

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. E USIA 18 TAHUN
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 32 MINGGU 4 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG
MEDAN TAHUN 2016**

**STUDI KASUS
Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh:

**DONA MAGDALENA NAPITUPULU
022014012**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. E USIA 18 TAHUN
GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 32 MINGGU 4 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG
MEDAN TAHUN 2016

Studi Kasus

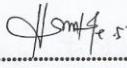
Diajukan Oleh

Dona Magdalena Napitupulu
NIM : 022014012

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

Oleh :

Pembimbing : Ermawaty A Siallagan, S.ST., M.Kes
Tanggal : 13 Mei 2017

Tanda Tangan : 

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



Anita Veronika, S.SiT, M.KM

LEMBARAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. E USIA 18 TAHUN
GI P0 A0 USIA KEHAMILAN 32 MINGGU 4 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG
MEDAN TAHUN 2016

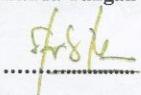
Disusun Oleh
Dona Magdalena Napitupulu
NIM :022014012

Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji dan dinyatakan diterima sebagai
salah satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes
Santa Elisabeth Pada Hari Selasa 17 Mei 2017

TIM Penguji

Penguji I : Lili Sumardiani, S.ST., M.KM

Tanda Tangan



Penguji II : Aprilita Br. Sitepu, S.ST



Penguji III : Ermawaty A Siallagan, S.ST., M.Kes



Mengesahkan
STIKes Santa Elisabeth Medan





Nama : Dona Magdalena Napitupulu

Nim : 022014012

Tempat/Tanggal Lahir : Aek Tarum , 09 Desember 1996

Agama : Kristen Protestan

Anak ke : 3 dari 4 bersaudara

Status perkawinan : Belum Menikah

Nama Ayah : Tarida Napitupulu

Nama Ibu : Rosida Sihombing

Alamat : Perk . Aek TArum
: Kec. Bandar Pulau
: Kab. Asahan

Riwayat Pendidikan :

1. TK : Thn 2000-2002
2. SD Negeri 014659 Aek tarum: Thn 2002-2008
3. SMP Negeri 3 Aek Tarum: Thn 2008-2011
4. SMA Negeri 1 Aek Tarum: Thn 2011-2014
5. D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan
2014- Sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidaan Pada Ibu Bersalin Ny.E Usia 18 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 32 Minggu 4 Hari dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Rizky Tembung Medan Tahun 2016”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/ sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila dikemudian 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



(Dona Magdalena Napitupulu)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. E USIA 18 TAHUN
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 32 MINGGU 4 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG
MEDAN TAHUN 2016¹**

Dona Magdalena Napitupulu², Ermawaty Arisandy Siallagan³

INTISARI

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

Tujuan : Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016 dengan menggunakan 7 langkah Varney.

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

Kesimpulan : Asuhan yang diberikan pada Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) berjalan sesuai dengan rencana sehingga masalah teratasi.

Kata Kunci : Ketuban Pecah Dini

Referensi : 8 Referensi (2009-2014)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. E USIA 18 TAHUN
GIP0A0 USIA KEHAMILAN 32 MINGGU 4 HARI DENGAN KETUBAN
PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG**

MEDAN TAHUN 2016¹

Dona Magdalena Napitupulu², Ermawaty Arisandy Siallagan³

Abstract

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

Objective: Able to perform Maternity Midwifery Care at Ny E age 18 Years G1 P0 A0 32 weeks 4 weeks gestation with Early Rupture of membranes at Rizky Tembung clinic 2016 using 7 steps Varney.

Method: The type of descriptive study with case study method that aims to see the similarities and differences between the theory and practice about KPD (premature rupture of membranes)

Conclusion: The care given at Mrs E age 18 years G1 P0 A0 32 weeks 4 weeks gestation with KPD (Early Circumcision Inflammation) goes according to plan so that no problem occurs.

Keyword : Premature Rupture of Membranes

Reference : 8 Refenence (2009-2014)

¹ The title of the writing of scientific

² Student Obstetri STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya sehingga penulis mendapatkan kesempatan yang baik untuk mengikuti pelaksanaan dalam praktik klinik, serta dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ **Asuhan Kebidaan Pada Ibu Bersalin Ny.E Usia 18 Tahun GIP0A0 Usia Kehamilan 32 Minggu 4 Hari Dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Rizky Tembung Medan Tahun 2016** ”. Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang nantinya berguna untuk perbaikan dimasa mendatang.

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

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.

3. Lilis Sumardiani S.ST., M.KM Selaku Dosen Pembimbing Akademik dan Penguji Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan .
4. Ermawaty A Siallagan, S.ST., M.Kes Selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir Dan menjadi motivator terbaik untuk penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Akademik Kebidanan STIKes.
5. Aprilita Sitepu S.ST Selaku penguji yang banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir.
6. Seluruh Staf Dosen yang senang senantiasa memberikan dukungan dan kesempatan bagi penulis untuk memudahkan penulis dalam menyelesaikan laporan.
7. Kepada ibu Klinik Lisbet Panggabean Am.Keb Selaku pemimpin Klinik Rizky yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Kepada ibu Eva yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
9. Kepada Sr. Avelina FSE selaku ibu asrama yang telah membimbing dan

memotivasi penulis selama tinggal di asrama Santa Elisabeth Medan.

