

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I. USIA 21 TAHUN G₁ P₀ A₀ USIA
KEHAMILAN 28 MINGGU 2 HARI DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI KINIK PRATAMA KASIH IBU TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Romian Lumbantoruan
NIM : 022014051**

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

Oleh :

Pembimbing : Meriati B.A.P., S.ST

Tanggal : 13 Mei 2017

Tanda Tangan :.....

**Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth**

Anita Veronika, S.SiT., M.KM

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I. USIA 21 TAHUN G₁ P₀ A₀ USIA
KEHAMILAN 28 MINGGU 2 HARI DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI KINIK PRATAMA KASIH IBU TAHUN 2017**

Disusun Oleh

Romian Lumbantoruan
NIM : 022014051

Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji dan Dinyatakan Diterima
Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Maydia
Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Pada Hari Jumat 19 Mei 2017

TIM Penguji

Tanda Tangan

Penguji I : R. Oktaviance S, S.ST., M.Kes

Penguji II : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes

Penguji III : Meriati B.A.P., S.ST

**Mengesahkan
STIKes Santa Elisabeth Medan**

(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep)
Ketua STIKes

(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)
Ketua Program Studi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Romian Lumbantoruan
Tempat/tanggal bahir : Pasar Baru, 07 April 1996
Agama : Kristen Protestan
Jumlah bersaudara : 4 (empat) bersaudara
Anak ke : 4 (empat)
Status perkawinan : Belum menikah
Nama Ayah : Hotler Lumbantoruan
Nama Ibu : Dumaria Tampubolon
Alamat : Jl. Sibuntuon, Kec, Lintongnihuta, Kab, Humbang
Hasundutan
Riwayat pendidikan :
1. SD RK. Bintang Kejora Lintongnihuta (2002-2008)
2. SMP Santo Yoseph Lintongihuta (2008-2011)
3. SMA Negeri 1 Lintongnihuta (2011-2014)
4. D-III Kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan (2014 s/d saat ini)



*Mama, you gave life to me
Turned a baby into a young lady.
Papa, all you had to offer
Was the promise of a lifetime of love.
I know there is no other
Love like a parent's love for their child...*

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. I. Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari Dengan Ketuban Pecah Dimedik Klinik Pratama Kasih Ibu Tahun 2017”**, ini sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya 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 2017

Yang membuat pernyataan

(Romian Lumbantoruan)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. I USIA 21 TAHUN G₁P₀A₀ USIA
KEHAMILAN 28 MINGGU 2 HARI DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI
KLINIK PRATAMA KASIH IBU TAHUN 2017¹**

Romian Lumbantoruan², Meriati B.A.P.³

INTISARI

Latar belakang: Ketuban pecah dini merupakan penyebab angka kematian ibu di Indonesia. Berdasarkan data yang diambil dari Klinik Pratama Kasih Ibu angka kejadian ketuban pecah dini selama bulan Maret sebanyak 1 kasus. Risiko besar pada ibu dengan KPD yaitu infeksi dalam rahim. Risiko pada janin yaitu hipoksia dan asfiksia akibat oligohidramnion, sindrom deformitas janin hipoplasia paru dan risiko prematuritas.

Tujuan: Penulisan laporan tugas akhir ini untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini.

Metode: Laporan ini menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini ini dilaksanakan pada tanggal 11-13 Maret 2017 di Klinik Pratama Kasih Ibu.

Hasil: Dari hasil penyusunan laporan tugas akhir ini mendapatkan gambaran dan pengalaman nyata dalam pembuatan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini. Dari hasil pelaksanaan asuhan kebidanan mulai dari pengumpulan data, interpretasi data, diagnosa potensial, kebutuhan segera, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini di Klinik Pratama Kasih Ibu telah dilaksanakan.

Kata Kunci : Ibu Hamil, Ketuban Pecah Dini

Referensi : 13 Buku, 4 PDF (2007-2015)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

MIDWIFERY CARE IN Mrs. I 21 YEARS OLD G₁P₀A₀ GESTASIONAL AGE 28 WEEKS 2 DAYS WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE IN PRATAMA KASIH IBU CLINIC 2017¹

Romian Lumbantoruan², Meriati B.A.P³

ABSTRACT

The Background: Premature rupture of membrane (PROM) causing of maternity mortality rate in Indonesia. According to data from Pratama Kasih Ibu Clinic, the incidence premature rupture of membrane during March is one case. The major risk to the mother in PROM is intrauterine infection. Fetal risks of PROM include complication such as hypoxia and asfixia are coming of oligohydramnion, fetal deformities syndrom, pulmonary hypoplasia and prematur risk.

Destination: The purpose of this final report writing was to got real experience of implementation of antenatal cares to pregnant woman with prematur rupture of membrane.

The Method: This report using midwifery management approach. Antenatal cares to pregnant women with premature rupture of membrane started off March 11-13rd 2017 at Pratama Kasih Ibu Clinic.

Result: As the result of this final report we get description and real experiences of antenatal cares with premature rupture of membrane. The conclusion of the implementation start from collected data, interpretation, potential diagnoses, soon necessity, interventions implementations, and evaluation of the pregnant women with premature rupture of membrane had done.

Keyword: Pregnant woman, premature rupture of membrane

Reference: 13 books, 4 PDF (2007-2015)

¹Title of final report

²Midwifery Student of STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari Dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu Tahun 2017”**. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D III Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka penulis mohon kiranya pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Kaprodi D III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Meriati B.A.P., S.ST selaku Dosen Pembimbing penulis yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. R. Oktaviance S, S.ST., M.Kes dan Flora Naibaho, S.ST., M.Kes selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktunya dalam memberi bimbingan dan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM selaku Dosen Pembimbing Akademik penulis yang telah banyak meluangkan waktu serta perhatian untuk membimbing dan mengarahkan penulis selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Seluruh staff dosen, karyawan-karyawati pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di program studi D III Kebidanan baik teori maupun praktek.
7. Kepada ibu klinik Misriah, AM.Keb yang telah memberi izin bagi penulis untuk melakukan praktek di klinik dan memberikan asuhan kebidanan kepada klien.

8. Nyonya I yang telah bersedia menjadi pasien studi kasus untuk laporan Tugas Akhir ini.
 9. Ucapan terimakasih terdalam dan rasa hormat kepada Ayah dan Ibu terkasih Hotler Lumbantoruan, S.Pd dan Dumaria Tampubolon, S.E yang telah mengajarkan banyak hal kepada saya, memberikan doa, kasih sayang, pengertian, semangat serta dukungan moril maupun materi sehingga saya berada pada tahap ini.
 10. Kepada abang dan kakak saya David Parulian Lumbantoruan, Oktaviana Lumbantoruan, dan Rumondang Lumbantoruan yang telah memberi doa dan semangat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan ini.
 11. Seluruh teman-teman Program Studi D III Kebidanan angkatan 2014 yang telah bersama kurang lebih 3 tahun dan banyak membantu selama menempuh pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
- Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, Mei 2017

Penulis

(Romian Lumbantoruan)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI.....	vii
ABSTRACT.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Studi Kasus.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	6
C. Manfaat Studi Kasus.....	7
1. Manfaat Teoritis	7
2. Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Kehamilan	9
1. Pengertian Kehamilan	9
2. Deteksi Dini Tanda Bahaya Kehamilan	9
3. Selaput dan Cairan Amnion.....	15

4. Terapi Kortikosteroid Antenatal.....	16
B. Ketuban Pecah Dini.....	17
1. Pengertian.....	17
2. Etiologi.....	18
3. Mekanisme Ketuban Pecah Dini.....	20
4. Tanda dan Gejala.....	21
5. Diagnosis.....	22
6. Komplikasi.....	26
7. Penatalaksanaan.....	29
8. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini.....	34
C. Prinsip Rujukan.....	35
D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	36
E. Wewenang Bidan Dalam Penangan Ketuban Pecah Dini.....	42
BAB III METODE STUDI KASUS	44
A. Jenis Studi Kasus	44
B. Tempat dan Waktu Studi Kasus	44
C. Subjek Studi Kasus.....	44
D. Metode Pengumpulan Data.....	44
1. Metode.....	44
2. Jenis Data.....	45
E. Alat Alat dan Bahan yang Dibutuhkan.....	47
BAB IV PEMBAHASAN	48
A. Tinjauan Kasus	48
B. Pembahasan	66
BAB V PENUTUP	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran	74

DAFTAR PUSAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

- 4.1 Riwayat Kehamilan
- 4.2 Intervensi Kehamilan
- 4.3 Implementasi
- 4.4 Tabel Penatalaksanaan Data Perkembangan Hari I
- 4.5 Tabel Penatalaksanaan Data Perkembangan Hari II

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

DAFTAR BAGAN

2.1 Bagan Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat Permohonan Izin Studi Kasus
3. *Informed consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
4. Surat Rekomendasi dari Klinik
5. Daftar Hadir Observasi
6. Leaflet Ketuban Pecah Dini
7. Lembar Kosultasi
8. Data Mentah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. (Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019).

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Menurut defenisi WHO tujuan *Maternity Care* atau Pelayanan Kebidanan ialah “menjamin, agar setiap wanita hamil dan wanita yang menyusui bayinya dapat memelihara kesehatannya sesempurna-sempurnanya agar wanita hamil melahirkan bayi sehat tanpa gangguan apapun dan kemudian dapat merawat bayinya dengan baik.” (Prawirohardjo, 2008).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. (FOGI). Pelayanan kesehatan ibu hamil dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Umumnya ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah ialah kematian maternal (*maternal mortality*). Menurut defenisi WHO “kematian maternal ialah kematian seorang wanita hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan.” (Prawirohardjo, 2008).

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan. (Prawirohardjo, 2008).

Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK. (Profil Kesehatan Indonesia 2015).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Sesuai dengan survei terakhir SDKI tahun 2012, AKI Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan

penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Angka ini masih tinggi dibandingkan dengan target MDG's 2015 yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Selaras dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang merupakan kelanjutan dari MDG's untuk sektor kesehatan pada *goals* ketiga maka target pada tahun 2030 yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan dalam RPJMN 2015-2019 target AKI yang ingin dicapai tahun 2019 yaitu 306 per 100.000 kelahiran hidup dari status awal yaitu 346 (SP 2010).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan Titi dan Evi Yunita (2010) di VK Puskesmas Jagir Surabaya, KPD tahun 2010 sejumlah 22,7%, jauh dari harapan yaitu 5-8%. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya, melalui desain cross sectional. Subjek penelitian adalah 144 ibu bersalin yang dipilih dengan teknik Simple Random Sampling. Hasil penelitian didapatkan dari 144 ibu bersalin terdapat sebagian besar (53,47%) dengan usia beresiko dan sebanyak 64,93% terjadi KPD, ibu bersalin multipara yang sebagian besar (57,38%) terjadi ketuban pecah dini. dan pada ibu bersalin primipara sebagian besar (75,68%) tidak terjadi ketuban pecah dini.

Di Indonesia dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,70% - 55,30% ibu melahirkan dengan proses ketuban pecah dini (Wahyuni, 2009). Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH.

Angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil SP 2010 sebesar 259/100.000 KH. (Profil Kesehatan Sumatera Utara 2013).

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila Ketuban Pecah Dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur. Ketuban Pecah Dini Prematur terjadi pada 1% kehamilan. (Prawirohardjo, 2008).

Ketuban Pecah Prematur Dini (KPPD, PPROM = *preterm premature rupture of the membranes*) adalah terminologi yang digunakan untuk menjelaskan ruptur spontan ketuban janin sebelum awitan persalinan (prematur) dan sebelum cukup bulan (preterm). (Kenneth J. Leveno, 2015).

Faktor risiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen; kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok. (Prawirohardjo, 2008). 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, meningkat insiden seksio sesarea, atau gagalnya persalinan normal.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369 tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan, bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu. Sehubungan dengan Kemenkes diatas, dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 tahun 2010 Pasal 10 No.

3 bidan berwenang untuk penanganan kegawat-daruratan dilanjutkan dengan perujukan.

Peran bidan dalam penanganan Ketuban Pecah Dini yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil secara tepat, cepat karena jika ibu hamil dengan KPD tidak mendapat asuhan yang sesuai maka resikonya akan berakibat pada ibu maupun janin. Dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan tujuh langkah Varney. Dengan harapan setelah dilakukannya asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu hamil dengan KPD dapat ditangani dengan baik dan mengurangi komplikasi pada persalinan dan bayi baru lahir sehingga angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia dapat dikurangi.

Berdasarkan data yang diperoleh dari klinik Pratama Kasih Ibu pada bulan Maret 2017 selama Praktek Klinik Kebidanan III didapat angka kejadian yang mengalami ketuban pecah dini 1 orang.

Praktek Klinik Kebidanan III yang merupakan salah satu program perkuliahan bertujuan untuk mengikuti pencapaian kompetensi pembelajaran Prodi D III Kebidanan tingkat III semester 6 agar bisa melakukan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal maka penulis tertarik untuk mengambil studi kasus “Asuhan Kebidanan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu pada tanggal 11-13 Maret 2017”.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari 2 hari dengan Ketuban Pecah Dini dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- b. Mampu menginterpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- c. Mampu menetapkan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- d. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- e. Mampu merencanakan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan pada Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- g. Mampu melakukan evaluasi hasil asuhan Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan Ny. I Usia 21 Tahun G₁ P₀ A₀ Usia Kehamilan 28 Minggu 2 Hari dengan Ketuban Pecah Dini

dengan metode subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan (SOAP).

C. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Untuk mengaplikasikan konsep dan teori yang sudah didapat selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan secara langsung di lapangan khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

2. Manfaat Praktis

a. Institusi Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

1. Sebagai bahan bacaan, masukan informasi yang dapat dipakai sebagai bahan penelitian, bahan ajar untuk meningkatkan pendidikan kebidanan.
2. Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa menguasai asuhan kebidanan kegawatdaruratan pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini .

3. Menambah wawasan mahasiswa-mahasiswi khususnya Program Studi D-III Kebidanan terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan kegawatdaruratan khususnya pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

b. Institusi Kesehatan (klinik)

Sebagai referensi bahan bacaan dan evaluasi bagi lahan praktik untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang lebih baik dalam memberikan asuhan kebidanan terutama pada ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Helen Varney.

c. Bagi Klien

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa diperlukan perhatian dan pemeriksaan pemantauan kesehatan pelayanan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender nasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester dimana, trimester pertama berlangsung dalam 12

minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke 27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga 40). (Prawihardjo, 2008).

“Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm” (Manuaba, 2010).

2. Deteksi Dini Tanda Bahaya Kehamilan

a. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I (0 – 12 minggu)

1) Kehamilan Nirmudigah (*Blighted Ovum; Anembryonic Pregnancy*;

Empty Amnion)

Kehamilan nirmudigah sering dijumpai pada kehamilan trimester I, mungkin terjadi akibat perkembangan mudigah terhenti sebelum dapat terdeteksi dengan USG, atau mudigah mati dan mengalami resorbsi sehingga tidak terlihat lagi dengan USG. Sekitar 50-90 % abortus yang terjadi pada kehamilan trimester I disebabkan oleh kehamilan nirmudigah, dan seringkali berhubungan dengan kelainan kromosomal.

2) Perdarahan pada Kehamilan Muda (Abortus)

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Hadjianto, 2008). Berdasarkan jenisnya Sujiyatini, dkk (2009) menyebutkan abortus dibagi menjadi:

a) Abortus Imminens (*threatened*)

Adalah abortus yang mengancam, *abortus imminens* dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahannya seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks.

b) Abortus Insipiens (*inevitable*)

Adalah abortus yang sedang berlangsung, tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi osteum serviks dengan bagian kantung konsepsi menonjol.

c) Abortus Incompletus (*incomplete*)

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari osteum uteri eksternum.

d) Abortus Completus (*complete*)

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, osteum uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada

lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada

pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong.

e) Missed Abortion

Adalah kematian hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 22

minggu dan tertahan di dalam uterus selama 8 minggu atau lebih.

Namun, kapan saat terjadinya kematian hasil konsepsi sulit diketahui.

f) Abortus Habitualis (*habitual abortion*)

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

3) Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (*tuba fallopii*).

Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalannya menuju endometrium terhambat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Dari pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri.

4) Molahidatidosa

Molahidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, molahidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm. Kehamilan mola bisa berupa mola komplit, bila terdiri hanya dari proliferasi jaringan trofoblas; atau mola inkomplet (mola parsial), bila selain proliferasi trofoblas terdapat elemen mudigah.

b. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13 – 27 minggu)

1. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

2. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death) atau kematian janin dalam kandungan (KJDK).

3. Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah $< 10,5 \text{ gr\%}$

pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.

c. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (28 – 40 minggu)

1. Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna.

Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatan sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat saja.

3. Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat,

yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala dan kejang) dan gangguan penglihatan.

4. Oedema di Muka Atau Tangan

Oedema dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain.

5. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa kemungkinan janin mati dalam kandungan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*).

6. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini.

3. Selaput dan Cairan Amnion

Menurut Prawirohardjo (2008), selaput amnion merupakan jaringan avaskular yang lentur tetapi kuat. Bagian dalam selaput yang berhubungan dengan cairan merupakan jaringan sel kuboid yang asalnya ektoderm. Jaringan ini berhubungan dengan lapisan interstisial mengandung kolagen I, III, dan IV. Bagian luar dari selaput ialah jaringan mesenkim yang berasal dari mesoderm. Lapisan amnion ini berhubungan dengan korion *laeve*.

Lapisan dalam amnion merupakan mikrovilli yang berfungsi mentransfer cairan dan metabolik. Lapisan ini menghasilkan zat penghambat metalloproteinase-1. Sel mesenkim berfungsi menghasilkan kolagen sehingga selaput menjadi lentur dan kuat. Disamping itu, jaringan tersebut menghasilkan sitokin IL-6, IL-8, MCP-1 (*monosit chemoattractant protein-1*); zat ini bermanfaat melawan bakteri.

Masalah pada klinik ialah pecahnya ketuban berkaitan dengan kekuatan selaput. Pada perokok dan infeksi terjadi pelemahan pada ketahanan selaput sehingga pecah, pada kehamilan normal hanya ada sedikit makrofag. Pada saat kelahiran leukosit akan masuk ke dalam cairan amnion sebagai reaksi terhadap peradangan.

Sejak awal kehamilan cairan amnion telah dibentuk. Cairan amnion merupakan pelindung dan bantalan untuk proteksi sekaligus menunjang pertumbuhan. Cairan amnion mengandung banyak sel janin (lanugo, verniks kaseosa). Fungsi cairan amnion yang juga penting ialah menghambat bakteri karena mengandung zat seperti fosfat dan seng. Volume cairan amnion pada kehamilan aterm rata-rata ialah 800 ml, cairan amnion mempunyai pH 7,2. (Prawirohardjo, 2008).

4. Terapi Kortikosteroid pada Periode Antenatal

Menurut Edozien (2013) kortikosteroid harus diberikan pada ibu yang usia kehamilannya diantara 24-34 minggu yang mengalami kondisi pelahiran prematur mengancam, APH, *Premature rupture of membrane* (PPROM) atau Ketuban Pecah Dini Preterm, dan setiap kondisi yang membutuhkan pelahiran premature elektif. Kortikosteroid tidak boleh

digunakan jika terdapat kondisi dengan bukti klinis Korioamnionitis,

Diabetes mellitus yang tidak terkendali, Tuberkulosis, dan Porfiria.

Kortikosteroid antenatal dapat memacu sintesis surfaktan dan maturasi paru. Zat ini dapat menurunkan insidensi RDS sebesar 60% dan mortalitas sebesar 40%. (Lissauer, 2006).

Betametason 12 mg IM, dua dosis diberikan dengan selang 24 jam. (Jika pelahiran cenderung akan terjadi dalam waktu 24 jam, dosis kedua dapat diberikan setelah 12 jam dari pemberian dosis pertama). Dosis ulangan steroid profilaksis tidak boleh diberikan. Pertimbangan kemungkinan insufisiensi adrenal jika ibu atau bayi yang terpajang dosis ulangan kortikosteroid pada periode antenatal mengalami kolaps yang tidak dapat dijelaskan. (Edozien, 2013).

