakarta pada tahun 2014 yaitu 40 kasus kematian mengalami penurunan dibanding dengan tahun 2013 yaitu 46 kasus. Penyebab kematian ibu berdasarkan data Dinkes Provinsi Yogyakarta yaitu perdarahan, eklampsia/preeklampsia dan infeksi. Kematian ibu yang disebabkan oleh infeksi yaitu sebanyak 11%. Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu penyebab infeksi (4).Ketuban pecah dini (KPD) yaitu pecahnyaselaput ketuban sebelum persalinan. Pada kehamilan *aterm* atau kehamilan lebih dari 37 minggu sebanyak8-10% ibu hamil akan mengalami KPD, dan pada kehamilan *preterm* atau kehamilan kurang dari 37minggu sebanyak 1% ibu hamil akan mengalami KPD. KPD dapat menyebabkan infeksi yang dapatmeningkatkan kematian ibu dan anak apabila periodelaten terlalu lama dan ketuban sudah pecah. KPD pada ibu hamil primi jika pembukaan kurang dari 3 cm dan kurang dari 5 cm pada ibu hamil multipara. Penyebab KPD masih belum jelas akan tetapi KPD ada hubungannya dengan

hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, disproporsi, serviks inkompeten, dan lain-lain (Rahayu budi, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) dihitung per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian Ibu sebanyak 105,98 /Kelahiran Hidup. Angka kematian bayi sebanyak 16,84/ 1000 kelahiran hidup, bayi lahir laki-laki sebanyak 4.313 (50,8%) bayi, BBL laki-laki yang meninggal tercatat sebanyak 45 (1,04%) bayi, BBL perempuan sebanyak 4.179 (49%) bayi BBL perempuan yang meninggal sebanyak 22 (1,2%) bayi. BBL tercatat sebanyak 345 (4,06%). Perdarahan masa nifas tercatat sebanyak 22 (0,2%). KB aktif sebanyak 69% atau sebanyak 149.515 dari target 70 % yaitu IUD sebanyak 45.504 (21%), MOW sebanyak 9.534 (4,4%), implant sebanyak 35.320 (16,3), kondom sebanyak 3.033 (1,4%), suntik sebanyak 107.477 (49,5%) dan pil sebanyak 14.734 (6,81%). Berdasarkan data yang diambil di salah satu BPM di wilayah Jambon Ponorogo menyebutkan bahwa bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2016 tercatat K1 102 (83,64%), Adapun kunjungan K4 yang tercatat adalah 96 (65,45%), Persalinan nakes sejumlah 96, dari jumlah K1 jumlah persalinan dirujuk 6 orang dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD), kunjungan nifas sejumlah 84, kunjungan neonatal 51 (71,1%), KB aktif sejumlah 119, KB suntik 56 (81,09%), IUD 15 (41,51%), Kondom 9 (36,10%), Pil 26 (55,7%), Implant (13,62%), karena kurangnya kesadaran dan pengetahuan ibu tentang pentingnya melakukan kunjungan ANC secara rutin sehingga terjadi kesenjangan antara K1 dan K4. (Depkes, 2014).

Angka ini merupakan salah satu indikator derajat kesehatan suatu bangsa. Melalui *Millenium Development Goals*, Indonesia sendiri memiliki target untuk menurunkan AKB pada indikator sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hingga saat ini AKB masih menjadi penyebab tertinggi dari keseluruhan jumlah balita yang meninggal pada periode 5 tahun pertama kehidupan dan dari laporan terakhir AKB masih berada di angka 32 kematian per 1000 kelahiran hidup (BPS, 2013). Melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, salah satu tujuan indikator kesehatan adalah menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015).

Data yang didapat di Rumah Sakit Jogja yang mengalami Ketuban Pecah Dini selama Tahun 2016 adalah sebanyak 427 kasus. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD Yogyakarta (Rahayu Budi, 2017).

Berdasarkan Visi dan Misi D3 Kebidanan STIKes Elisabeth Medan adalah menciptakan tenaga Bidan yang unggul dalam mencegah Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal berdasarkan daya kasih kristus yang Menyembuhkan sebagai tanda kehadiran Allah di Indonesia tahun 2022. Dari penjelasan di atas dan dengan adanya Visi Misi penulis dapat mengambil kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 usia Kehamilan 37 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P1 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018 dengan pendekatan 7 langkah Helen varney

2. Tujuan khusus

- a.** Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.
- b.** Mampu Melakukan mengidentifikasi diagnosa/masalah aktual pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.
- c.** Mampu Melakukan mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.
- d.** Mampu Melakukan tindakan segera dan kolaborasi pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.
- e.** Mampu Melakukan perencanaan pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.
- f.** Mampu Melakukan tindakan pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.

- g. Mampu Melakukan Evaluasi pada Asuhan Kebidanan Pada Ny Y usia 22 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Helen Tahun 2018.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi

Sebagai sumber bacaan bagi seluruh mahasiswa dan sebagai alat untuk mengevaluasi kemampuan mahasiswa atas teori yang telah di terima khususnya tentang asuhan pada KPD (Ketuban Pecah Dini).

2. Bagi lahan praktek

Sebagai sarana bahan Bacaan dan Pedomaan untuk meningkatkan Mutu Pelayanan asuhan Kebidanan pada penatalaksaan kasus KPD (Ketuban Pecah Dini).

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.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian

Menurut Federasi Obstetri *Ginekologi* Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2014).

2. Tanda-tanda kehamilan

Pada kehamilan terdapat beberapa tanda yang mendukung adanya kehamilan diantaranya adalah :

1. Tanda tidak pasti kehamilan, yaitu tanda dan gejala yang dialami seorang

wanita tetapi belum tentu hamil :

a. Tidak mendapat haid (*Amenorhea*)

Kehamilan menyebabkan dinding uterus (*endometrium*) tidak dilepaskan sehingga *amenorhea* atau tidak datangnya haid. Hal ini dianggap sebagai tanda kehamilan. Tetapi hal ini juga dapat dianggap sebagai tanda tidak pasti kehamilan dikarenakan *amenore* juga dapat terjadi pada beberapa faktor seperti *malnutrisi*, gangguan emosional, dan perubahan faktor lingkungan.

b. Mual dan muntah (*nausea* dan *emesis*)

Kira-kira separuh dari wanita hamil mengalami mual dan muntah, dengan tingkat yang berbeda-beda. Biasanya yang cukup ringan dan terjadi di pagi hari disebut *morning sickness*.

Penyebabnya tidak diketahui, tetapi juga dapat disebabkan oleh karna peningkatan kadar hormon yang di produksi selama hamil. Sesudah 12 minggu biasanya sudah mulai menghilang.

c. Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan tertentu terutama pada triwulan pertama

d. Sering buang air kecil

Karna kandung kemih tertekan oleh pembesaran *uterus*, gejala ini biasanya akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan akan timbul kembali karna tertekan oleh janin yang mulai memasuki pintu atas panggul.

e. Payudara menjadi tegang dan membesar.