10. Ucapan Terima Kasih yang terdalam dan Rasa hormat kepada Orang tua tercinta Tarida Napitupulu, Rosida Sihombing dan abang saya Doni Romses Napitupulu, Toni Indrawansyah Napitupulu dan Adik saya Dina Mariani Napitupulu yang sudah memberikan Semangat, doa serta motivasi yang luar biasa Kepada Saya.
11. Seluruh teman-teman mahasiswa Prodi D-III Kebidanan angkatan XIV dan yang telah memberi bantuan serta motivasi dari segala kekurangan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

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

Medan, Mei 2017

Penulis

(Dona Magdalena Napitupulu)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2010). Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya (Manuaba, 2010)

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

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

sangat banyak (hidroamnion), dan kelainan mulut rahim seperti inkompeten serviks.

Berdasarkan Nurul Isnaini hasil penelitian menunjukan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik penyebab ketuban pecah dini Provinsi Lampung adalah kejadian Gameli sebanyak 15 (10%) orang, makrosomia sebanyak 10 (6,7%) orang, kelainan letak lintang 7 (4,7%) orang dan kejadian letak sungsang sebanyak 40 (26,7%) orang. Diharapkan ibu hamil dapat memantau kehamilanya dengan melakukan kunjungan ANC secara teratur.

Penelitian mengenai kematian ibu dan kematian bayi cukup tinggi terutama kematian perinatal, yang disebabkan karena kematian akibat kurang bulan (prematur), dan kejadian infeksi yang meningkat karena partus tak maju, partus lama, dan partus buatan pada kasus Ketuban Pecah Dini terutama pada penanganan konservatif.

Angka Kematian Ibu Menurut *WHO (Word Heart Organization)* mencatat pada tahun 2012 bahwa tiap tahunnya lebih dari 500 hingga 400/kelahiran hidup, perempuan meninggal yang disebabkan perdarahan 28 %, eklamsi 12 %, abortus 13 %, sepsis 15 %, partus lama 8 % dan penyebab-penyebab lain 24 %. (<http://www.dinkes-sulsel.go.id> online diakses tanggal 29 Agustus 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tertinggi Se-ASEAN. Jumlahnya mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Pemerintah masih dituntut bekerja keras menurunkannya hingga tercapai target *Millennium Development Goal (MDG) 5*, menurunkan AKI menjadi 102/100.000 pada tahun 2015.

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi pada angka 359 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI,2011).

Angka kematian ibu hamil maupun melahirkan di Sumatra Utara mengalami penurunan. Pada akhir tahun 2014 (per Oktober) terdapat 152 ibu meninggal dunia, sementara pada tahun 2013 jumlah kematian mencapai 249 orang dan 274 ibu meninggal pada tahun 2012."Ini tentunya cukup menggembirakan sebagai upaya kita untuk mendukung pencapaian rangka pemenuhan capaian Program *Millenium Development Goals (MDG's)* 2015. (Humas Pemprovsu 2015).

Bidang pelayanan Kesehatan Sumut Rosidah menambahkan, dari 175 kematian ibu tersebut disebabkan faktor Eklamsia, seperti kejang, odema atau bengkak badan, adanya kebocoran di ginjal serta paling parah, yaitu Hipertensi berjumlah 38 orang. Faktor perdarahan, seperti ibu anemia 47, infeksi 10, partus macet 3, abortus 3 dan lain lain 70. Disebutkannya, dari tabel indikator kesehatan ibu di Sumut tersebut, terlaporkan jumlah kematian ibu tertinggi di kabupaten Deli Serdang, 27, Nias Utara 22, Asahan 21. Namun, kabupaten Labura dan Nias datanya belum diterima. Sedangkan jumlah lahir hidup tertinggi Kota Medan 42.125 dan kabupaten Langkat 16.226.

Berdasarkan Visi dan Misi DIII Kebidanan STIKes Elisabeth Medan adalah menciptakan tenaga Bidan yang unggul dalam mencegah Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal berdasarkan daya kasih kristus yang Menyembuhkan sebagai tanda kehadiran Allah di Indonesia tahun 2022. Dari penjelasan di atas dan dengan adanya Visi Misi penulis dapat mengambil kasus yang berjudul "Asuhan

Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 usia Kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun P1 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016 dengan pendekatan 7 langkah Helen varney

2. Tujuan khusus

- a.** Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.
- b.** Mampu Melakukan mengidentifikasi diagnosa/masalah aktual pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.
- c.** Mampu Melakukan mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.
- d.** Mampu Melakukan tindakan segera dan kolaborasi pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.
- e.** Mampu Melakukan perencanaan pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.

- f.** Mampu Melakukan tindakan pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.
- g.** Mampu Melakukan Evaluasi pada Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny E usia 18 Tahun G1 P0 A0 dengan Ketuban Pecah Dini di klinik Rizky Tembung Tahun 2016.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi

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

2. Bagi lahan praktek

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

3. Bagi klien

Sebagai bahan dokumentasi agar klien dapat memahami arti KPD (Ketuban Pcah Dini) dan tindakan segera yang akan lakukan kepada klien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba 2007).

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir (Sarwono 2010 edisi keempat hal: 335)

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap secara intervensi minimal sebagai prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono 2010 edisi keempat hal:335).

Kegiatan yang mencakup dalam asuhan persalinan normal, adalah sebagai berikut:

- a. Secara konsisten dan sistematik menggunakan praktik pencegahan infeksi, misalnya mencuci tangan secara rutin, menggunakan sarung tangan sesuai

dengan yang diharapkan, menjaga lingkungan yang bersih bagi proses persalinan dan kelahiran bayi, serta menerapkan standar proses peralatan.