Kombinasi antara steroid dan tokolitik beta-simpatomimetik menimbulkan risiko edema paru. Jika kombinasi ini digunakan, cairan IV harus dipertahankan minimum dan keseimbangan cairan yang tepat harus dipertahankan. Observasi ibu terhadap nyeri dada, dispnea, dan batuk, serta terapi tokolitik dihentikan jika salah satu kondisi tersebut terjadi. Glukosa darah dan urea serta elektrolit harus diperiksa setiap 6 jam. (Edozien, 2013).

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya. Sebagian besar pecahnya ketuban secara dini terjadi sekitar usia kehamilan 37 minggu. (Manuaba, 2007).

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. (Prawirohardjo, 2008)

Ketuban pecah prematur dini (KPPD, PPROM = *preterm premature rupture of the membranes*) adalah terminologi yang digunakan untuk menjelaskan ruptur spontan ketuban janin sebelum awitan persalinan (prematur) dan sebelum cukup bulan (preterm). (Leveno, 2015).

Menurut RCOG (2006, dalam Chapman, 2013) mengatakan pecah ketuban dini pra-persalinan (PPROM) merupakan penyebab 40% kasus kelahiran prematur dan dapat mengakibatkan mortalitas dan morbiditas neonatus yang signifikan, dan sebanyak sepertiga ibu positif terinfeksi. Tiga penyebab kematian neonatus yang berkaitan dengan PPROM adalah prematuritas, sepsis, dan hipoplasia pulmoner.

Walkinshaw (2001, dalam Chapman, 2013) mengemukakan jika PPROM terjadi antara usia gestasi 24 dan 34 minggu, 50% ibu akan melahirkan dalam 4 hari dan 70-80% akan melahirkan dalam satu minggu.

Ketuban pecah lebih dari 24 jam sebelum pelahiran disebut pecah ketuban memanjang. (Varney, 2007).

2. Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Menurut Manuaba (2007) sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini sebagai berikut:

1. Faktor umum yaitu infeksi dan faktor sosial (perokok, peminum, keadaan sosial ekonomi rendah).

Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis). Menurut Varney (2007) amnionitis adalah inflamasi kantong amnion dan cairan amnion.

Korioamnionitis adalah inflamasi korion selain infeksi cairan amnion dan kantong amnion. Kondisi ini hampir selalu berdampingan.

Amnionitis dan korioamnionitis paling sering terjadi akibat pecah ketuban yang lama (lebih dari 24 jam), dengan atau tanpa persalinan yang memanjang, pada pemeriksaan dalam atau manipulasi vagina atau prosedur intrauteri yang berulang. Organisme yang paling sering dikaitkan dengan korioamnionitis dan infeksi lanjutan pada janin setelah pecah ketuban adalah Streptokokus Grup B, *Escherichia coli*, *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium species*, dan *Mycoplasma hominis*. (Varney, 2007).

Mikroorganisme yang berasal dari vagina atau serviks, setelah menyebar secara aseden akan berkoloni di jaringan (desidua atau mungkin di selaput janin) dan/ atau menginvasi kantong amnion. Sitokin-sitokin, khususnya IL-1 β , mencetuskan pelepasan prostaglandin dan dengan jalan demikian mencetuskan persalinan preterm. (Cunningham, 2013).

2. Faktor keturunan yaitu kelainan genetik dan faktor rendahnya vitamin C dan ion Cu dalam serum.

Vitamin C diperlukan untuk pembentukan dan pemeliharaan jaringan kolagen. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. (Prawirohardjo, 2008).

3. Faktor obstetrik antara lain:

- Overdistensi uterus: kehamilan kembar, hidramnion
Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini dan juga preeklamsi. Hal ini biasanya disebabkan

oleh peningkatan masa plasenta dan produksi hormon. Oleh karena itu, akan sangat membantu jika ibu dan keluarga dilibatkan dalam mengamati gejala yang berhubungan dengan preeklamsi dan tanda-tanda ketuban pecah (Varney, 2007).

- Faktor obstetrik: serviks inkompoten, serviks konisasi menjadi pendek. Diagnosis inkompetensi serviks didasarkan pada adanya ketidakmampuan serviks uteri untuk mempertahankan kehamilan. Inkompiten serviks sering menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. (Prawirohardjo, 2008).
Serviks inkompoten ditandai dengan dilatasi serviks tanpa nyeri pada trimester kedua atau mungkin awal trimester ketiga, dengan prolaps atau pelembungan ketuban ke arah vagina, diikuti dengan pecah ketuban dan keluarnya janin yang imatur. (Leveno, 2015).
- Terdapat sefalopelvik disproporsi: kepala janin belum masuk PAP, kelainan letak janin sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan, pendular abdomen dan grandemultipara.

3. Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh (Prawirohardjo, 2008).

Faktor risiko untuk terjadinya ketuban pecah dini adalah berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen, berkurangnya tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

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

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban.

(Prawirohardjo, 2008).

Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (enzim proteolitik, enzim kolagenase). Massa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi (Manuaba, 2007).

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini dapat berupa :

1. Ketuban pecah secara tiba-tiba.
2. Keluar cairan ketuban dengan bau yang khas.
3. Bisa tanpa disertai kontraksi/his.
4. Terasa basah pada pakaian dalam yang konstan.
5. Keluarnya cairan pervaginam pada usia paling dini 22 minggu.

5. Diagnosis

Menegakkan diagnosa KPD secara tepat sangat penting. Karena risiko infeksi intrauteri (korioamnionitis) meningkat seiring insiden pecah ketuban, penting agar bidan menegakkan diagnosis yang akurat tanpa meningkatkan risiko infeksi. Kebocoran cairan amnion harus dibedakan dengan inkontinensia

urine, rabas vagina atau serviks, semen, atau (jarang) ruptur korion. Data berikut ini digunakan untuk menegakkan diagnosis:

1. Riwayat Anamnesa
 - a. Jumlah cairan yang hilang: pecah ketuban awalnya diikuti keluarnya cairan yang terus-menerus. Namun, pada beberapa kondisi pecah ketuban, satu-satunya gejala yang diperhatikan wanita adalah keluarnya sedikit cairan yang terus-menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau) dan perasaan basah pada celana dalamnya.
 - b. Ketidakmampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan Kegel: membedakan PROM dari inkontinensia urin.
 - c. Waktu terjadinya pecah ketuban.
 - d. Warna cairan: cairan amnion dapat jernih atau keruh; jika bercampur mekonium, cairan akan berwarna kuning atau hijau.
 - e. Bau cairan: cairan amnion memiliki bau apek yang khas, yang membedakannya dari urin.
 - f. Hubungan seksual terakhir: semen yang keluar dari vagina dapat disalahartikan sebagai cairan amnion.
2. Pemeriksaan fisik: lakukan palpasi abdomen untuk menentukan volume. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi berkurangnya cairan karena terdapat peningkatan molase uterus dan dinding abdomen di sekitar janin dan penurunan kemampuan balotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban. Ketuban pecah tidak menyebabkan perubahan yang seperti ini dalam temuan abdomen.
3. Pemeriksaan spekulum steril
 - a. Inspeksi keberadaan tanda-tanda cairan di genitalia eksternal.
 - b. Lihat serviks untuk mengetahui aliran cairan dari orifisium.
 - c. Lihat adanya genangan cairan amnion di forniks vagina
 - d. Jika tidak melihat ada cairan, minta wanita mengejan. Secara bergantian, beri tekanan pada fundus perlahan-lahan atau naikkan

dengan perlahan bagian presentasi pada abdomen untuk memungkinkan cairan melewati bagian presentasi pada kasus kebocoran cairan.

- e. Observasi cairan yang keluar untuk melihat lanugo atau verniks kaseosa jika usia kehamilan lebih dari minggu ke-32.
- f. Visualisasi serviks untuk menentukan dilatasi jika pemeriksaan dalam tidak akan dilakukan.
- g. Visualisasi serviks untuk mendeteksi prolaps tali pusat atau ekstremitas janin.

4. Uji laboratorium

- a. Uji pakis positif: pemakisan (*ferning*), juga disebut percabangan halus (*aborization*), pada kaca objek mikroskop yang disebabkan keberadaan natrium klorida dan protein dalam cairan amnion. (selama pemeriksaan spekulum steril, gunakan lidi kapas steril untuk mengumpulkan spesimen, baik cairan dari forniks vagina posterior maupun cairan yang keluar dari orifisium serviks, tetapi hati-hati agar tidak menyentuh atau masuk ke orifisium karena lendir serviks juga berbentuk pakis, walaupun dengan pola yang sedikit berbeda. Apus spesimen pada kaca objek mikroskop dan biarkan seluruhnya kering minimal selama 10 menit. Inspeksi kaca objek di bawah mikroskop untuk memeriksa pola pakis.

- b. Uji kertas nitrazin positif: kertas berwarna mustard-emas yang sensitif terhadap pH ini akan berubah warna menjadi biru gelap jika kontak dengan bahan bersifat basa. Nilai pH vagina normal adalah $\leq 4,5$. Selama kehamilan, terjadi peningkatan jumlah sekresi vagina akibat eksfoliasi epitelium dan bakteri, sebagian besar *Lactobacillus*, yang

menyebabkan pH vagina lebih asam. Cairan amnion memiliki pH 7,0 sampai 7,5.

Uji pakis lebih dapat dipercaya daripada uji kertas nitrazin. Ini karena sejumlah bahan selain cairan amnion memiliki pH yang lebih alkali, termasuk lendir serviks, rabas vagina akibat vaginosis bakterial atau infeksi trikomonas, darah, urin, semen, dan bubuk sarung tangan.

Oleh sebab itu, spesimen yang diambil langsung dari orifisium serviks dan kemudian diapus pada kertas nitrazin dapat mengakibatkan perubahan warna yang positif-palsu.

- c. Ultrasonografi untuk pemeriksaan oligohidramnion dapat sangat membantu jika pemeriksaan sebelumnya tidak memberikan gambaran jelas pecah ketuban. Namun, penyebab lain oligohidramnion harus disingkirkan dan perlu diingat bahwa wanita dapat mengalami pecah ketuban dan masih memiliki jumlah cairan amnion normal, terutama jika ketuban hanya mengalami kebocoran.
- d. Tentukan ada tidaknya infeksi. Tanda-tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38°C serta air ketuban keruh dan berbau. Leukosit darah $> 15.000/\text{mm}^3$. Janin yang mengalami takikardi, mungkin mengalami infeksi intrauterin. Tentukan adanya kontraksi yang teratur.
- e. Periksa dalam dilakukan bila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan). Mengenai pemeriksaan dalam, perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal.

Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen.

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

f. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana. Pasien dengan ketuban pecah dini harus masuk rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika pada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, kehamilan diterminasi. Bila ketuban pecah dini pada kehamilan premature, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif.

6. Komplikasi

Menurut Sarwono (2008) 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 seksio sesarea, 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 korioamniotis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada Ketuban Pecah Dini prematur, infeksi lebih sering terjadi daripada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada Ketuban Pecah Dini meningkat sebanding dengan lamanya peride laten.

Korioamnionitis merupakan komplikasi paling serius bagi ibu dan janin, bahkan dapat berlanjut menjadi sepsis. Penyebab korioamnionitis adalah infeksi bakteri yang terutama berasal dari traktus urogenitalis ibu. Secara spesifik permulaan infeksi berasal dari vagina, anus, atau rektum dan menjalar ke uterus. Angka kejadian korioamnionitis 1-2%.

Faktor risiko terjadinya korioamnionitis adalah kelahiran prematur atau ketuban pecah lama. Korioamnionitis tidak selalu menimbulkan gejala. Bila timbul gejala antara lain demam, nadi cepat, berkeringat, uterus pada perabaan lembek, dan cairan berbau keluar dari vagina. Kesejahteraan janin dapat diperiksa dengan *ultrasound* atau kardiotokografi.

3. Hipoksia dan Asfiksia

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 300 cc. Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya. 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 (Prawirohardjo, 2008).

4. Sindrom Deformitas Janin.

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompreai muka dan anggota badan janin, serta hipoplasia pulmonar.

Menurut Manuaba (2007) komplikasi neonatus akibat oligohidramnion adalah gangguan tumbuh-kembang yang menimbulkan deformitas, gangguan sirkulasi retroplasenter yang menimbulkan asfiksia, asidosis, dan retraksi otot uterus yang menimbulkan solusio plasenta.

Menurut teori Varney (2007) bayi yang mengalami asfiksia akan mengalami asidosis, sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera.

Menurut Misha Datta komplikasi neonatus akibat oligohidramnion adalah hipoplasia paru, Sindrom Potter ($> 50\%$ terkena jika usia kehamilan < 20 minggu), deformitas posisi kaki, dislokasi panggul kongenital, malpresentasi, kompresi tali pusat, prolaps tali pusat.

7. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi ditinjau dari sudut ibu. Kesalahan dalam menatalaksana komplikasi ini akan mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya.

Menurut Manuaba (2007), dalam menghadapi ketuban pecah dini harus dipertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Fase Laten:

a) Lamanya waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi proses persalinan.

- b) Semakin panjang fase laten semakin besar kemungkinan terjadinya infeksi.
- c) Mata rantai infeksi merupakan asendens infeksi, antara lain:
1. Korioamnionitis, ditandai dengan abdomen terasa tegang, pemeriksaan laboratorium terjadi leukositosis, protein C reaktif meningkat dan kultur cairan amnion positif.
 2. Desiduitis: Infeksi yang terjadi pada lapisan desidua.
2. Perkiraan BB janin dapat ditentukan dengan pemeriksaan USG yang mempunyai program untuk mengukur BB janin. Semakin kecil BB janin, semakin besar kemungkinan kematian dan kesakitan sehingga tindakan terminasi memerlukan pertimbangan keluarga.
3. Presentasi janin intrauterin
- Presentasi janin merupakan penunjuk untuk melakukan terminasi kehamilan. Pada letak lintang atau bokong, harus dilakukan dengan jalan seksio sesarea.

Menurut Manuaba (2007), tindakan yang dapat dilakukan pada ketuban pecah dini, yaitu:

1. Tatalaksana Konservatif
 - a. Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang.
 - b. Tirah baring dapat dikombinasikan dengan pemberian antibiotik sehingga dapat menghindari infeksi.
 - c. Antibiotik yang dianjurkan adalah:
 - Ampisilin dosis tinggi untuk infeksi streptokokus beta.
 - Eritromisins dosis tinggi untuk *Clamydia trachomatis*, ureoplasma dan lainnya.
 - Bahaya menunggu terlalu lama adalah kemungkinan infeksi semakin meningkat sehingga terpaksa harus dilakukan terminasi.
2. Tatalaksana aktif
 - a. Dilakukan tindakan untuk memperpanjang usia kehamilan dengan memberi kombinasi antara:
 - Kortikosteroid untuk mematangkan paru.

- Tokolitik untuk mengurangi atau menghambat kontraksi otot uterus.
 - Antibiotik untuk mengurangi peranan infeksi sebagai pemicu terjadinya proses persalinan.
- b. Tindakan tatalaksana aktif juga tidak terlalu banyak dapat meningkatkan maturitas janin paru. Dalam keadaan terpaksa harus dilakukan terminasi kehamilan untuk menyelamatkan bayi atau maternal.
- c. Dalam upaya menunda proses persalinan dikemukakan lima kriteria sikap sebagai berikut.
- Usia kehamilan kurang dari 26 minggu:
 - Sulit mempertahankan kehamilan sampai aterm atau sampai usia kehamilan sekitar 34 minggu.
 - Bahaya infeksi dan keadaan oligohidramnion akan menimbulkan masalah pada janin. Bayi dengan usia kehamilan kurang dari 26 minggu, sulit untuk hidup dan beradaptasi di luar kandungan.
 - Usia kehamilan 26-31 minggu
 - Persoalan tentang sikap dan komplikasi persalinan masih sama seperti pada usia kehamilan kurang 26 minggu.
 - Pada rumah sakit yang sudah maju mungkin terdapat unit perawatan intensif neonatus untuk perawatan janin.
 - Pertolongan persalinan dengan BB janin kurang dari 2000 gram dianjurkan dengan seksio sesarea.
 - Usia kehamilan antara 31-33 minggu:
 - Dianjurkan untuk melakukan amniosentesis untuk menentukan maturitas paru dan perhatikan tanda infeksi intrauteri.
 - Umumnya BB janin sudah sekitar 2000 gram sehingga sudah sangat mungkin tertolong.
 - Usia kehamilan 34-36 minggu:

- BB janin sudah cukup baik sehingga langsung dapat dilakukan terapi induksi atau seksio sesarea.
 - Usia kehamilan diatas 36 minggu:
Sudah dianggap aterm sehingga seharusnya dapat hidup di luar kandungan dan selamat.
3. Tatalaksana agresif
Tindakan agresif dilakukan jika ada indikasi vital sehingga tidak dapat ditunda karena mengancam kehidupan janin atau maternal. Indikasi vital yang dimaksudkan yaitu infeksi intrauteri, solusio plasenta, gawat janin, prolaps tali pusat, evaluasi detak jantung janin dengan KTG menunjukkan hasil gawat janin atau redup, dan berat janin cukup viabel untuk dapat beradaptasi di luar kandungan.
- Adapun penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut Prawirohardjo (2008), adalah sebagai berikut :

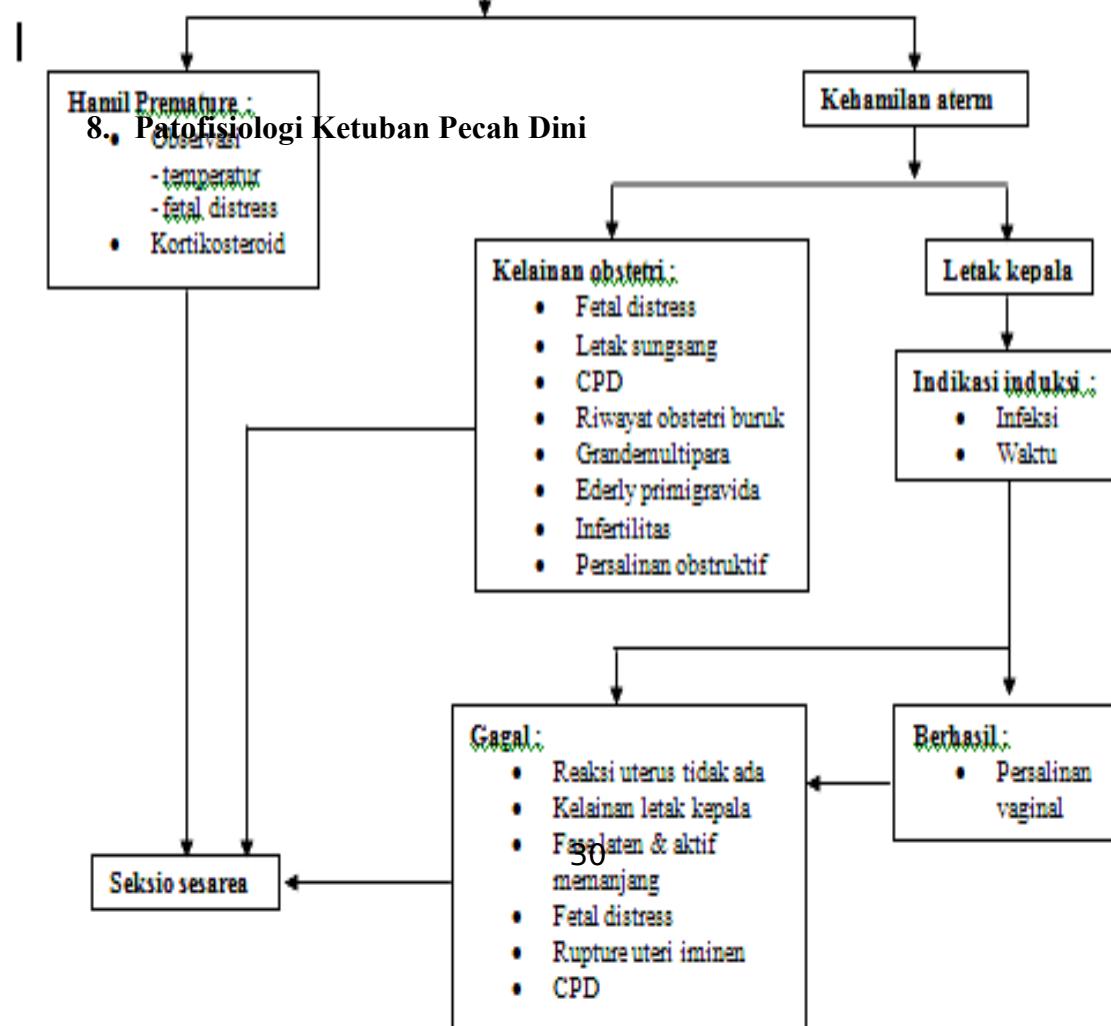
Penatalaksanaan Konservatif

1. Rawat di rumah sakit.
2. Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampicilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari).
3. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
4. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif: 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, beri 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, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).

8. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Penatalaksanaan Aktif

1. Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg-50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
2. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi, dan **Ketuban Pecah Dini** persalinan diakhiri.
3. Bila skor pelvic <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. **Masuk rumah sakit:**
Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
4. Bila skor pelvic >5, induksi persalinan.
 - Observasi tanda infeksi dan fetal distress



C. Prinsip Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan, ketersediaan pelayanan purna waktu, biaya pelayanan dan waktu serta jarak tempuh ke tempat rujukan adalah wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan.

Pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan meminta kerjasama yang baik dari suami atau keluarga ibu untuk mendapatkan layanan terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinan perlunya upaya rujukan. Dalam mempersiapkan rujukan dalam pelayanan kebidanan, singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam rujukan ibu dan bayi:

- B:** Bidan : Bidan harus mendampingi bayi dan ibu/keluarga.

A: Alat : Alat resusitasi harus dibawa bidan dalam perjalanan menuju tempat rujukan.

K: Keluarga : Keluarga/ibu harus ikut menemani bayi ke tempat rujukan.

S: Surat : Surat rujukan/formulir rujukan tentang data-data yang diperlukan di atas harus dibawa bidan.

O: Obat : Obat-obatan esensial dibawa pada saat merujuk ke fasilitas kesehatan. Obat-obatan mungkin diperlukan di perjalanan.

K: Kendaraan : Kendaraan harus disiapkan.

U: Uang : Uang dibawa dalam jumlah yang cukup.

D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah 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 diagnostik 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 diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah

tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian 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 pemuaian uterus yang berlebihan.

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

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan 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 periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja 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, distosia 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 informasi/ 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 diurakan 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 memiliki 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.

Data Perkembangan SOAP

Data perkembangan menggunakan SOAP menurut Varney (2007), yaitu:

1. *Subjektif* : menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.
2. *Objektif* : menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test disgnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *assessment*.
3. *Assesment* : menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosa/masalah, antisipasi diagnosa/masalah, perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter.
4. *Planning* : Menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan *assessment*.

E. Wewenang Bidan Dalam Penangan Ketuban Pecah Dini

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1464/ MENKES/PER/X/2010

tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan:

BAB III Penyelenggaraan Praktik Pasal 10 Nomor 3

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:

- a. Episiotomi;
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- c. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
- e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- f. Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusu dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- h. Penyuluhan dan konseling;
- i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
- j. Pemberian surat keterangan kematian; dan
- k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 369/MENKES/SK/III/2007

tentang Standar Profesi Bidan.

Asuhan dan Konseling selama Kehamilan

Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Pada Keterampilan Dasar nomor 13

1. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan tepat dari:
 - a. Kekurangan gizi;
 - b. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat: SGA dan LGA;
 - c. Pre eklampsian berat dan hipertensi;
 - d. Perdarahan pervaginam;
 - e. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm;
 - f. Kelainan letak pada janin kehamilan aterm;
 - g. Kematian janin;
 - h. Adanya edema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi;
 - i. Ketuban pecah sebelum waktu (KPD= Ketuban Pecah Dini);
 - j. Persangkaan polihidramnion;
 - k. Diabetes mellitus;
 - l. Kelainan kongenital pada janin;
 - m. Hasil laboratorium yang tidak normal;
 - n. Persangkaan polihodramnion, kelainan janin;
 - o. Infeksi pada ibu hamil seperti: IMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas;

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini menggunakan bentuk laporan studi kasus dengan menggunakan metode deskriptif yaitu suatu metode dengan melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan nyata yang dilakukan di lokasi pemberian asuhan kebidanan.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Tempat pengambilan studi kasus ini dilakukan di Klinik Pratama Kasih Galang yang berlokasi di Jl. Pertumbuhan No. 15, Dusun I, Kecamatan Galang,

Kabupaten Deli Serdang. Waktu pelaksanaan studi kasus yaitu dimulai dari tanggal 6 Maret 2017 sampai Mei 2017 yaitu mulai pengambilan kasus sampai dengan pengetikan Laporan Tugas Akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Pada studi kasus ini subjeknya adalah Ibu hamil Ny. I usia 21 tahun primigravida usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini. Pasien bersedia menjadi subjek dalam studi kasus ini dan juga disetujui keluarga pasien. Penulis dan subjek studi kasus membuat pesetujuan dalam bentuk *informed consent*.

D. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang digunakan dalam dokumentasi asuhan kebidanan yang telah diberikan dalam studi kasus ini adalah menggunakan 7 langkah Varney.

2. Jenis Data

Penulisan asuhan kebidanan pada Ny. I usia 21 tahun primigravida usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil subjek atau objek penelitian oleh perorangan maupun organisasi. Data primer diperoleh dengan cara:

1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- Inspeksi**

Inspeksi adalah proses observasi yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman dalam mengumpulkan data. Inspeksi dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai kaki (*head to toe*).

- Palpasi**

Palpasi adalah teknik menggunakan indera peraba tangan dan jari.

- Perkusi
Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan cara mengetuk dan membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara.

- Auskultasi
Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara-suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop, leanec. Pada pemeriksaan ini menggunakan *fetal doppler* untuk memantau detak jantung janin.

2. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan. (Notoadmodjo, 2012).

3. Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. (Notoadmodjo, 2012).

b. 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 kepustakaan. Data sekunder diperoleh melalui:

1. Studi Dokumentasi

Adalah semua bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pengumpulan data studi kasus ini menggunakan

- catatan yang ada atau status pasien untuk memperoleh informasi data medik yang ada di Klinik Pratama Kasih Ibu Galang.
2. Studi Kepustakaan
Yaitu memperoleh berbagai infomasi baik teori-teori generalisasi maupun konsep yang dikembangkan oleh berbagai ahli dan buku-buku sumber yang ada (Notoadmodjo, 2010). Studi kasus ini diambil dari referensi 10 tahun terakhir yaitu mulai tahun 2007-2015.

E. Alat-Alat dan Bahan yang Dibutuhkan

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

1. Wawancara: buku tulis, pena dan penggaris.
2. Observasi: Stetoskop, alat *vital sign*, *fetal doppler*, jelly, timbangan berat badan, jam tangan, bak instrumen, set infus dan terapi.
3. Alat dan bahan untuk dokumentasi: buku status dan catatan medik pasien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY I.
USIA 21 TAHUN G₁ P₀ A₀ USIA KEHAMILAN 28 MINGGU 2 HARI
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK PRATAMA KASIH IBU**

Tanggal masuk : 11-03-2017 Tgl Pengkajian : 11-03-2017
 Jam masuk : 12.40 WIB Jam Pengkajian : 13.10 WIB
 Tempat : Klinik Kasih Ibu Pengkaji : Romian
 No. Register : 148/X/BM/2016

I. PENGUMPULAN DATA (Data sekunder Buku KIA)

A. DATA SUBJEKTIF

Nama Ibu : Ny I	Nama Suami : Tn E
Umur : 21 tahun	Umur : 25 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa	Suku/Bangsa : Jawa
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Guru
Alamat : Dsn II, Jaharun B	Alamat : Dsn II, Jaharun B

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan : keluar cairan dari kemaluan, bau amis dan perut terasa mules.
3. Riwayat menstruasi:
 Menarche : 13 tahun, siklus : 28 hari, teratur : ya
 Lama : 4-5 hari, banyak : 3-4 kali ganti duk
 Keluhan : tidak ada
4. Riwayat kehamian/Persalinan lalu:

Tabel 4.1 Riwayat Kehamilan

5. Riwayat kehamilan sekarang:

An ak ke	Tgl lahir/ umur	Jenis Persalin an	Tempat Persalin an	Peno long	Komplika si		Bayi		Nifas	
					Ba yi	Ibu	PB/BB /JK	Kead aan	Kead aan	Lak tasi
	H	A	M	I	L		I	N	I	

- a. Tanda- tanda kehamilan
 - Amenorea : ada
 - Mual muntah : ada
 - HPHT : 26-08-2016 HPL : 03-06-2017
 - UK : 28 minggu 2 hari
 - Gerakan janin : 10 x sehari, pergerakan janin pertama kali usia kehamilan 21 mg
- b. Trimester I
 - Keluhan : mual, muntah, pusing

- ANC : 2 x, di klinik
- Imunisasi TT : tidak ada
- Obat-obatan : Sotatic, Antasida, Afolat, Folavit, Inj Neurobion,

Inj

Metoclopramide

c. Trimester II

- Keluhan : Keputihan, Kram perut
- ANC : 2 x di klinik
- Imunisasi TT : tidak ada
- Obat-obatan : CTM, Metronidazole, Folavit, Calcid, Syrup Lambucid

d. Kecemasan : ada

e. Tanda-tanda bahaya : ada

f. Tanda-tanda persalinan : tidak ada

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita:

- a. Jantung : tidak ada
- b. Hipertensi : tidak ada
- c. DM : tidak ada
- d. Malaria : tidak ada
- e. Ginjal : tidak ada
- f. Asma : tidak ada
- g. Hepatitis : tidak ada
- h. Riwayat SC : tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga :

- a. Hipertensi : tidak ada
- b. DM : tidak ada
- c. Malaria : tidak ada
- d. Asma : tidak ada
- e. Lain-lain : tidak ada

8. Riwayat KB : tidak pernah menjadi akseptor KB

9. Riwayat Psikososial :

Status perkawinan : sah, menikah pertama kali di usia 20 tahun

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : musyawarah

Tempat dan petugas yang diinginkan membantu persalinan : klinik

Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS

Persiapan menjelang persalinan : sudah ada

10. Activity Daily Living :

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali

Jenis : nasi + ikan + sayur + buah,

Porsi : 1 porsi kecil

Minum : 10 gelas/hr,

Jenis : air putih, susu

Keluhan/pantangan : tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : ± 1 jam