Banyak wanita merasakan payudara memadat dan semakin bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting akan semakin membesar dan *aerola* akan menghitam. Perubahan itu disebabkan oleh tekanan kelamin wanita dan perubahan hormon *esterogen* dan *progesterone*.

f. *Anoreksia* (tidak nafsu makan)

Berlangsung pada triwulan pertama, kemudian nafsu makan akan timbul kembali.
g. *Konstipasi* (susah buang air besar)

Pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus yang dapat menyebabkan sulit BAB.

2. Tanda kemungkinan hamil, yaitu tanda-tanda yang memungkinkan seorang perempuan hamil, yaitu :

a. Rahim membesar (sesuai dengan usia kehamilan)

b. Tes kehamilan (+)

c. Pada pemeriksaan dijumpai:

1. Tanda *hegar* : segmen bawah uterus lembek pada peraba.

2. Tanda *piskacek* : uterus membesar kesalah satu jurusan

3. Tanda *chadwick* : vulva dan vagina kebiruan.

4. Tanda *Braxton Hicks* : ada kontraksi pada uterus jika dirangsang

5. Teraba *Ballotement*

3. Tanda Pasti Hamil

a. Gerakan janin yang dapat dilihat ataupun dirasa

b. Pada auskultasi terdengar denyut jantung janin (DJJ)

c. Dengan *Ultrasonogram* (USG) dapat dilihat gambaran janin

d. Pada kehamilan yang lebih tua dapat teraba bagian- bagian janin.

3. Perubahan Anatomi Fisiologi Pada Kehamilan (Sarwono, 2014)

1. Perubahan Pada Sistem Reproduksi

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon *somatotropin*, *estrogen*, dan *progesteron* yang menyebabkan perubahan pada bagian tubuh dibawah ini :

a. Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Uterus menjadi lebih besar dan lunak seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil *mola hidatidosa*, hamil dengan *hidraamnion* yang akan teraba lebih besar. Dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Pada kehamilan 12 minggu, rahim sudah berada 3 jari diatas simfisis.
2. Pada usia kehamilan 16 minggu, kavum uteri terisi oleh *amnion*.
Tinggi rahim adalah setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
3. Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak dua jari dibawah pusat sedangkan pada usia 24 minggu tepat di tepi atas pusat.
4. Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan *prosesus xifodeus*.
5. Pada usia kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uteri adalah setengah jarak *prosesus xifodeus* dan pusat.
6. Pada usia kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari di bawah *prosesus xifodeus*. Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah *prosesus xifodeus*.

b. Vagina

Selama kehamilan peningkatan hormon *estrogen*, terjadi *hypervaskularisasi* pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *Chadwick* .

c. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung *korpus luteum* gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan *vili korealis* yang mengeluarkan hormon *korionik gonadotropin*.

2. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah akan lebih terlihat, puting payudara akan lebih besar kehitaman dan tegang yang disebabkan oleh hormon *somatomammotropin*, *estrogen* dan *progesterone*. Payudara terus tumbuh sepanjang kehamilan dan ukuran serta beratnya meningkat. Aerola akan menjadi lebih gelap dan dikelilingi oleh kelenjar *sebacea* yang menonjol yang biasanya terlihat setelah usia kehamilan 16 minggu.

Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut *kolostrum* akan keluar. *Kolostrum* ini berasal dari kelenjar *asinus* yang mulai bersekresi. Meskipun sudah dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon *prolaktin* ditekan oleh *prolaktin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar *estrogen* dan *progesteron* menurun sehingga pengaruh inhibiti *progesteron* terhadap *laktal bulmin* akan hilang. Peningkatan *prolaktin* akan merangsang *sintesis laktose* dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan.

3. Sirkulasi darah ibu

Volume darah. Volume darah semakin meningkat dan jumlah *serum* darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah bertambah besar hingga 25 sampai 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil berkali-kali. Kehamilan akan memberatkan kerja jantung sehingga menyulitkan wanita dengan adanya penyakit jantung.

4. Sistem respirasi.

Kebutuhan oksigen meningkat 15-20% , diafragma terdorong ke atas, *hiperventilasi*, pernapasan dangkal (20-24 x/menit) mengakibatkan penurunan *kompliansi dada*, *volume residu*, dan *kapasitas paru* serta terjadi peningkatan *volume tidal*. Oleh karena itu, system respirasi selama kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan *inspirasi* dan *ekspirasi* dalam pernapasan, yang secara langsung juga memengaruhi *suplai oksigen (O₂)* dan *karbondioksida (CO₂)* pada janin.

5. Sistem pencernaan.

Oleh karena pengaruh *esterogen*, pengeluaran asam lambung meningkat dan dapat menyebabkan :

- A. Pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*).
- B. Daerah lambung terasa panas.
- C. Terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*.
- D. Muntah yang terjadi disebut *emesis gravidarum*.
- E. Muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari yang disebut *hiperemesis gravidarum*.
- F. *Progesterone* menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan *obstipasi*.

6. Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Pada kehamilan, ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urine.

7. Perubahan warna kulit

Pada kulit terjadi perubahan *deposit pigmen* dan *hiperpigmentasi* karena pengaruh *melanophore stimulating hormone*. *Hiperpigmentasi* ini terjadi pada *striae gravidarum*, *lividae*, *areola mammae*, *papila mammae*, *linea nigra*, dan pada wajah yaitu *cloasma*. Setelah persalinan *hiperpigmentasi* ini akan menghilang.

8. Metabolisme.

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Ibu hamil memerlukan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi. Oleh karena itu perlu diperhatikan pola makanan “empat sehat” dan “lima sempurna”.

4. Kebutuhan Ibu Hamil

A. Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Ini berarti dia perlu makan untuk

2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Kebutuhan makan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil. Kegunaan makan tersebut adalah:

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi.

Calon ibu sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan kandungan hemoglobin dalam darah dan memperoleh resep tablet mengandung garam besi. Karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan makan yang cukup, ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.

1. Kebutuhan energy

- a. Trimester I : penambahan energy 180 kkal/hari
- b. Trimester II : penambahan 300 kkal/hari

2. Sumber protein

- a. Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.
- b. Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.
- c. Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.
- d. Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.
- e. Bahan pangan sumber protein yang dikonsumsi sebaiknya 2/3 berupa bahan pangan tinggi kandungan gizinya.

3. Sumber lemak

- a. Merupakan sumber energy yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.

- b. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum.
- c. Membantu proses pembentukan ASI.
- d. Asam lemak tak jenuh : omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sel saraf dan sel otak janin.