- b. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf.
- c. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pascapersalinan, dan nifas, termasuk menjelaskan kepada ibu dan keluarganya mengenai proses persalinan dan meminta suami/keluarga untuk turut berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
- d. Menyiapkan rujukan bagi setiap ibu bersalin atau melahirkan bayi.
- e. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya, seperti episiotomi rutin, amniotomi, katerisasi, dan penghisapan lendir secara rutin sebagai upaya untuk mencegah perdarahan pascapersalinan.
- f. Memberikan asuhan bayi baru lahir, termasuk mengeringkan dan menghangatkan tubuh bayi, memberi ASI secara dini, mengenal sejak dini komplikasi dan melakukan tindakan yang bermanfaat secara rutin.
- g. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi baru lahir, termasuk dalam masa dini secara rutin.
- h. Mengajarkan kepada ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas dan pada bayi baru lahir.
- i. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

a. Pembagian proses persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (kala pelepasan plasenta), kala IV (kala pengawasan/observasi dan pemulihan) (Sondakh Jenny J.S, 2013 : 5)

1.Kala I (kala pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua fase, yaitu :

1. Fase Laten : Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
2. Fase Aktif : Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase yaitu:
3. Fase Akselerasi : Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
4. Fase Dilatasi maksimal : Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
5. Fase Deselerasi : Pembukaan jadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada Primigravida atau pun Multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida kala I berlangsung \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam.

Gambar 2.1 Beberapa posisi Bersalin



Kebutuhan Kala I

- a. Memberikan dukungan emosional
- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendampingan selama persalinan.
- d. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
 1. Mengucapkan kata kata yang membesarakan hati dan memuji ibu
 2. Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 3. Melakukan massase pada ibu dengan lembut.
 4. Menyeka wajah dengan lembut menggunakan kain.

5. Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- e. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- f. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
- g. Pencegahan Infeksi

2. Kala II (Kala Pengeluaran janin)

Gejala utama Kala II adalah sebagai berikut:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati Lengkap di ikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankhenhauser.
- d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 - Kepala membuka pintu
 - Suboksiput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan di ikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala kepada punggung.
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan cara :
 - Kepala di pegang pada oksiput dan di bawah dagu, kemudian di tarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu ke

- bawah dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - Bayi lahir di ikuti oleh sisa air ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk Primigravida 1,5 sampai 2 jam dan multigravida < 1 jam.

Perubahan Fisiologis Pada Kala II Persalinan:

1. Kontraksi Uterus

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60 – 90 detik, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedala, interval antara kedua kontraksi, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

2. Perubahan – perubahan uterus

Keadaan segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR), dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan sifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak

keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan) dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah :

1. Pembukaan serviks telah lengkap
2. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

a. Persiapan penolong persalinan

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan DTT/Steril dan mengenakan perlengkapan pelindung diri.

1. Sarung tangan DTT

Sarung tangan DTT/Steril harus selalu dipakai selam melakukan periksa dalam, membantu kelahiran bayi, episiotomy, penjahitan laserasi dan asuhan segera bayi baru lahir. Sarung tangan DTT/ Steril harus menjadi bagian dari perlengkapan untuk menolong persalinan (partus set) dan prosedur penjahitan (suturing atau hecting set). Sarung tangan harus diganti apabila terkontaminasi, robek atau bocor.

2. Perlengkapan pelindung diri

Pelindung diri merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan – bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit. Oleh sebab itu

penolong persalinan harus memakai celemek yang bersih dan penutup kepala atau penutup rambut pada saat pertolongan persalinan. Juga gunakan masker penutup mulut dan pelindung mata (kaca mata) yang bersih dan nyaman. Kenakan semua perlengkapan pelindung pribadi selama membantu kalahiran bayi dan plasenta serta saat melakukan penjahitan laserasi atau luka episiotomy.

3. Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan

Penolong persalinan harus menilai ruangan dimana proses persalinan akan berlangsung. Ruangan tersebut harus memiliki pencahayaan/penerangan yang cukup (baik melalui jendela, lampu langit langit kamar atau pun sumber cahaya lainnya). Dimensi ruang untuk 1 ranjang bersalin adalah $3 \times (1 \times 2 \times 3\text{m})$ dimana angka 3 pertama menunjukkan jumlah orang yang ada (1 pasien, 1 penolong dan 1 pendamping) dan angka yang ada didalam kurung adalah dimensi atau ruangan yang digunakan untuk setiap orang (12m) yang terbagi dalam ukuran panjang, lebar dan tinggi. Jika dikamar bersalin ditempatkan 2 ranjang bersalin maka dimensi ruangannya adalah 2 kali ukuran tersebut diatas atau $2 \times 3 \times 12\text{m}$ atau 72m atau 4 meter x 6 meter x 3 meter (panjang kali lebar dan tinggi). Ibu dapat melaksanakan persalinan ditempat tidur dengan kasur yang dilapisi kain penutup yang bersih, kain tebal dan pelapis anti bocor (plastic). Jika tempat bersalin hanya beralaskan kayu atau diatas kasur yang diletakkan diatas lantai maka lapisan bawah adalah kain tebal yang diatasnya dilapisi dengan plastic anti bocor.

4. Penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi

Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai dari sebelum kelahiran bayi. Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25 ° C), pencahayaan cukup dan bebas dari tiupan angin (matikan kipas angina tau pendingin udara bila sedang terpasang). Sediakan penghangat tubuh bayi diatas meja asuhan bayi baru lahir yaitu lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Lebih baik jika tersedia infant warmer elektrik yang dapat diatur tingkat kehangatan atau temperature dibawah elemen pemanas.

5. Persiapan ibu dan keluarga

- a. Anjurkan ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan dari suami, orang tua dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan.
- b. Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.

- c. Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayinya.
- d. Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala dua persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika diperlukan.
- e. Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- f. Setelah pembukaan lengkap anjurkan ibu hanya meneran jika ada kontraksi atau dorongan spontan dan kuat untuk meneran. Jangan anjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan sehingga upaya bernafas akan terhalang. Alasannya : meneran secara berkepanjangan menyebabkan upaya bernapas terganggu sehingga terjadi kelelahan yang tak tak perlu meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.
- g. Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan kala II. Alasannya: ibu bersalin mudah mengalami dehidrasi selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi.
- h. Jika ibu khawatir dalam menghadapi kala II persalinan, berikan rasa aman, semangat dan dukungan selama persalinan berlangsung. Semua itu akan mengurangi ketegangan sehingga dapat melancarkan proses persalinan dan kelahiran bayi. Jelaskan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan yang akan dilakukan, jawab semua pertanyaan yang diajukan ibu dan jelaskan apa yang mungkin terjadi dialami ibu dan bayi. Juga temuan

hasil yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, hasil pemeriksaan dalam, dsb).

i. Membersihkan perineum ibu

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada persalinan kala dua diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Gunakan gulungan kapas atau kassa bersih yang dibasahi dengan air DTT, bersihkan mulai dari bagian atas kearah bawah (dari bagian anterior vulva kearah anus), cegah terjadinya kontaminasi tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi. Bersihkan tinja dengan kain alas bokong atau gulungan kassa sambil tetap menggunakan sarung tangan. Ganti kain alas bokong dan sarung tangan DTT yang terkontaminasi tinja. Jika tak tersedia cukup waktu untuk membuang tinja kewadah yang tersedia atau ibu meneran dan bayi akan segera lahir maka sisihkan dan tutupi tinja tersebut dengan kain bersih lainnya agar tidak mengkontaminasi bayi.

j. Mengosongkan Kandung Kemih.

Anjurkan ibu dapat berkemih setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Jika di perlukan, bantu ibu untuk ke kamar mandi. Jika ibu tak dapat berjalan ke kamar mandi, bantu agar ibu dapat duduk dan berkemih di wadah penampung urin.

Alasan: kandung kemih yang penuh dapat mengacau penilaian sensasi nyeri, apakah akibat kandung kemih penuh atau kontraksi. Sebelum ini, kandung kemih yang penuh dianggap sebagai penghambat penurunan

kepala bayi tetapi tidak ada bukti sah yang menyokong pendapat tersebut.

Untuk menghindari cedera pada kandung kemih, pastikan kandung kemih telah dikosongkan sebelum melakukan tindakan per vagina.

b. Penatalaksanaan kala Dua

Proses kala dua persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal(dengan kekuatan Ibu sendiri). Gejala dan tanda kala dua juga merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah di mulai.

Setelah pembukaan lengkap, beri tahu pada ibu bahwa akan terjadi dorangan alamiah berupa rasa tegang pada dinding perut yang diikuti rasa nyeri dan ingin meneran (jika kepala bayi menekan pleksus frankenhauser pada rektum) untuk mengeluarkan bayi dari jalan lahir.

Setelah itu, kontraksi mereda dan ibu harus beristirahat hingga timbul kembali gejala alamiah tersebut diatas (ibu harus beristirahat diantara kontraksi). Ibu dapat memilih posisi yang nyaman, baik berdiri, merangkak, berjongkok atau miring untuk memberi rasa nyaman dan mempersingkat kala dua. Beri keleluasaan untuk ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan kelahiran bayi jika ibu memang menginginkannya atau dapat mengurangi rasa tidak nyaman yang dialaminya. Pada masa sebelum ini, sebagian besar penolong akan segera meminta ibu agar “menarik nafas panjang dan meneran” setelah terjadi pembukaan lengkap. Ibu dipimpin meneran tanpa henti selama 10 detik atau lebih.

Hal ini ternyata akan mengurangi pasokan oksigen ke bayi yang ditandai dengan menurunnya denyut jantung janin (DJJ) dan nilai APGAR yang lebih rendah dari normal. Cara meneran seperti tersebut diatas, bukan merupakan tatalaksana kala dua. Pada tatalaksana fisisologis kala dua. Ibu mengendalikan dan mengatur saat meneran dengan fasilitasi cara meneran yang efektif dan benar dari penolong persalinan. Harap diingat bahwa sebagian besar daya dorong untuk melahirkan bayi, dihasilkan dari kontraksi uterus. Meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi.

1. Membimbing Ibu Untuk Meneran

Jika kala dua telah dapat dipastikan, tunggu sampai ibu merasa adanya dorongan spontan untuk meneran. Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi.