- Tidur malam : ± 5-6 jam
- c. Pola eliminasi
 BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi : cair, warna : kuning jernih
 BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lembek, warna : kuning
 lendir darah : tidak ada
- d. Personal hygiene
 Mandi : 2 kali/hari
 Ganti pakaian/pakaian dalam : 3 kali/hari
- e. Pola aktivitas
 Pekerjaan sehari-hari : menyapu, memasak, mencuci piring
- f. Hubungan seksual terakhir : 2 minggu yang lalu
- g. Kebiasaan hidup
 Merokok : tidak ada (ibu perokok pasif karena suami merokok)
 Minuman keras : tidak ada
 Jamu : tidak ada
 Obat terlarang : tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

- Keadaan umum : baik
 Status emosional : stabil
 Kesadaran : compos mentis
- Tanda-tanda vital :
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 98 x/menit
 - Suhu : 36,8 °C
 - Pernapasan : 26 x/menit
- Pengukuran BB dan TB :
 - Berat badan : 52 kg, kenaikan BB selama hamil 4 kg
 - Tinggi badan : 165 cm
 - LILA : 22,5 cm (data sekunder tanggal 04-10-2016 pada K1)
- Pemeriksaan fisik :
 - Postur tubuh : lordosis
 - Kepala
 - Muka : bersih, chloasma: tidak ada, oedema: tidak ada
 - Mata : simetris, conjungtiva: merah muda, sclera: tidak ikterik
 - Hidung : bersih, tidak ada cuping hidung, polip: tidak meradang
 - Mulut/bibir: bersih, bibir merah muda, tidak pecah- pecah
 - Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe
 - Payudara
 - Bentuk simetris : asimetris
 - Keadaan puting : menonjol
 - Aerola mammae: hiperpigmentasi

- Colostrum : ada
- e. Perut
- Inspeksi : pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi, terdapat striae gravidarum, linea nigra, perut asimetris ke kanan. Tampak saat pemeriksaan pakaian bagian bawah ibu basah.
- Palpasi
- Leopold I : pada bagian fundus teraba bagian lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang keras, panjang dan memapan (PU KA) dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian- bagian kecil janin (ekstremitas)
- Leopold III: pada bagian terbawah janin teraba bagian bulat, keras, dan melenting (kepala).
- Leopold IV: bagian terbawah janin belum masuk PAP.
- f. TBBJ : 2325 gram
- g. TFU : 27 cm
- h. Kontraksi
- *auskultasi : ada, terdengar
- *DJJ : 150 x/menit (dihitung dalam 1 menit)
- i. Ekstremitas
- Atas : kuku bersih, jari lengkap, tidak sianosis tidak ada odem
- Bawah : bersih, jari lengkap, tidak ada odem, tidak ada varises
- j. Genitalia
- Inspeksi
- Vulva & vagina
- Luka : tidak ada
- Kemerahan : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Perineum
- Luka : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Bekas luka : tidak ada
- Inspekuло
- Vagina : tidak dilakukan
- Portio : tidak dilakukan

- Anus : tidak ada hemoroid
5. Pemeriksaan panggul :
Lingkar panggul : tidak dilakukan
Distansia spinarum : tidak dilakukan
Distansia cristarum : tidak dilakukan
Conjugata externa : tidak dilakukan
6. Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan
- D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hb : tidak dilakukan Protein urine : tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny I usia 21 tahun, primigravida usia kehamilan 28 minggu 2 hari janin tunggal, hidup, PU KA, intrauterine, presentasi kepala, belum masuk PAP, dengan ketuban pecah dini.

DS : - Ibu mengatakan ini kehamilan pertama dan belum pernah keguguran.

- Ibu mengatakan HPHT 26-08-2016
- Ibu mengatakan ada keluar cairan dari kemaluannya bau amis
- Ibu mengatakan merasakan mules pada perutnya

DO : - TTV : Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Suhu/Nadi : 36,8 °C/ 98 x/menit

Pernapasan : 26 x/menit

- TB : 165 cm

- BB : 52 kg

Palpasi

Leopold I : pada bagian fundus teraba bagian lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang keras, panjang dan memapan (PU KA) dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian- bagian kecil janin (ekstremitas).

Leopold III: pada bagian terbawah janin teraba bagian bulat, keras, dan melenting (kepala).

Leopold IV: bagian terbawah janin belum masuk PAP.

- TFU : 27 cm
- TBJ : 2325 gram
- DJJ : 150 x/menit

Masalah : Gangguan rasa nyaman dan rasa nyeri sehubungan dengan ketuban pecah dini

Kebutuhan :
- Informasikan hasil pemeriksaan
- Beri penjelasan tentang keluhan ibu
- Berikan terapi

III. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan Dokter Kandungan

IV. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Pada Ibu : Korioamnionitis

DS : Riwayat Keputihan pada TM II

Pada Bayi : Kelahiran Prematur

DO : UK < 37 minggu

V. INTERVENSI

Tanggal : 11-03-2017 Pukul : 12.45 WIB Oleh : Romian

Tabel 4.2 Intervensi Kehamilan

No	Intervensi	Rasional
1.	Beritahu hasil pemeriksaan	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaannya
2.	Beri penjelasan tentang keluhan ibu	Agar ibu mengetahui penyebab keluhan yang dialami dan mengurangi kecemasan ibu.
3.	Tirah baring	Untuk mengurangi keluarnya cairan ketuban sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang.
4.	Pasang infus dan beri terapi	Untuk mempermudah pemberian terapi dan kebutuhan cairan tubuh
5.	Pantau keadaaan ibu dan janin.	Untuk mendeteksi adanya tanda bahaya dan dapat bertindak segera.

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 11-03-2017 Pukul : 12.47 WIB

Oleh : Romian

Tabel 4.3 Implementasi

No	Pukul	Implementasi
1.	12.49 WIB	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, observasi <i>vital sign</i> : Tekanan darah: 110/70 mmHg Suhu: 36,8°C Nadi: 98 x/menit Pernapasan: 26 x/menit, Berat badan: 52 kg, TBBJ : 2325 gram, DDJ : 150 x/menit UK : 28 minggu 2 hari. letak kepala janin baik, belum masuk PAP.
2.	12.50 WIB	Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang dialami disebabkan banyak faktor misalnya infeksi, kelainan genetik, faktor sosial seperti merokok, konsumsi alkohol. Menganjurkan ibu untuk tirah baring dan mengurangi aktivitas fisik untuk mengurangi keluarnya air ketuban.
3.	12.52 WIB	Memasang infus di tangan kiri ibu Ringer Laktat Fls I dan terapi Duvadilan 2 ampul di drips 20 tts/m.
4.	13.15 WIB	Memantau keadaan janin melalui fetal doppler DJJ: 152 x/menit dan menganjurkan ibu tidur siang. Ev: Ibu mengatakan tidak bisa tidur karena merasa nyeri di perut.
5.	13.20 WIB	Memberikan terapi kepada Ibu yaitu: Ceftriaxone/12 jam 1 vial (1 gr) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.
6.	16.25 WIB	Mengukur <i>vital sign</i> ibu Tekanan darah: 110/70 mm Hg Suhu: 38°C Ev: Ibu sudah tahu keadaannya.
7.	16.30 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Novalgin/12 jam (500 mg/2 ml) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.
8.	18.30 WIB	Mengukur <i>vital sign</i> ibu dan DJJ bayi dan menganjurkan ibu makan malam. Tekanan darah: 100/80 mm Hg Suhu: 36,8°C DJJ: 152 x/menit Ev: Ibu sudah mengetahui keadaannya dan mengangguk ketika dianjurkan makan.
9.	19.00 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Ranitidin/ 12 jam (25 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.
10.	20.00 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.
11.	22.00 WIB	Memantau keadaan janin melalui fetal doppler DJJ: 152 x/menit dan menganjurkan ibu untuk tidur

		Ev: Ibu sudah mengetahui keadaan janinnya dan mengangguk.
12.	01.20 WIB	Memberikan terapi kepada Ibu yaitu: Ceftriaxone/12 jam 1 vial (1 gr) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.
13.	02.05 WIB	Menyambung cairan infus Ringer Laktat Fls II dan terapi Duvadilan drips 20 tts/m Ev: Ibu telah diberi terapi dan ibu sedang tidur
14.	04.00 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu telah diberi terapi.

VII. EVALUASI

- Ibu sudah tahu keadaannya sekarang
- Ibu sudah tahu penyebab keluhannya
- Ibu sudah tahu keadaan janinnya sekarang

DATA PERKEMBANGAN HARI II

Tanggal: 12-03-2017

Pukul : 07.00 WIB

Oleh : Romian

SUBJEKTIF :

- Ibu mengatakan pengeluaran cairan dari kemaluannya masih ada
- Ibu mengatakan perutnya masih mules

OBJEKTIF :

- Keadaan umum: baik
- Status emosional: stabil
- Obs TTV : Tekanan darah: 100/70 mmHg
Suhu/Nadi: 36,3°C/ 80 x/menit
Pernapasan: 24 x/menit
- Palpasi

Leopold I : pada bagian fundus teraba bagian lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang keras, panjang dan memapan (PU KA) dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian- bagian kecil janin (ekstremitas).

Leopold III: pada bagian terbawah janin teraba bagian bulat, keras, dan melenting (kepala).

Leopold IV: bagian terbawah janin belum masuk PAP.

- TFU : 27 cm
- TBJ : 2325 gram
- DJJ : 154 x/menit

ASASMENT :

Diagnosa : Ny I usia 21 tahun, primigravida usia kehamilan 28 minggu 3 hari janin tunggal, hidup, PU KA, intrauterine, presentasi kepala, belum masuk PAP, dengan ketuban pecah dini.