4. Sumber karbohidrat

- a. Merupakan sumber tambahan energy yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.
- b. TM I : untuk pembentukan sel darah merah.
- c. TM II : sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

5. Sumber vitamin

- a. Vitamin A, berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil.
- b. Vitamin B seperti: B1 (Tiamin), B2 (Riboflavin), B3 (Niasin), B6 (Piridoksin), B9 (Asam folat), dan B12 (Kobalamin).
- c. Vitamin C
 - a) Berfungsi penyerapan FE : untuk mencegah anemia
 - b) Memperkuat pembuluh darah : untuk mencegah perdarahan
 - c) Mengurangi sakit saat bekerja (50%)n, mengaktifkan kerja sel darah putih.

- d) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.
 - e) Ibu hamil dianjurkan menambah asupan vitamin C 10 mg/hari.
 - d. Vitamin D, diperlukan untuk penyerapan kalsium. Berfungsi untuk menjaga struktur dan komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, membantu pembentukan sel darah merah, sebagai anti oksidan yaitu melindungi sel tubuh dari kerusakan.
6. Sumber mineral
- a. Kalsium: untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.
 - b. Seng
 - c. Yodium
 - d. Zat besi : pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama the atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi.
 - e. Serat

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil sebagai berikut.

- a) Kenaikan berat badan pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hamper seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.

- b) Kenaikan berat badan paada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.
- c) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3 - 0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase, yaitu:

- 1) Fase pertama: pada usia kehamilan 15 – 20 minggu.
- 2) Fase kedua adalah 30 minggu sampao 18 bulan setelah bayi lahir.
 - a) Umur 0 – 1 tahun: terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil.
 - b) Umur 2 tahun: pertumbuhan otak kurang dari 10%, berat otak saat lahir 25% otak dewasa, pada umur 6 bulan 50%, umur 2 tahun 75% otak dewasa.
 - c) Umur 5 tahun: terjadi pertumbuhan otak 90% otak dewasa.
 - d) Umur 10 tahun: terjadi pertumbuhan otak 95% otak dewasa.

Penilaian status gizi ibu hamil, sebagai berikut.

Berat badan dilihat dari *Quartele* atau *body mass index* (Indeks Masa Tubuh = IMT). Penilaian IMT diperoleh dengan menghitung:

$$\frac{\text{Berat badan sebelum hamil (kg)}}{\text{Tinggi badan (cm)}}$$

Tabel 2.1 :Tabel Indeks Masa Tubuh

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underwight / dibawah normal
20 – 24,9	Desirable / normal
25 – 29,9	Moderate obesity / gemuk / lebih dari normal
Over 30	Severe obesity / sangat gemuk

(Sumber : Sarwono,2010)

Keterangan:

1. Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah
2. Berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.
3. Ukuran lingkaran lengan atas (LILA)
4. Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA <23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).
5. Kadar hemoglobin

Tabel 2.2 :Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan

Status Kehamilan	Hemaglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil :		
Trimster I	11,0	33
Trimster II	10,5	32
Trimster III	11,0	33

Sumber: Prawirohardjo (2008)

Penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi meliputi asupan nutrisi yang tidak cukup, absorbs yang tidak kuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi yang memperlihatkan gambaran eritrosit mikrositik hipokrom pada asupan darah tepi.

B. Kebutuhan Oksigen

Hampir 75% wanita hamil mengalami peningkatan kesulitan pernapasan. Pada awal kehamilan ¼ wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira separuh wanita mengalami kesulitan pernapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah itu meningkat menjadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen ibu hamil, perlunya suasana lingkungan yang selalu mendukung ibu dapat bernafas dengan lega, lingkungan atau tempat yang pengap, sesak, dan tempat keramaian sangatlah perlu dihindari karena suplai oksigen ibu tidak efektif lagi.

C. Kebutuhan Personal Hygiene

Perawatan kebersihan selama kehamilan sebenarnya tidak berbeda dari saat-saat yang lain. Akan tetapi, saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri atau pun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

Sekitar 30% calon ibu menyadari keputihan yang meningkat ini. Dimana keputihan ini disebabkan oleh jamur *candida albican* yang dapat menyebabkan gatal-gatal atau disebabkan infeksi oleh parasit kecil seukuran ujung jarum yang disebut *trichomonas vaginalis*.

D. Kebutuhan Istirahat

Adanya aktivitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah daripada sebelum waktu hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh factor beban dari berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu.

Banyak wanita menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari.

Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu mau tidur. Ada beberapa posisi relaksasi yang dapat dilakukan selama dalam keadaan istirahat atau selama proses persalinan:

1. Posisi relaksasi dengan telentang
2. Posisi relaksasi dengan berbaring miring
3. Posisi relaksasi dengan duduk

Ketiga posisi tersebut di atas dapat dipergunakan selama his dan pada saat itu ibu harus dapat mengonsentrasikan diri pada irama pernapasan atau pada sesuatu yang menenangkan. Sangat dianjurkan untuk tidak memperhatikan nyeri his.

E. Kebutuhan Seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi.

Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran premature. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik atau pun seksi.

Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Mereka dapat menikmati senggama selama kehamilan. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hati-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. Dalam paruh kedua kehamilan, istri mungkin merasakan pemasukan ke dalam vagina dari arah belakang lebih nyaman dan memuaskan.

F. Aktivitas Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta melatih cara mendedan yang benar. Kesiapan ini merupakan bekal penting bagi calon ibu saat persalinan.

Manfaat senam hamil secara teratur dan terukur sebagai berikut.

1. Memperbaiki sirkulasi darah.
2. Mengurangi pembengkakan.
3. Memperbaiki keseimbangan otot.
4. Mengurangi gangguan risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit.