Diagnosis Kala II dan Memulai Upaya Meneran:

- a. Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih yang mengalir)
- b. Pakai satu sarung tangan DTT/ steril untuk periksa dalam.
- c. Beritahun Ibu saat, prosedur dan tujuan periksa dalam.
- d. Lakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan.
- e. Jika pembukaan belum lengkap, tenteramkan ibu dan bantu ibu mencari posisi nyaman (bila ingin berbaring) atau berjalan jalan di sekitar ruangan bersalin. Ajarkan cara bernapas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayinya (lihat pedoman fase aktif persalinan) dan catatkan semua temuan pada patografi.
- f. Jika Ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, beritahukan belum saatnya untuk meneran, beri nasehat untuk tidak meneran dan ajarkan

caranya bernafas cepat selama kontraksi berlangsung. Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman dan beritahu untuk menahan diri untuk meneran hingga penolong memberitahukan saat yang tepat untuk ibu.

- g. Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman, bimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi. Anjurkan keluarga ibu untuk membantu dan mendukung Usahanya. Catatkan hasil pemantauan pada patograf. Beri cukup minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Pastikan ibu dapat beristirahat di antara kontraksi.
- h. Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan). Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernapas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi (lihat pedoman fase aktif persalinan) dan catatkan semua temuan pada patograf. Berikan cukup cairan dan anjurkan / perbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan. Pantau DJJ setiap 15 menit. Stimulasi putting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi. Jika ibu ingin meneran, lihat petunjuk pada butir 7 diatas.
- i. Jika ibu masih merasa ada dorongan untuk meneran setelah 60 menit (nulipara) atau 30 menit (multipara) sejak pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran disetiap puncak (fase acme) kontraksi. Anjurkan ibu mengubah posisinya secara teratur, tawarkan untuk minum, dan pantau DJJ

setiap 5-10 menit. Lakukan stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi.

- j. Jika bayi tidak lahir setelah 60 menit (nulipara) atau 30 menit (multipara) meneran dan kontraksi adekuat atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena turunnya kepala bayi mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala panggul (CPD).

2. Posisi Ibu Saat Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah – ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya beristirahat di antara kontraksi.

Cara Meneran

1. Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi.
2. Beritahukan untuk tidak menahan nafas saat meneran.
3. Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi
4. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada.
5. Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.
6. Tidak diperoleh untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.

Catatan: Jika ibu adalah primigravida dan bayinya belum lahir atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah dua jam meneran maka ia harus segera dirujuk ke fasilitas rujukan. Lakukan hal yang sama apabila seorang multigravida belum juga melahirkan bayinya atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah satu jam meneran.

3. Pemantauan selama kala II persalinan

Pantau dan periksa dan catat:

- a) Nadi setiap 30 menit
- b) Frekuensi dan lama selama 30 menit
- c) DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit
- d) Penurunan kepala bayi setiap 30 menit
- e) Warna cairan ketuban
- f) Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir
- g) Catatkan semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada persalinan.

4. kebutuhan selama kala II

- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain :
 1. Membantu ibu untuk berganti posisi
 2. Melakukan rangsangan taktil.
 3. Memberikan makanan dan minuman.

4. Menjadi teman bicara / pendengar yang baik.
 5. Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan cara :
1. Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga
 2. Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan
 3. Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
- d) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan waktu istirahat sewaktu tidak ada his
- f) Mencukupi asuhan makan dan minum selama kala II
- g) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara
1. Mengurangi perasaan tegang
 2. Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi
 3. Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 4. Menjawab pertanyaan ibu.
 5. Menjelaskan apa yang di alami ibu dan bayinya.
 6. Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.

- i) Membantu ibu mengosongan kandung kemih secara spontan.

3. Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Kala III di mulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat di perkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini :

1. Uteus menjadi bundar.
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik Dorsokranial. Pengeluaran selaput ketuban selaput janin biasanya lahir dengan mudah namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian yang tertinggal dapat di keluarkan dengan cara :

1. Menarik pelan-pelan
2. Memutar atau memilinnya seperti tali
3. Memutar pada klem
4. Manual atau Digital

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

a) Fase pelepasan Plasenta

- Schulter

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi(80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah lalu terjadi retroplasenta hematoma yang menolak plasenta

mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

- Duncan

Cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir ke luar antara selaput ketuban. Pengeluarannya serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b) Fase Pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui pelepasnya plasenta adalah :

- Kustner

Dengan meletakkan tangan di sertai tekanan di atas simfisis, tali pusat di tegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas.

Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

- Klien

Sewaktu ada his, rahim di dorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak di gunakan lagi).

- Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketat pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah pajang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

c) Manajemen Aktif Kala Tiga

Tujuan MAK adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Sebagian besar (25-29%) morbiditas dan mortalitas ibu di indonesia deseabkan oleh perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri dan separasi parsial/retensio plasenta yang dapat dicegah dengan manajemen aktif kala III.

1. Keuntungan Manajemen Aktif Kala III :

- a. Persalinan kala tiga yang lebih singkat
- b. Mengurangi jumlah kehilangan darah
- c. Mengurangi kejadian retensio plasenta

2. Manajemen aktif kala tiga terdiri dari tiga langkah utama :

- a. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- c. Masase fundus uteri.

3. Penegangan Tali Pusat Terkendali

- a. Berdiri di samping ibu.
- b. Pindahkan klem (penjepit tali pusat) ke sekitar 5-10 cm dari vulva.
- c. Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dengan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali

pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri.

- d. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.
- e. Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
- f. Tetapi langkah 5 di atas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik sejak dimulainya penegangan tali pusat, jangan teruskan penegangan tali pusat.
- g. Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat menjadi lebih panjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta.
- h. Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso-kranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersbut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus.