DS : - Ibu mengatakan pengeluaran cairan dari kemaluannya masih ada
- Ibu mengatakan perutnya masih mules

DO : - Tekanan darah : 100/70 mmHg

- Suhu : 36,3°C/
- Nadi : 80 x/menit
- Pernapasan : 24 x/menit

Palpasi

- Leopold I : dibagian fundus teraba bulat, lunak, melebar dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : pada sisi kiri perut ibu teraba, keras, memanjang dan memapan (PUKA), sedangkan disisi kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin.
- Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bulat,

- Leopold IV : bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - TFU : 27 cm
 - TBBJ : 2325 gram
 - DJJ : 154 x/menit

Masalah : Gangguan rasa nyaman dan rasa nyeri sehubungan dengan ketuban pecah dini

Kebutuhan : - Informasikan hasil pemeriksaan
- Lanjutkan terapi
- Ajarkan ibu relaksasi

Antisipasi masalah potensial

Pada Ibu : Korioamnionitis

DS: Riwayat Keputihan pada TM II

DO: Suhu: 38 °C tanggal 11 Maret 2017 pukul 16.25 WIB

Periode laten > 24 jam

Pada Bayi : Kelahiran Prematur

DO: Usia Kehamilan < 37 minggu

PLANNING

Tanggal: 12-03-2017

Pukul: 07.05 WIB

Oleh : Romian

No	Pukul	Implementasi
1.	07.05 WIB	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, observasi <i>vital sign</i> : Tekanan darah: 100/70 mmHg Suhu: 36,3°C Nadi: 80x/menit Pernapasan: 24 x/menit DJJ: 154x/menit Ev: Ibu sudah mengetahui keadaannya.
2.	07.10 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Novalgin/12 jam (500 mg/2 ml) per bolus IV. Ranitidin/ 12 jam (25 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
3.	07.25 WIB	Mengajari ibu relaksasi yaitu menghirup nafas dalam dari hidung dan menghembuskan perlahan dari mulut. Menganjurkan ibu mendengarkan musik untuk mengalihkan perhatian ibu dari nyeri yang dia rasakan. Ev: Ibu sudah diberi terapi.

Tabel 4.4 Penatalaksanaan Data Perkembangan Hari II

No	Pukul	Implementasi
4.	09.00 WIB	Memantau keadaan janin melalui fetal doppler DJJ: 150 x/menit Menganjurka ibu untuk menjaga <i>personal hygienenya</i> yaitu ketika selesai BAK/ BAB membersihkan kemaluannya dari arah depan ke belakang menggunakan sabun dan air bersih. Ev: Ibu berjanji akan melaksanakan anjuran bidan.
5.	12.00 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
6.	13.20 WIB	Memberikan terapi kepada Ibu yaitu: Ceftriaxone/12 jam 1 vial (1 gr) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
7.	14.30 WIB	Memantau keadaan janin melalui fetal doppler, DJJ: 149 x/menit Ev: Ibu sudah tahu keadaan janinnya.
8.	16.30 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Novalgin/12 jam (500 mg/2 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
9.	19.00 WIB	Menyambung cairan infus Ringer Laktat Fls III dan terapi Duvadilan drips 20 tts/menit Ev: Ibu sudah diberi terapi.
10.	20.00 WIB	Mengukur <i>vital sign</i> ibu dan DJJ bayi: Tekanan darah: 100/70 mmHg Suhu: 36,9° C DJJ: 158 x/menit Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah tahu keadaannya dan diberi terapi.
11.	01.20 WIB	Memberikan terapi kepada Ibu yaitu: Ceftriaxone/12 jam 1 vial (1 gr) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
12.	04.00 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
13.	04.30 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Novalgin/12 jam (500 mg/2 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.

STIKES

DATA PERKEMBANGAN HARI III

Tanggal: 13-03-2017

Pukul : 07.30 WIB

Oleh : Romian

SUBJEKTIF :

- Ibu mengatakan pengeluaran cairan dari kemaluannya masih ada
- Ibu mengatakan perutnya masih mules

OBJEKTIF :

- Keadaan umum: baik
- Status emosional: stabil
- Obs TTV : Tekanan darah: 110/80 mmHg
 - Suhu: 36,7°C
 - Nadi: 86 x/menit
 - Pernafasan: 24 x/menit

Leopold I : pada bagian fundus teraba bagian lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang keras, panjang dan memapan (PU KA) dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian- bagian kecil janin (ekstremitas).

Leopold III : pada bagian terbawah janin teraba bagian bulat, keras, dan melenting (kepala).

Leopold IV : bagian terbawah janin belum masuk PAP.

- TFU : 27 cm
- TBJ : 2325 gram
- DJJ : 148 x/menit

ASASMENT :

Diagnosa : Ny I usia 21 tahun, primigravida usia kehamilan 28 minggu 4 hari janin tunggal, hidup, PU KA, intrauterine, presentasi kepala, belum masuk PAP, dengan ketuban pecah dini.

- DS** : - Ibu mengatakan pengeluaran cairan dari kemaluannya masih ada
- Ibu mengatakan perutnya masih mules

- DO : - Tekanan darah: 110/80 mmHg
- Suhu/Nadi: 36,7°C/ 86 x/menit
 - Pernapasan: 24 x/menit
 - o Leopold I : dibagian fundus teraba bulat, lunak, melebar dan tidak melenting (bokong).
 - o Leopold II : pada sisi kiri perut ibu teraba, keras, memanjang dan memapan (PUKA), sedangkan disisi kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin.
 - o Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting dan masih dapat digoyangkan.
 - o Leopold IV : bagian bawah janin belum masuk PAP.
 - TFU : 27 cm
 - TBBJ : 2325 gram
 - DJJ : 148 x/menit

Masalah : Gangguan rasa nyaman dan rasa nyeri sehubungan dengan ketuban pecah dini

Kebutuhan : - Informasikan hasil pemeriksaan

- Informasikan tindakan rujukan

Antisipasi masalah potensial

Pada Ibu: Korioamnionitis

DS: Riwayat Keputihan pada TM II

DO: Suhu: 38 °C tanggal 11 Maret 2017 pukul 16.25 WIB

Periode laten > 24 jam

Pada Bayi : Kelahiran Prematur

DO: UK < 37 minggu

Tindakan Segera

Kolaborasi dengan Dokter Kandungan

Rujukan ke Rumah Sakit Umum Daerah Lubuk Pakam

PLANNING

Tanggal: 12-03-2017

Pukul : 07.35 WIB

Oleh : Roman

Tabel 4.5 Penatalaksanaan Data Perkembangan Hari III

No	Pukul	Implementasi
1.	07.35 WIB	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, observasi <i>vital sign</i> : Tekanan darah: 110/80 mmHg Suhu: 36,7°C Nadi: 86 x/menit Pernapasan: 24 x/menit DJJ: 148x/menit Ev: Ibu sudah mengetahui keadaannya.
2.	07.38 WIB	Memberikan terapi kepada ibu yaitu: Ranitidin/ 12 jam (25 mg/1 ml) per bolus IV. Ev: Ibu sudah diberi terapi.
3.	07.45 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga untuk tindakan rujukan supaya mendapat perawatan dengan fasilitas lebih lengkap dan pemeriksaan penunjang yang lengkap. Ev: Ibu dan keluarga sudah tahu dan setuju atas dilakukannya rujukan ke RSUD Lubuk Pakam.
4.	09.30 WIB	Melakukan rujukan ke RSUD Lubuk Pakam. B: Ny I. didampingi oleh bidan ke fasilitas rujukan. A: Perlengkapan (tabung sutik, selang IV, oksigen, dll) tidak dibawa ketika merujuk karena keadaan umum ibu masih baik dan tidak dalam keadaan inpartu. K: Ny. I didampingi oleh keluarga yaitu ibunya S: Surat rujukan ke RSUD dari ada. O: Obat-obatan esensial tidak dibawa. K: Ny. I diantar menggunakan mobil. U: Uang sudah dipersiapkan. Ev: Dilakukan rujukan ke RSUD Lubuk Pakam.

B. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. I dengan ketuban pecah dini maka penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk diagnosis yaitu riwayat

kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhannya, meninjau catatan medik pasien. Untuk memperoleh data penulis melakukan pendekatan dengan pengamatan langsung, wawancara kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik baik inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi serta data penunjang berupa catatan medik dan buku status ibu. (Varney, 2007)

Menurut Manuaba (2007), tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah ketuban pecah secara tiba-tiba, keluar cairan ketuban dengan bau yang khas, bisa tanpa disertai kontraksi/his, terasa basah pada pakaian dalam yang konstan dan keluarnya cairan pervaginam pada usia paling dini 22 minggu.

Pada studi kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini data subjektif adalah ibu mengatakan adanya keluar cairan dari kemaluannya, baunya khas seperti bau apek dan ibu merasakan mules pada perutnya, sedangkan data objektif didapatkan dari pemeriksaan fisik yaitu pakaian bagian bawah ibu basah. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2007). Pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

2. Interpretasi Data

Menurut Manuaba (2010) diagnosis ketuban pecah dini tidak sulit ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau khas. Pada studi kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini ditemukan masalah yaitu gangguan rasa nyaman dan nyeri sehubungan dengan ketuban pecah dini yang dialaminya, sehingga kebutuhan yang diberikan adalah penjelasan tentang keadaannya dan penyebabnya, penjelasan tentang teknik relaksasi

dan pemberian terapi. Pada langkah ini tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Diagnosa potensial

Menurut Manuaba, (2010) bahaya ketuban pecah dini adalah kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Oleh karena itu, pemeriksaan dalam perlu dibatasi sehingga penyulit makin ditekan sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Diagnosa potensial dapat terjadi pada ibu maupun janin. Pada studi kasus Ny. I usia 21 tahun $G_1 P_0 A_0$ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini, Ny. I potensial mengalami infeksi intrauteri (amnionitis dan korioamnionitis). Hal ini sesuai dengan teori yang dijelaskan pada teori.

Menurut Misha Datta komplikasi hipoplasia paru, Sindrom Potter ($>50\%$ terkena jika usia kehamilan <20 minggu). Menurut Varney, (2007) pada pecah ketuban dini preterm, terutama jika terjadi kurang dari minggu ke-26 gestasi, hipoplasia paru dan deformitas janin dapat terjadi akibat oligohidramnion.

Pada studi kasus janin Ny. I potensial mengalami oligohidramnion akibat pengurangan volume cairan ketuban. Akibat yang dapat ditimbulkan pada oligohidramnion adalah hipoplasia paru dan deformitas janin. Pada kasus Ny. I tidak terlalu potensial terjadi hipoplasia paru dan deformitas janin karena usia kehamilan yang sudah melewati 20 minggu.

Menurut Manuaba, (2007) bayi dengan usia kehamilan kurang dari 26 minggu, sulit untuk hidup dan beradaptasi di luar kandungan. Potensial yang lebih mungkin terjadi adalah risiko prematuritas dimana usia

kehamilan Ny. I yang baru memasuki awal trimester 3. Pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Tindakan segera

Antisipasi pada studi kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini adalah tirah baring dan pemberian terapi (antibiotik, kortikosteroid, dan tokolitik).