5. Tanda-tanda Bahaya Masa Kehamilan(sarwono,2010)

Tabel 2.3 :Tanda –tanda bahaya masa kehamilan

TANDA-TANDA BAHAYA MASA KEHAMILAN		
Trimester pertama 0-12 minggu	Trimester kedua 13-28 minggu	Trimester ketiga 29-42 minggu
1. Perdarahan pada kehamilan muda. a. Abortus 1). Abortus Spontan 2). Abortus Provokatus 3). Abortus	1. Demam Tinggi 2. Janin kurang pergerakan 3. Anemia a. Anemia ringan b. Anemia sedang	1. Pre eklmpsia a. Pre eklmpsia ringan b. Pre eklmpsia berat c. Eklampsi 2. Hipertensi Gestasional 3. Sakit kepala yang

<p>Medisialis</p> <p>4). Unsafe Abortion</p> <p>5). Abortus Iminens</p> <p>6). Abortus Incomplit</p> <p>7). Abortus Insipiens</p> <p>8). Abortus complete</p> <p>9). Missed Abortion</p> <p>10). Abortus Hubiktualis</p> <p>b.Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)</p> <p>c.Mola Hidatidosa</p> <p>2.Hiperemesis Gravidarum :</p> <p>a.Hiperemesis Gravidarum Tingkat I</p> <p>b.Hiperemesis Gravidarum Tingkat II</p> <p>c.Hiperemesis Gravidarum Tingkat III</p> <p>3.Anemia</p> <p>4.Blighted ovum</p>	<p>c.Anemia berat</p> <p>4. Perdarahan</p> <p>a. Plasenta previa</p> <p>b. Solusio Plasenta</p> <p>5. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)</p> <p>6. Bengkak pada beberapa bagian tubuh</p> <p>7. Abnormalitas Djj</p> <p>8. Nyeri dan kram pada perut</p> <p>9. Nyeri kepala dan penglihatan kabur</p> <p>10. Insomnia dan cemas berlebihan</p> <p>11. Jantung berdebar kencang</p>	<p>Hebat</p> <p>4. Penglihatan kabur</p> <p>5. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan</p> <p>5. Gerakan janin tidak terasa</p> <p>6. Keluar cairanpervaginam</p> <p>7. Nyeri abdomen yang hebat</p> <p>8. Anemia</p> <p>9. Demam tinggi</p> <p>10. Kejang</p>
--	---	---

(SUMBER :Prawihardjo,2010)

6. Menguatkan otot perut

7. Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

Senam hamil pada kehamilan normal dapat dimulai pada kehamilan kurang lebih 16-38 minggu. Pelaksanaan senam sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang sesuai dan longgar. Lakukan selalu pemanasan dan pendinginan setiap kali senam.

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian Ketuban

Air ketuban adalah zat cair yang mengelilingi janin di dalam rahim, hal ini akan memungkinkan janin untuk terus tumbuh dan bergerak. Cairan ini memberikan banyak fungsi bermanfaat bagi pertumbuhan janin. Air ketuban membantu mencegah dinding rahim dari konstriksi terlalu ketat yang bisa mengganggu pertumbuhan janin karena sempitnya ruang rahim, dan juga bertindak sebagai bantalan pelindung untuk mencegah kerusakan apapun pada janin yang sedang tumbuh.

2. Fungsi Air Ketuban

Cairan ketuban memiliki beberapa fungsi utama, yakni melindungi bayi dari tekanan dan pukulan, melindungi dari infeksi, memberi makan bayi dan membantu perkembangan sistem paru-paru dan pencernaan, serta menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat. Hal ini pula yang memungkinkan bayi untuk bisa bebas bergerak, menendang dan jungkir balik.

3. Asal Ketuban

Permulaan cairan Amnion ialah berasal dari Ultrafiltrasi Plasma Maternal setelah minggu kedua, cairan amnion berasal dari cairan ekstraseluler kulit janin. Atau lebih simpelnya cairan amnion tersebut di produksi oleh sel sel trofoblas, sel sel darah sang ibu yang kemudian akan bertambah dengan adanya produksi cairan, yaitu air seni dari janin sendiri.

Pada usia kehamilan minggu ke 12 ginjal janin mulai memproduksi urin, jadi janin mulai minum cairan ketuban dan mengeluarkan kembali dalam bentuk air seni. Setelah minggu ke 20, kulit janin tertutup oleh lapisan tanduk sehingga cairan amnion terutama berasal dari urin janin.

4. Pengertian KPD

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan. Dalam keadaan 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami Ketuban Pecah Dini.

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina serviks. (Sarwono Prawiroharjo, 2014)

Normalnya volume cairan ketuban pada usia kehamilan usia 10-20 minggu, sekitar 50-250 ml. Ketika memasuki minggu 30-40, jumlahnya mencapai 500-1500 ml.

Fungsi air ketuban adalah:

1. Melindungi janin terhadap trauma dari luar.
2. Memungkinkan janin bergerak dengan bebas.
3. Melindungi suhu tubuh janin.
4. Meratakan tekanan di dalam uterus pada partus, sehingga serviks Membuka.
5. Membersihkan jalan lahir.

Premature Rupture of Membranes (PROM) atau Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban atau kantung ketuban sebelum persalinan dimulai. Ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan kurang bulan merupakan masalah yang besar dibidang obstetrik, karena dapat menimbulkan kontribusi yang besar terhadap morbiditas dan

mortalitas perinatal dan maternal. Jika PROM terjadi sebelum 37 minggu kehamilan, itu disebut sebagai *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM) atau pecahnya ketuban terlalu dini.

Insidensi ketuban pecah dini lebih kurang 10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-19%. Sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas.

Ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insidensi 30-40%. Neonatologis dan ahli obstetri harus bekerja sebagai tim untuk memastikan perawatan yang optimal untuk ibu dan janin. Ada bermacam-macam batasan/teori/definisi tentang *Premature Rupture of Membranes*.

1. Ada teori yang menghitung berapa jam sebelum inpartu, misalnya 2 jam, 4 jam atau 6 jam sebelum inpartu.
2. Ada juga yang mengatakan dalam ukuran pembukaan servik atau leher rahim pada kala 1, misalnya ketuban yang pecah sebelum pembukaan servik 3cm/ 5cm dan sebagainya.

Prinsipnya adalah ketuban yang pecah” sebelum waktunya”. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala 1 atau awal kala 2 persalinan. Bisa juga belum pecah sampai saat mengejan, sehingga perlu dipecahkan (amniotomi).

Faktor resiko atau predisposisi ketuban pecah dini atau persalinan preterm sebagai berikut:

1. Kehamilan multipel: kembar 2 (50%), kembar 3 (90%).
2. Riwayat persalinan preterm sebelumnya: resiko 2-4 kali.
3. Tindakan senggama: tidak berpengaruh pada resiko, kecuali vulva higiene buruk, predisposisi terhadap infeksi.
4. Perdarahan pervaginam: trimester pertama (resiko 2x), trimester kedua/ketiga (20x).
5. Bakteriuria: resiko 2 kali (prevalensi 7%).

6. PH vagina diatas 4.5: resiko 32% (Fs 16% Servik tipis atau kurang dari 39mm: resiko 25% (Fs 7%).
7. Flora vagina abnormal: resiko 2-3 kali.
8. Fibronectin >50ng/ml: resiko 83% (Vs.19%)
9. Kadar CRH (Corticotropin Releasing Hormone) Maternal tinggi misalnya pada stress psikologis, dsb, dapat menjadi stimulasi persalinan preterm

a. Etiologi

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri. Penyebab lainnya adalah sebagai berikut :

1. Inkompetensi serviks (leher rahim)

Inkompetensi serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar.