- i. Jika setelah 15 menit melakukan PTT dan dorongan dorso-kranial, plasenta belum juga lahir maka ulangi pemberian oksitosin 10 IU. IM, tunggu kontraksi yang kuat kemudian ulangi PTT dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- j. Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus (bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat menjulur ke luar maka anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagin. Bantu kelahiran plasenta dengan cara menegangkan dan mengarahkan tali pusat sejajar dengan lantai (mengikuti proses jalan lahir).

Alasan: segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

- k. Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dengan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk di letakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.
- l. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

Alasan : Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan jalan memilin keduanya akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di uterus dan jalan lahir.

m. Jika selput ketuban robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plaseta, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks secara seksama. Gunakan jari-jari tangan anda atau klem atau cunam ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput ketuban tersebut. (JNPK-KR.2012, Asuhan Persalinan Normal).

4. Rangsangan Taktile (Masase) Fundus Uteri

Prosedur untuk memberikan rangsangan taktile (masase) fundus uteri adalah

- a. Telapak tangan diletakkan pada fundus uteri
- b. Memberi penjelasan tindakan kepada ibu, dengan mengatakan bahwa mungkin ibu terasa agak tidak nyaman karena tindakan yang di berikan.
- c. Dengan lembut tetapi mantap, tangan digerakkan dengan arah memutar pada fundus uteri agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.
- d. Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap atau utuh:
 1. Memeriksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang).

2. Memasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
 3. Memeriksa plasenta sisi fetal (yang menghadap ke bayi).
 4. Mengevaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.
- e. Memeriksa kembali uterus setelan 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi dengan baik, masase fundus uteri di ulang. Ibu dan keluarganya di ajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
 - f. Memeriksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan.

5. Pemeriksaan Plasenta, Selaput Ketuban dan Tali Pusat

- a. Pemeriksaan Plasenta
 1. Menginspeksi plasenta untuk melihat adanya noda pada meconium dan area-area kalsifikasi.
 2. Menginspeksi sisi fetal untuk melihat adanya kista dan untuk menentukan apakah ini merupakan plasenta di luar korion (plasenta sikuvalata atau plasenta marginata). Apabila dibutuhkan, robek atau inverse membran untuk melihat keseluruhan permukaan janin. Permukaan janin juga harus diperiksa dengan cermat untuk melihat apakah apakah ada pembuluh darah yang robek atau utuh yang

mengarah pada membran dalam upaya mengidentifikasi lobus suksenturiata yang utuh.

3. Menginspeksi sisi maternal untuk melihat adanya kista, tumor, edema, warna yang tidak normal dan plasenta mutipel.
4. Menginspeksi sisi maternal untuk melihat adanya infark dan luas pembentukan infark.
5. Memeriksa sisimaternal untuk melihat keutuhan. Untuk melakukan ini, plasenta di tempatkan diatas permukaan datar dengan sisi maternal di atas. Kasa berukuran 4x4 digunakan untuk menghapus darah dan benda-benda dari luar untuk melihat permukaan plasenta dengan jelas.
6. Untuk mengidentifikasikan kotiledon yang hilang dari margin plasenta atau lobus aksesoris yang hilang, margin plasenta di raba dan jari di gerakkan mengelilingi tepi plasenta. Gerakan ini harus mulus, dan area yang kasar harus diselidiki dengan saksama karena area yang kasar merupakan indikasi jaringan plasenta robek.
7. Plasenta di ukur dan di timbang. Hal ini biasanya di tetapkan oleh kebijakan institusi masing-masing dan tidak selalu dilakukan. Terlepas dari kebijakan tersebut, bila plasenta muncul dengan ukuran abnormal, maka mengukur dan menimbang di indikasikan. Informasi yang didapatkan kemudian didokumentasikan pada catatan.

6. Pemeriksaan Selaput Ketuban

Selaput ketuban di periksa dengan menggantung plasenta sedemikian rupa dengan memegang tali pusat, sehingga selaput ketuban tergantung ke bawah. Anda dapat melihat lubang di mana janin dilahirkan dan periksa lah apakah tidak ada selaput ketuban yang tertinggal.

7. Pemeriksaan Tali Pusat

1. Menghitung jumlah pembuluh darah tali pusat. Untuk melakukannya gunakan kasa berukuran 4x4 cm dan tali pusat yang telah di potong. Dari tekanan dari lubang pembuluh darah yang terdapat pada ujung tali pusat, dapat di hitung dari jumlah pembuluh darahnya. Apabila untuk beberapa alasan, waktu sudah lewat dan pembuluh darah kolaps sebelum dapat di identifikasi, maka tali pusat di klem dan di potong kembali, kemudian di cari pembuluh darah tersebut pada tempat potongan yang baru, tempat pembuluh darah akan mudah terlihat.
2. Mengukur panjang tali pusat. Pengukuran tali pusat biasanya di tentukan oleh kebijakan masing-masing institusi dan tidak setiap institusi membutuhkannya. Tanpa memperhatikan kebijakan tersebut, bila tali pusat tampak tidak normal panjang atau pendek, maka tali pusat tersebut harus di ukur. Pengukuran tali pusat di lakukan ketika tali pusat dilakukan ketika tali pusat bayi di klem dan telah di potong.
3. Menginspeksi tali pusat untuk melihat adanya simpul, hematom, tumor, kista, edema, dan jelly wharton.

d) Kebutuhan Ibu Kala III

Kala III merupakan kala setelah keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain:

1. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya.
2. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
3. Pencegahan infeksi pada kala III
4. Pemantauan keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
5. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
7. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

4. Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat jika meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir sebelum meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut :

1. Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi.