Menurut Lesinski dan Manuaba (2010) ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi. Sesuai standar pelayanan kebidanan nomor 4 tujuan nomor 1 yaitu memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan. Sehingga sikap bidan sebagai tenaga kesehatan dalam menangani komplikasi ini yaitu melakukan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter kandungan dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Pada studi kasus Ny. I dilakukan tindakan mandiri oleh bidan, kolaborasi dengan dokter kandungan dan juga rujukan ke rumah sakit sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

5. Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah kelanjutan manajemen terhadap masalah yang dialami atau antisipasi diagnosa potensial yang mungkin akan terjadi. Pada kasus ini rencana asuhan yang diberikan pada Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini adalah beritahu hasil pemeriksaan, beri penjelasan tentang keluhan ibu, tirah baring, pasang infus dan beri terapi, pantau keadaan ibu dan janin, ajarkan ibu teknik relaksasi, dan anjurkan ibu menjaga personal hygiene.

Menurut Varney (2007), penatalaksanaan untuk wanita dengan ketuban pecah dini pada kehamilan prematur adalah memperpanjang

kehamilan dan menunggu awitan persalinan spontan sambil mengobservasi tanda dan gejala korioamnionitis.

Menurut Varney (2007), penatalaksanaan asuhan memiliki tujuan utama untuk memperpanjang kehamilan sepanjang wanita belum mulai persalinan tidak mengalami korioamnionitis, dan tidak ada gawat janin. Perencanaan pada studi kasus Ny. I sudah sesuai dengan teori dalam tinjauan pustaka sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktik.

6. Implementasi

Menurut Manuaba (2010), ketuban pecah dini merupakan sumber persalinan prematuritas, infeksi dalam rahim terhadap ibu maupun janin yang cukup besar dan potensial. Tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan yang rinci sehingga dapat menurunkan kejadian persalinan prematuritas dan infeksi dalam rahim. Memberikan profilaksis antibiotika dan membatasi pemeriksaan dalam merupakan tindakan yang perlu diperhatikan.

Menurut Varney (2007), pemberian antibiotik untuk wanita yang mengalami pecah ketuban dini selama seminggu atau lebih dapat memperpanjang masa kehamilan dan mengurangi angka korioamnionitis klinis serta sepsis neonatus.

Pada studi kasus penatalaksanaan yang diberikan pada asuhan Ny. I adalah sebagai berikut:

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, observasi *vital sign*: tekanan darah: 110/70 mmHg; suhu: 36,8°C; nadi: 98 x/menit; pernapasan: 26 x/menit; berat badan: 52 kg, TBBJ : 2325 gram, DDJ : 150 x/menit, usia kehamilan 28 minggu 2 hari, letak kepala janin baik, belum

- masuk PAP.
- 2) Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang dialami disebabkan banyak faktor misalnya infeksi, kelainan genetik, faktor sosial seperti merokok, konsumsi alkohol.
 - 3) Mengajurkan ibu untuk tirah baring dan mengurangi aktivitas fisik untuk mengurangi keluarnya air ketuban.
 - 4) Memasang infus di tangan kiri ibu Ringer Laktat terapi yaitu Duvadilan 2 ampul drips 20 tts/menit, Ceftriaxone/12 jam 1 vial (1 gr) per bolus IV, Dexamethasone/8 jam (5 mg/1 ml) per bolus IV, Novalgin/12 jam (500 mg/2 ml) per bolus IV, dan Ranitidin/ 12 jam (25 mg/1 ml) per bolus IV
 - 5) Memantau keadaan janin melalui *fetal doppler* secara teratur.
 - 6) Mengajari ibu relaksasi yaitu menghirup nafas yang dalam dari hidung dan menghembuskan perlahan dari mulut. Mengajurkan ibu mendengarkan musik untuk mengalihkan perhatian ibu dari nyeri yang dirasakan.
 - 7) Mengajurkan ibu untuk menjaga *personal hygienenya* yaitu ketika selesai BAK/BAB membersihkan kemaluannya dari arah depan ke belakang menggunakan sabun dan air bersih.

Menurut Leveno (2015), pengobatan deksametason tunggal 5 mg setiap 12 jam sebanyak 4 dosis. Pada penatalaksanaan kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yaitu dalam pemberian terapi kortikosteroid dimana di teori Varney (2007), pemberian terapi deksametason IM 6 mg setiap 6 jam sebanyak 4 dosis. Dalam asuhan yang dilakukan pada kasus Ny. I deksametason 5 mg diberikan dalam 3 dosis dengan jarak 8 jam.

Pada studi kasus Ny. I terdapat pemberian terapi lain seperti Ranitidin dan Novalgin yang tidak terdapat dalam teori penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini. Menurut penulis pemberian ranitidin yang tergolong kedalam obat antirefluks dimaksudkan untuk mencegah efek samping dari terapi duvadilan

yang termasuk kedalam agens tokolitik yang dapat mengakibatkan mual-muntah pada maternal (Varney, 2007). Sedangkan pemberian terapi novalgin yang juga tidak terdapat dalam teori penatalaksanaan bertujuan sebagai analgesik untuk mengurangi keluhan nyeri pada perut ibu.

7. Evaluasi

Pada kasus ibu hamil Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini, setelah dilakukan asuhan kebidanan dari tanggal 11 Maret 2017-13 Maret 2017 hasilnya adalah masih terjadi kebocoran atau pengeluaran cairan ketuban dan ibu masih merasakan nyeri di bagian perutnya. Dilakukan rujukan dengan BAKSOKU ke RSUD Lubuk Pakam dengan disertai surat rujukan. Ny I. didampingi oleh bidan dan keluarga, perlengkapan dan obat-obatan esensial tidak dibawa ketika merujuk karena keadaan umum ibu masih baik dan tidak dalam keadaan inpartu.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis membahas tentang asuhan kebidanan dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Pratama Kasih Ibu dari tanggal 11 Maret 2017-13 Maret 2017, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada Ny. I dengan Asuhan Kebidanan pada Ketuban Pecah Dini dimana data yang diperoleh dari data subjektif dan data objektif ibu masih mengeluarkan cairan ketuban dan masih merasakan nyeri di bagian perutnya.

2. Interpretasi data pada kasus didapatkan diagnosa sebagai berikut “ Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini”. Masalah dari kasus ini adalah gangguan rasa nyaman dan gangguan rasa nyeri sehubungan dengan ketuban pecah dini dan ibu merasa cemas dengan keadaannya ini. Kebutuhan yang diperlukan Ny. I adalah memberikan penjelasan atas keluhan dan kondisi kehamilan ibu saat ini dan pemberian terapi.
3. Diagnosa potensial dalam kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini adalah terjadinya infeksi intrauteri (amnionitis dan korioamnionitis) pada maternal dan risiko kelahiran prematur pada bayi.
4. Tindakan segera pada kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini adalah pemberian terapi dan tindakan kolaborasi dengan dokter kandungan.
5. Perencanaan pada kasus Ny. I usia 21 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 28 minggu 2 hari dengan ketuban pecah dini adalah pemberian terapi, mengajarkan ibu teknik relaksasi, menganjurkan ibu menjaga *personal hygiene*.
6. Pelaksanaan yang dilakukan di klinik telah diberikan asuhan kebidanan dari tanggal 11 Maret 2017-13 Maret 2017 yaitu memberikan terapi, memantau *vital sign* ibu, dan memantau tanda-tanda infeksi dan memantau adanya gawat janin dengan mengobservasi DJJ.
7. Evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan asuhan di Klinik Pratama Kasih Ibu yaitu didapatkan keadaan ibu masih belum teratasi sehingga harus dilakukan kolaborasi dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap

untuk perawatan yang lebih intensif dan pemeriksaan laboratorium yang lengkap. Rujukan dilakukan ke Rumah Sakit Umum Daerah Lubuk Pakam tanggal 13 Maret 2017.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan
Agar institusi pendidikan menambah sumber kepustakaan yang terbaru khususnya kegawadaruratan maternal dan neonatal sehingga menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan juga dalam tahap penyelesaian tugas akhir.
2. Bagi Institusi Kesehatan (klinik)
Agar institusi kesehatan lebih meningkatkan pelayanan kebidanan dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai dengan masalah yang terjadi pada pasien.
3. Bagi Klien
Pasien dan keluarga dapat mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan dan melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya. Sehingga ibu hamil mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat atas komplikasi yang dialaminya.
4. Bagi Mahasiswa/Penulis berikutnya
Agar mahasiswa lebih meningkatkan kemampuan dan *skill* dengan rajin membaca dari berbagai referensi, memfokuskan diri dalam pembelajaran maupun praktek selama proses kuliah serta *up to date* dalam informasi dan isu mengenai pendidikan dan kesehatan. Sehingga ketika terjun langsung ke lapangan mahasiswa sudah siap, mempunyai modal serta mampu memberikan asuhan kebidanan nyata dan berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Chapman, Vicky, et al. 2013. *Persalinan & Kelahiran Asuhan Kebidanan*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F Gary, et al. 2013. *Obstetric Williams*. Jakarta: EGC
- Datta, Misha, et al. 2008. *Rujukan Cepat Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Edozien, Leroy C. 2013. *Buku Saku Manajemen Unit Persalinan*. Jakarta: EGC
- Sondakh, J.S., Jenny, 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Leveno, Kenneth J. 2015. *Manual Williams Komplikasi Kehamilan*. Edisi ke-23 Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Bagus Gde, et al. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, et al. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Ed. Rev. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke- 4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sujiyatini, dkk. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika.
- Varney, Helen, et al. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi ke-4. Jakarta: EGC.

Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2012. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.

http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/en/ Maternal mortality in 1990-2015. Diunduh 08 Mei 2017 pukul 11.37 WIB

<http://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/download/44/sf8210> Diakses pada tanggal 16 Mei 2017.

<http://kebijakankesehatanindonesia.net/sites/default/files/file/2011/peraturan/PMK%20No.%201464%20%20ttg%20izin%20dan%20penyelenggaraan%20praktik%20bidan.PDF>. *Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Diakses pada tanggal 19 Mei 2017

<http://www.lshk.or.id/uu/KMK%20No.%20369%20ttg%20Standar%20Profesi%20Bidan.pdf>. *Standar Profesi Bidan*. Diakses pada tanggal 19 Mei 2017