Peninggian tekanan intra uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Misalnya :

a. trauma : Hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis

b. Gemeli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. (Saifudin. 2012)

c. Makrosomia

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan

kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah.

d. Hidramnion

Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion >2000mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja. Kelainan letak janin dan rahim : letak sungsang, letak lintang.

3. Korioamnionitis

Adalah infeksi selaput ketuban. Biasanya disebabkan oleh penyebaran organisme vagina ke atas. Dua factor predisposisi terpenting adalah pecahnya selaput ketuban > 24 jam dan persalinan lama.

4. Penyakit infeksi

adalah penyakit yang disebabkan oleh sejumlah mikroorganisme yang menyebabkan infeksi selaput ketuban. Infeksi yang terjadi menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah

5. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik)

6. Riwayat KPD sebelumnya

7. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban

8. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu

b. Patofisiologi

Menurut Manuaba (2008), ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin. Kemungkinan tekanan intra uteri yang kuat adalah penyebab independen dari ketuban pecah dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat dari kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi atau mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut :

1. Terjadinya pembukaan premature serviks
2. Membran terkait dengan pembukaan terjadi :
 - a) Desvaskularisasi
 - b) Nekrosis dan dapat diikuti secara spontan
 - c) Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang
 - d) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim-enzim preteolitik, enzim kolagenase.

c. Tanda dan gejala

Tanda ketuban pecah dini adalah keluarnya air ketuban secara spontan atau merembes dengan atau tanpa disertai rasa nyeri. Sedangkan gejalanya pasien mengatakan keluarnya cairan banyak atau merembes pervaginam tanpa disertai rasa ingin buang air kecil (Manuaba, 2008).

Cara menentukan tanda dan gejalanya yaitu :

- A. Adanya cairan yang berisi meconium, vernic caseosa, lanugo atau bila
- B. telah terinfeksi berbau.
- C. Adanya cairan ketuban divagina, meminta pasien untuk mengejan, maka cairan dapat keluar sedikit-sedikit atau banyak.
- D. Cairan dapat keluar saat tidur, duduk atau pada saat seperti berdiri atau
- E. berjalan.
- F. Kadang-kadang cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.
- G. Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan
- H. demam (Manuaba, 2008).

Untuk kepastian atau mengetahui adanya ketuban pecah dini dapat digunakan cara-cara untuk mengidentifikasi adalah :

1. Inspekulo : Lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis dan apakah ada bagian yang sudah pecah.
2. Gunakan kertas lakmus (litmus)
 - a. Bila menjadi biru (basa) : air ketuban
 - b. Bila menjadi merah (asam) : urine
3. Pemeriksaan PH forniks posterior pada PROM PH adalah basa (air ketuban)
4. Pemeriksaan histopologi air ketuban.
5. Aborization dan sitologi air ketuban

D. Diagnosis
Diagnosis KPD ditegakkan dengan cara

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir dan darah.

2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3. Pemeriksaan spekulum.

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari ostium uteri externum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, undus uteri di tekan, penderita di minta batuk, mengejang atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah di goyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada pornik anterior.

4. Pemeriksaan dalam

a. Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.

b. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jadi pemeriksaan akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vaginayang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen.

c. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin. .

5. Adanya cairan yang berisi mekonium (kotoran janin), verniks kaseosa

(lemak putih), rambut lanugo (bulu-bulu halus) bila telah terinfeksi bau.

6. USG : volume cairan amnion berkurang/

oligohidramnion, mengidentifikasi kehamilan ganda.

7. Pemantauan janin : membantu dalam mengevaluasi janin

8. Amniosintesis

Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan paru janin.

a. Terdapat infeksi genital (sistemik)

b. Gejala chorioamnionitis.

E. Prognosis

1. Prognosis Ibu

- a. Infeksi intrapartal/dalam persalinan
- b. Infeksi puerpuralis /masa nifas
- c. Dry labour/partus lama
- d. Perdarahan post partum
- e. Meningkatkan tindakan operatif obstetri (Khususnya SC)
- f. Morbiditas dan mortalitas maternal

2. Prognosis Janin

- a. Prematuritas
- b. Prolaps funiculi / penurunan tali pusat.
- c. Hipoksia dan Asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)
- d. Sindrom deformitas janin
- e. Morbiditas dan mortalitas perinatal

f. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi Infeksi Maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal.

1) Persalinan Prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

2) Infeksi.

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu terjadi Korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin

terinfeksi. Pada ketuban Pecah Dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten

3) Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

4) Syndrom deformitas janin

Ketuban Pecah Dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasia pulmona.

g. Penatalaksana

a. Konservatif:

1. Rawat di rumah sakit.
2. Beri antibiotika: bila ketuban pecah > 6 jam berupa : Ampicillin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg.
3. Umur kehamilan < 32-34 minggu: dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
4. Bila usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative : beri deksametason, observasi tanda tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
5. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol) deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
6. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi
7. Nilai tanda –tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda tanda intaruteri)
8. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru-paru janin, dan kalo memungkinkan periksadar lestin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

b. Aktif

1. Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan secsio cecaria. dapat pula di berikan misoprostol intravaginal tiap 6 jam maksimum 4 kali

2. Bila ada tanda-tanda infeksi: antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri:

a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

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

C. 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

- a. 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)

2. Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari : rujukan medik dan rujukan kesehatan

a. Rujukan medik

konsultasi penderita, untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan Pengiriman bahan (spesimen) pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkapmendatangkan 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.

C. 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.

D. 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

E. 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.
- e. 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

f. Pengiriman Penderita

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

g. Tindak lanjut penderita

- Untuk penderita yang telah dikembalikan
- 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 membutuhkanantisipasi, 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 anamnesis (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 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 pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung 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

I. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai

kondisi klien : hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir .

Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.

II. .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

Didalam Planning dapat berisikan tentang :

- 1) Konsul
- 2) Tes diagnostic / laboratorium
- 3) Rujukan
- 4) Pendidikan konseling
- 5) Follow Up
- 6) Pendokumentasian asuhan kebidanan

STIKes Elisabeth Medan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Jenis penelitian kualitatif dengan metode studi kasus dengan tujuan untuk melihat perbedaan dan persamaan secara umum antara teori dan praktek pada KPD (Ketuban Pecah Dini). Studi kasus ini dilakukan pada Ny.Y umur 22 tahun GIP0AO usia kehamilan 37 minggu dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) di Klinik Helen Maret Tahun 2018.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Helen, Jl. Bunga rinte Gg.mawar 1, pada tanggal 02 maret 2018. Alasannya karena PKK 3 penulis di tempatkan di klinik Helen

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ny.Y umur 22 tahun GIP0AO usia kehamilan 37 minggu dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) di Klinik Helen Maret tahun 2018

D. Waktu studi kasus

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

E. Instrument Studi Kasus

Instrument penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Hidayat, 2007). Pada kasus ini alat atau instrument yang

digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu Bersalin dengan manajemen 7 langkah Varney.

F. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

1. Data Primer

A. Pemeriksaan umum

kasus ibu dengan KPD yang di observasi adalah keadaan umum dan kesadaran ibu, kondisi janin, keadaan servik, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan obstetri yang dilakukan seperti letak janin, kontraksi, djj, dan gerak janin dilakukan untuk menentukan status klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan tindakan yang perpedoman pada manajemen asuhan kebidanan pada ibu .

B. Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Inspeksi pada

pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki, dan pada bagian tubuh normal.

C. Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan

kontraksi uterus (Nursalam, 2009). Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, Leopold I, II, III dan IV.

D..Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan dopler. Pada kasus Ibu dengan ketuban pecah dini.

- Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

E..Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu bersalin Ny.Y umur 22 tahun GIP0AO usia kehamilan 37 minggu dengan Ketuban pecah dini. Adapun yang diwawancarai mengenai keluhan, riwayat kehamilan, riwayat penyakit yang diderita, riwayat penyakit keluarga, riwayat kb, riwayat psikososial, activity daily living.

H.Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

A. Format pengkajian ibu hamil

B. Buku tulis

C. Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

Pemeriksaan pada ibu hamil

A. Dopler

B. Tensi

C. Pita tensi

D. Timbangan

E. Replek hamer

F. Bengkok

G. Protein urine

H. Hb sahli

I. Set infus

j. Cairan RL

k. Abocath

L. Spuit

M. Obat

4. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

A. Status atau catatan pasien

B. Alat tulis

C. Rekam medis

2. 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 anemia ringan 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 kasus. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2007– 2018.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. Y USIA 22 TAHUN

GIPA0 UK 37 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK

HELEN MEDAN 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	: Eva Anreani

I. PENGUMPULAN DATA

A.DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny. Yulisa	Nama Suami	: Tn.Pelin
Umur	: 22 Tahun	Umur	: 22 Tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
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. Alasan kunjungan : Datang Ingin memeriksa kehamilannya
2. Keluhan utama : keluar rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit sebelum masuk klinik, riwayat penyakit sekarang pasien ke klinik Helen pukul 09.00 wib tanggal 2 maret 2018 dengan keluar cairan putih jernih, encer pervaginam sejak pukul 07.30 wib, pasien sedang menyuci, setelah pasien selesai menyuci, pasien berdiri, tiba-tiba mendadak keluar cairan jernih pervaginam seperti mengompol.
3. Riwayat kehamilan saat ini
 - a) Riwayat menstruasi
 - Menarche : 14 tahun
 - Siklus : 28 hari
 - Lama : 4-5 hari
 - Dismenore: Tidak ada
 - Sifat darah: Encer
 - Banyak : 2-3 kali perhari ganti pembalut

4. 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	Lactasi
1	H	A	M	I	L		I	N	I		

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. G1 P0 A0
- b. HPHT : 16 juni 2017 HPL : 23 Maret 2018
- c. UK : 37 minggu
- d. Pergerakan janin dirasakan
 Pertama kali pada usia kehamilan : 20 minggu dalam 24 jam terakhir
- e. Imunisasi Toxoid Tetanus : Ada sebanyak 2 kali, yaitu TMI dan TMII
- f. Kecemasan : Tidak ada
- g. Tanda-tanda Bahaya : Tidak ada
- h. Tanda-tanda Persalinan : Tidak ada

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

- Jantung : Tidak ada
- Hepertensi : Tidak ada

- Diabetes Melitus : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- Ginjal : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada
- Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga

- Hipertensi : Tidak ada
- Diabetes Melitus : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada

8. Riwayat KB : Suntik KB 1 Bulan

9. Riwayat psiksosial

- a. Status perkawina : Sah
- b. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang, bahagia
- c. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah
- d. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan :
Klinik Bersalin oleh Bidan
- e. Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah sakit
- f. Persiapan menjelang persalinan : Ada (Baju ibu hamil, baju bayi,
TABULIN)

10. 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

e. Pola aktifitas pekerjaan sehari-hari

Ibu biasanya mengerjakan pekerjaan RT seperti memasak, menyapu, mencuci dan juga ibu bertani bersama suami

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. PEMERIKSAAN UMUM (DATA OBJEKTIF)

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital :

- TD : 110/80 mmHg
- S : 36,2 °C
- N : 82x/i
- RR : 22 x/i

1. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

- BB : 67 kg, kenaikan BB selama hamil 10 kg
- TB : 160 cm
- Lila : 32 cm

2. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Hiperlordosis

b. Kepala

- Muka : Simetris Cloasma : tidak ada Oedema : tidak ada
- Mata : Simetris Conjunctiva: Merah muda Sclera: tidak ikterik
- Hidung: Bersih polip : tidak meradang
- Mulut : Bersih, tidak stomatitis dan pucat

c. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid dan limfe

d. Payudara :

- Bentuk Simetris :tidak
- Keadaan Puting Susu :menonjol
- Aerola Mammae :Hiperpigmentasi
- Colostrum :Ada

e. Perut

- Inspeksi :tidak ada bekas operasi
- Palpasi :
 - a) Leopold I:TFU 32,teraba bulat, lunak di fundus dan tidak melenting(bokong)
 - b) Leopold II :teraba pada sisi kiri perut ibu keras, panjang dan memapan (puki)dan kanan teraba ekstremitas janin dan bagian tercil janin
 - c) Leopold III:teraba bulat, keras dan melenting (kepala)
 - d) Leopold IV:bagian terbawah sudah masuk PAP
 - e) TBJ :TFU-n x 155=32-11x155=3255gram
 - f) TfU :32 cm
 - g) Kontraksi :
 - Auskultasi: Tidak ada
 - DJJ :145X/i
 - h) Ekstremitas :

Atas :simetris, kuku lengkap,dan tidak odema,

Bawah :simetris, kuku
lengkap,dan tidak odema

i) Genetalia

Anus :Tidak ada haemoroid

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

Distosia Cristarum : Tidak dilakukan

Distosia Spinarum : Tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

Pemeriksaan Dalam : dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Laboratorium (* jika ada indikasi Albumin)

*) Keton :

- HB :Tidak dilakukan Golongan

darah : Tidak dilakukan

- Reduksi : Tidak dilakukan Rh : Tidak

dilakukan

- Albumin : 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: -ibu mengatakan keluar rembesan cairan putih jernih, encer
pervaginam.

-Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah
Keguguran

-ibu mengatakan HPHT nya tanggal 16 juni 2017/HPL 23 maret 2018

DO: -keadaan Umum : Baik

-Keadaan Emosional :Stabil

-kesadaran :Composmentis

- Observasi TTV :
- N : 82 x/i
- S : 36,2 °C
- TD :120/80 mmhg
- RR : 22 x/i
- BB : 69 kg
- TB : 160 cm
- LILA : 32 cm

2. 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 peregrakan pada satu sisi aktif

DO:Dilakukan Palpasi

- Leopold 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

3. 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 kanan teraba memanjang keras dan memapan, pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin dan kosong

4. Punggung Kiri

DS:Ibu mengatakan lebih sering berbaring kesebelah kiri

DO:Dilakukan Palpasi

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

5. Sudah masuk PAP

DS:Ibu mengatakan nyeri pada simfisis

DO:Leopold IV sudah masuk PAP

6. Keadaan Ibu dan Janin Baik

DS:Ibu mengatakan senang atas kehamilannya saat ini

Ibu mengatakan gerakan janin aktif

DO:Keadaan Umum:Baik

Tanda-tanda Vital:

TD :110/70mmhg

T/P : 36,5 °C

RR :20x/i

DJJ :142x/i

TBBJ :3255 gram

Masalah : -kontraksi/his tidak ada

- keluar cairan dari vagina

- Tanda-tanda inpartu tidak ada

Kebutuhan :1. Anjurkan ibu miring kiri

2. Pasang Infus

3. Berikan Therapy

4. Berikan support mental pada ibu

5. Observasi DJJ

6. Mempersiapkan rujukan

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Infeksi intrapartum, Gawat janin, Partus lama, Hemoragic Postpartum

IV. TINDAKAN SEGERA

- Pemberian antibiotik
- Observasi DJJ
- Kolaborasi dengan Dokter SPOG
- Rujuk

V. INTERVENSI

Tanggal : 02 maret 2018 Pukul : 09.00 WIB Oleh : Eva anreani

o.	Intervensi	Rasional
.	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan keadaannya.	Agar ibu mengetahui keadaannya saat ini..
.	Pasang Infus	Agar ibu tidak dehidrasi
.	Berikan therapy	Untuk proses penyembuhan pasien
.	Berikan support mental pada ibu	Agar ibu tidak khawatir dengan keadaannya
.	Anjurkan ibu miring kiri	Untuk memberikan kenyamanan pada ibu
.	Observasi DJJ	Agar ibu mengetahui keadaannya janin nya saat ini
.	Persiapan rujukan dengan BAKSO KUDA	Agar bidan mempersiapkan diri untuk melakukan rujukan

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal :02 maret 2018

Pukul : 09.00 WIB

Oleh : Eva

No	Tgl/pukul	Tindakan	Paraf	P
.	02 maret 2018 09.20 wib	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan keadaannya -Keadaan ibu : Baik -Kesadaran : composmentis -TTV TD : 120/80 mmhg T / P :36,2 ° c /82x/i RR : 22x/i -Berat badan : 69 Kg -Tinggi badan : 160 Cm -LILA : 32 Cm DJJ : 142 x/i -Pergerakan bayi baik Dilakukan Palpasi : -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 Ev : ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan dan keadaannya	va	E
.	09.30 WIB	Memasang infuse -Melakukan pemasangan infuse RL 20tts/menit	va	E
.	09.50 WIB	Memberikan therapy -Memberikan obat ceftriaxone untuk mengobati berbagai macam bakteri	va	E
.	10.00 WIB	Menelpon pihak rumah sakit adam malik bahwa pasien akan segera dirujuk. Ev : Bidan dan perawat rumah sakit adam malik telah mempersiapkan alat untuk	va	E

		penanganan kegawatdaruratan ketuban pecah dini	
	13.00 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	va E

VII. EVALUASI

Tanggal :02 Maret 2018

S

- Ibu mengatakan senang atas kehamilannya saat ini
- keluar rembesan cairan jernih secara pervaginam sejak 1 jam 30 menit

sebelum masuk klinik,riwayat penyakit sekarang pasien ke klinik Helen pukul 09.00 wib tanggal 2 maret 2018 dengan keluar cairan putih jernih, encer pervaginam sejak pukul 07.30 wib,pasien sedang menyuci,setelah pasien selesai menyuci,pasien berdiri,tiba-tiba mendadak keluar cairan jernih pervaginam seperti mengompol.

O

: DO: -keadaan Umum : Baik

-Keadaan Emosional :Stabil

-kesadaran :Composmentis

• Observasi TTV :

• N : 82 x/i

• S : 36,2 °C

- TD :120/80 mmhg
- RR : 22 x/i
- BB : 69 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

3 :31 hari 4 minggu 3 hari

4 :28 hari 4 minggu

02-03-2018:2 hari:2 hari

37 minggu

Janin Hidup Tunggal

DS:Ibu mengatakan adanya peregrakan pada satu sisi aktif

DO:Dilakukan Palpasi

- Leopold 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 : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan melenting
- Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP
- DJJ : 142 x/menit
- TTBJ : 3255 gram

A : 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 : - Keluar rembesan cairan dari vagina
- Kontraksi/his tidak ada
- Pembukaan serviks tidak ada

- Tanda-tanda inpartu tidak ada

Kebutuhan : - pantau keadaan ibu.

- beri dukungan

- Pasang infuse dan berikan antibiotik

- anjurkan miring kiri dan kanan.

- persiapan rujukan.

P : - persiapan rujukan

- Rujuk segera

STIKes Elisabeth Medan

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang dilakukan di Klinik Helen dengan teori yang ada. Disini peneliti akan menjelaskan kesenjangan teori dan praktek tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi tujuh langkah . pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status klien (Sudarti,2010)

Pengkajian dan pengumpulan data dasar yang merupakan tahap awal dari manajemen kebidanan dilaksanakan dengan cara pengkajian data subjektik, data objektif dan data penunjang.

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang penulis peroleh pada kasus Ny.Y GIP0A0 dengan Ketuban Pecah Dini ibu mengeluh keluar cairan secara tiba-tiba dari kemaluannya dan tidak adanya tanda-tanda persalinan ibu sangat cemas. Dalam teori (Sarwono, 2014) mengatakan bahwa Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda persalinan .

Dalam data subjektif tentang keluhan pasien tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek karena keluhan ibu sesuai dengan teori (Sarwono,2014)

Dan pada data objektif yang ditemukan pengkaji keadaan ibu cemas, dan hasil observasi dalam batas normal Didalam teori (Sarwono, 2012) Gejala Objektif Ketuban pecah Dini berupa Keluar cairan Ketuban dan cairan vagina berbau. Berdasarkan data objektif, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena pengkajian yang didapatkan hasil pemeriksaan Observasi vital sign, Pasang infus, pemberian Therapy , berikan support mental kepada ibu . Pada tahap ini penulis tidak mengalami kesulitan, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada ibu, melakukan observasi dan studi dokumentasi dari buku KIA dan status pasien (buku kunjungan ibu hamil)

2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini data dikembangkan dari data dasar, interpretasi dari data ke masalah atau diagnose khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnose dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnose tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh. Pada langkah ini terdapat Diagnosa , masalah dan kebutuhan (Sudarti,2010).