Jika perlu dilakukan masase dan berikan uterotunika, seperti metergin, atau

ergometrin dan oksitoksin.

2. Perdarahan : ada atau tidak ,banyak atau biasa .
3. Kandung kemih : harus kosong jika penuh ibu di anjurkan untuk berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
4. Luka-luka : jahitannya baik atau tidak , ada perdarahan atau tidak.
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
7. Bayi dalam keadaan baik.

a. Asuhan pemantauan kala IV

1. Segera setelah plasenta lahir

- a. Lakukan rangsangan taktil (masase uterus) dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif.
- b. Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari dibawah pusat.
- c. Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan.
- d. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- e. Evaluasi keadaan ibu.
- f. Dokumentasi semua asuhan/temuan selama persalinan kala IV dihalaman 2 partografi segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2. Memperkirakan kehilangan darah

Salah satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan darah satu liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 30 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan 500-1000 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total jumlah darah ibu (2000-2500ml). Penting untuk selalu memantau keadaan umum dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala empat melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

3. Memeriksa Kondisi Perineun.

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi/robekan perineum atau vagina. Laserasi di klasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Tabel 2.1 Derajat Luas Robekan Episiotomi

Derajat	Area Robekan
Derajat Satu	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum
Derajat Dua	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum
Derajat Tiga	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani
Derajat Empat	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rectum

4. Pencegahan infeksi.

Setelah persalinan, dilakukan dekontaminasi plastik, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian dicuci dengan detergen dan dibilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, dikeringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring diatas matras yang basah. Linen yang digunakan selama persalinan didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% kemudian segera dicuci dengan air dan detergen.

5. Pemantauan keadaan umum ibu.

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama 4jam pertama setelah kelahiran bayi. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat setelah persalinan. Jika tanda-tanda vitaal dan kontraksi uterus menunjukkan akan mengalami perdarahan pascapersalinan, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalinan.

Ibu perlu diingatkan bahwa keinginan untuk berkemih mungkin berbeda setelah ia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, ibu dapat dibantu dengan cara menyiram air bersih dan hangat ke perineumnya, privasi perlu diberikan. Jari-jari ibu dapat dimasukkan kedalam air hangat untuk merangsang keinginan untuk berkemih secara spontan

b. Kebutuhan kala IV

1. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaaan normal.
2. Membantu ibu untuk berkemih.
3. Menganjarkan ibu dan keluarga tentang cara menilai kontraksi dan melakukan kontraksi uterus.
4. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
5. Menganjarkan ibu dan keluarganya tentang tanda – tanda bahaya post partum seperti : perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan kontraksi hebat.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Pendampingan pada ibu selama kala IV
8. Nutrisi dan dukungan emosional.

2. Komplikasi Pada Persalinan

a. Perdarahan Post Partum

Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah persalinan vaginal atau lebih dari 1000 mL setelah sesar. Perdarahan postpartum primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan,

sementara perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan pervaginam yang lebih banyak dari normal antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan. Perkiraan kehilangan darah saat melahirkan 500 ml bersifat subjektif dan umumnya tidak akurat. oleh karena itu, suatu penelitian menyarankan menggunakan 10% penurunan nilai hematokrit untuk menentukan adanya perdarahan postpartum.

Penyebab Perdarahan Post Partum Sebelum membahas penyebab kita perlu mengetahui ada beberapa faktor risiko yang telah diteliti memiliki signifikansi terhadap terjadinya perdarahan postpartum yaitu: Retensi Plasenta, Kala II persalinan yang lama, Plasenta akreta, Laserasi, Persalinan Instrumental, Janin Besar-untuk-usia kehamilan yang baru lahir, Gangguan hipertensi, Induksi persalinan, Augmentation persalinan dengan oksitosin

b. Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur. Bayi dengan riwayat gawat janin sebelum lahir, umumnya akan mengalami asfiksia pada saat dilahirkan. Masalah ini erat hubungannya dengan gangguan kesehatan ibu hamil, kelainan tali pusat, atau masalah yang mempengaruhi kesejahteraan bayi selama atau sesudah persalinan (Asuhan Persalinan Normal, 2007).

Asfiksia neonatorum ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir. Akibat-akibat asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan secara sempurna.

Tindakan yang akan dikerjakan pada bayi bertujuan mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin timbul.

c. Partus lama

Partus lama adalah suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung lama sehingga timbul komplikasi pada anak, komplikasi pada ibu, atau didapatkan adanya infeksi intrauterin. Proses persalinan dipengaruhi oleh 3 faktor yang berperan yaitu kekuatan mendorong janin keluar (power), yang meliputi his (kekuatan uterus), kontraksi otot dinding perut, dan kontraksi diafragma. Faktor lain adalah faktor janin (passanger), faktor jalan lahir (passage) dan faktor penolong serta faktor psikis (Mochtar, 2009)

Apabila semua faktor ini dalam keadaan baik, sehat dan seimbang, maka proses persalinan akan berlangsung dengan baik. Namun apabila salah satu dari faktor tersebut mengalami kelainan, misalnya keadaan yang menyebabkan his tidak adekuat, kelainan pada bayi, kelainan jalan lahir, kelainan penolong ataupun gangguan psikis maka persalinan tidak dapat berjalan secara baik. Persalinan yang mengalami kesulitan untuk berjalan spontan normal juga di pengaruhi berbagai faktor yang kompleks, misalnya ketidaktahuan akan bahaya persalinan, keterampilan yang kurang, sarana yang tidak memadai, masih tebalnya kepercayaan pada dukun serta rendahnya pendidikan dan rendahnya keadaan sosial ekonomi rakyat (Kusumawati, 2010)

d. Distosia Bahu

Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan manuver obstetric oleh karena dengan tarikan bisa kearah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi (Prawirohardjo, 2009).