Interpretasi data terdiri dari diagnose kebidanan menentukan masalah dan kebutuhan ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini .

Pada kasus ini diagnose kebidanan adalah Ny. Y usia 22 Tahun dengan Ketuban Pecah Dini. Masalah yang dialami Ny. Y adalah Keluar cairan secara

tiba-tiba dari vagina, ibu merasa cemas. Kebutuhan yang diberikan pada Ny. Y adalah Menyuruh ibu miring kiri, Memasang infuse supaya ibu tidak kekurangan cairan, memberikan therapy.

Dalam buku (Sarwono, 2012) masalah yang timbul pada ibu adalah his/kontraksi tidak ada, tanda-tanda inpartu tidak ada, maka dibutuhkan kebutuhan ibu dengan Ketuban Pecah Dini yaitu informasi tentang keadaan ibu, memberikan dukungan mental dan memberikan lingkungan yang nyaman. Pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek, baik dalam penegakan diagnose kebidanan, masalah maupun kebutuhan. Karena diagnosa, masalah dan kebutuhan yang telah di lakukan pengkaji sama dengan teori dalam kepustakaan.

3. Diagnosa Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman untuk mencegah masalah potensial yang akan terjadi. (Sudarti,2010)

Diagnosa potensial pada ibu dengan Ketuban Pecah Dini adalah terjadinya oligohidramnion, Diagnosa potensial pada kasus ini adalah Ketuban Pecah Dini, karena diagnosis sudah ditegakkan dan telah dilakukan penanganan yang tepat dan cepat. Dalam langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial karena masalah potensial menurut teori dan hasil pengkajian sama.

4. Tindakan Segera

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. (Sudarti,2010)

Tindakan segera mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, di dalam teori tindakan segera yaitu mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan dan keselamatan jiwa.

Tindakan segera yang harus dilakukan pada kasus ibu dengan Ketuban Pecah Dini adalah melakukan Rujukan dengan terpasang infus

5. Perencanaan

Membuat suatu rencana asuhan yang komprehensif ditentukan oleh langkah sebelumnya adalah suatu perkembangan dari masalah atau diagnose yang sedang terjadi dan termasuk mengumpulkan informasi tambahan atau tertinggal untuk data dasar. Perencanaan disusun berdasarkan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan dengan langkah-langkah sebelumnya. Keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh harus rasional dan benar tepat berdasarkan pengetahuan yang up to date. (Sudarti,2010)

6. Pelaksanaan

Perencanaan bisa dilakukan secara menyeluruh oleh bidan . dalam situasi ini dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan baik pasien yang mengalami komplikasi. (Sudarti,2010)

Pada kasus ini pelaksanaan dilakukan setelah melakukan perencanaan yang telah disusun oleh bidan yaitu beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya, beri KIE tentang penyakit yang di alaminya, berikan dukungan emosional, berikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter SPOG, berikan therapy sesuai anjuran dokter SPOG.

Perencanaan tindakan yang dapat dilakukan pada ibu dengan Ketuban Pecah Dini, adalah :

- Beritahu ibu tentang kondisi keadaannya sekarang
- Kolaborasi dengan dokter SPOG dalam pemberian therapy dan tindakan yang akan dilakukan.
- Berikan dukungan emosional kepada ibu.
- Rujukan tindakan operasi SC ke RS.

Sehingga pada kasus ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek karena pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan teori yang ada dan pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dilakukan sebelumnya.

7. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah akhir merupakan pengecekan apakah rencana asuhan tersebut yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar yang telah terpenuhi kebutuhannya akan bantuan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnose. (Sudarti,2010)

Setelah memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaannya, memberi KIE tentang penyakit yang di alaminya, memberikan dukungan emosional,

memberikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter SPOG, berikan therapy sesuai anjuran dokter SPOG, memberitahu tindakan yang akan dilakukan, meminta persetujuan tindakan dengan menggunakan inform consent, dan kolaborasi dengan dokter anastesi. Keluarga dan ibu telah melakukan anjuran dan menyetujui tindakan maka didapatkan hasil evaluasi setelah dilakukan operasi SC

Dalam kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan dalam evaluasi kasus tersebut. Karena hasil pengkajian dalam praktek sesuai dengan teori yang ada.

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, dan didalam keluarga ada riwayat sebelumnya. Hasil data objektif Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD : 120/80 mmHg, Suhu :36,2⁰C, Nadi : 82x/l, pernapasan : 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..
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.

4. Tindakan segera pada Ny.Y umur 22 tahun dengan Ketuban Pecah Dini dilakukan perujukan untuk SC.
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
6. Pelaksanaan pada ibu hamil Ny. Y umur 22 tahun dengan ketuban Pecah Dini adalah dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan dan Observasi tanda-tanda vital , melakukan terpasang infus, pemberian therapy, memberikan support mental, Observasi DJJ.
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, Pernapasan : 22x/I, Nadi : 82x/I, Suhu : 36,2⁰C, Djj : 145x/I, persiapkan Rujukan, prsiapkan ibu, persiapkan obat-obatan, kemudian melakukan perujukan..

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktek. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori kehamilan patologis.

2. Bagi klinik Helen

Sebagai sarana bahan bacaan dan pedoman untuk meningkatkan Mutu pelayanan asuhan kebidanan pada penatalaksanaan kasus KPD (Ketuban pecah dini).

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

- Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Manuaba I.B.G. 2008 *Gawat Darurat, Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Maryunani Anik, dkk; (2013), *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal* Jakarta
- Prawirohardjo E.J. 2010, *Ilmu Kebidanan*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2009. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP
- Saifuddin, dkk, 2009 *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta.
- Sarwono, Prawirohardjo, 2014, *Ilmu Kebidanan*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Varney, Hellen, dkk. 2008. *Buku Ajar Asuha Kebidanan, Volume 2*. Jakarta.
- Wiknjosastro, Hanifa. (2009) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- YBP-SP. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta
- <http://www.e-jurnal.com/2013/09/pengertian-ketuban-pecah-dini.html>
(Diakses pada tanggal 15 Mei 2018 jam 20.10 wib)
- <http://www.medicobgin.ac.id/journalDetail.KPD.php/id/MzY> (Diakses pada tanggal 15 Mei 2018 jam 20.00 wib)