Distosia bahu merupakan kegawat daruratan obstetric karena terbatasnya waktu persalinan, terjadi trauma janin, dan komplikasi pada ibunya, kejadianya sulit diperkirakan setelah kepala lahir, kepala seperti kura-kura dan persalinan bahu mengalami kesulitan (Manuaba, 2011)

e. Manual Plasenta

Manual plasenta adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari kavum uteri secara manual yaitu dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung kedalam kavum uteri. Bila setelah 30 menit plasenta belum lepas sehingga belum dapat dilahirkan atau jika dalam waktu menunggu terjadi perdarahan yang banyak, plasenta sebaiknya dikeluarkan dengan segera.

Manual plasenta merupakan tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan retensi plasenta. Teknik operasi manual plasenta tidaklah sukar, tetapi harus dipikirkan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita. (Manuaba, IBG)

f. Prematur

Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Sebagian besar organ

tubuhnya juga belum berfungsi dengan baik, karena kelahirannya yang masih dini. Maka dari itu, perlu diberikan perawatan khusus untuknya.

Penyebab Prematur bisa disebabkan adanya masalah pada ibu hamil, juga pada janin itu sendiri. Ibu hamil yang mengalami masalah seperti letak plasenta yang menutupi jalan lahir, lepasnya plasenta sebelum waktunya melahirkan, pendarahan sebelum melahirkan serta ketuban pecah dini, mempunyai risiko mengalami kelahiran prematur. Adanya gangguan organ reproduksi, seperti adanya kelainan dalam rahim atau leher rahim karena adanya miom (tumor jaringan otot), juga bisa menyebabkan janin lahir prematur. Bila selama kehamilan ibu mengalami gangguan penyakit, seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi (hipertensi), asma, kencing manis (diabetes melitus), kelainan kelenjar tiroid, infeksi ginjal atau infeksi lainnya, serta kondisi kekurangan gizi (malnutrisi), bisa pula memicu kelahiran prematur. Hal lain yang dianggap dalam kelahiran prematur adalah kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol, serta kondisi stres.

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian Ketuban

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

2. Fungsi Air Ketuban

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

3. Asal Ketuban

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

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

4. Pengertian KPD

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai :

1. KPD saat preterm (KPDP) adalah KPD pada usia < 37 minggu
2. KPD memanjang merupakan KPD selama >24 jam yang berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi intra-amnion

Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan mambran disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina serviks. (Sarwono Prawiroharjo, 2010)

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

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

Premature Rupture of Membranes (PROM) atau Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban atau kantung ketuban sebelum persalinan dimulai. Ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan kurang bulan merupakan masalah yang besar dibidang obstetrik, karena dapat menimbulkan kontribusi yang besar terhadap morbiditas dan mortalitas perinatal dan maternal. Jika PROM terjadi sebelum 37 minggu kehamilan, itu disebut sebagai *Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM)* atau pecahnya ketuban terlalu dini.

Insidensi ketuban pecah dini lebih kurang 10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-19%. Sedangkan pada kehamilan preterm

insidensnya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematurinatas.

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

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

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

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

1. Kehamilan multipel: kembar 2 (50%), kembar 3 (90%).
2. Riwayat persalinan preterm sebelumnya: resiko 2-4 kali.
3. Tindakan senggama: tidak berpengalaman pada resiko, kecuali vulva higiene buruk, predisposisi terhadap infeksi.

4. Perdarahan pervaginam: trimester pertama (resiko 2x), trimester kedua/ketiga (20x).
5. Bakteriuria: resiko 2 kali (prefalenssi 7%).
6. PH vagina diatas 4.5: resiko 32% (Fs 16% Servik tipis atau kurang dari 39mm: resiko 25% (Fs 7%).
7. Flora vagina abnormal: resiko 2-3 kali.
8. Fibronectin >50ng/ml: resiko 83% (Vs.19%)
9. Kadar CRH (Corticotropin Releasing Hormone) Maternal tinggi misalnya pada stress psikologis, dsb, dapat menjadi stimulasi persalinan preterm

a. Etiologi

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

1. Inkompetensi serviks (leher rahim)

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

2. Peninggian tekanan intra uterin

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

- a. trauma : Hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis
- b. Gemelli

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

- c. Makrosomia

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang,tipis, dan kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah. (Winkjosastro, 2011)

- d. Hidramnion

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

3. Kemungkinan kesempitan panggul : bagian terendah belum masuk PAP (*sepalopelvic disproportion*).

4. Korioamnionitis

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

5. Penyakit infeksi

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

6. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik)
7. Riwayat KPD sebelumnya
8. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
9. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu

b. Patofisiologi

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

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut :

1. Terjadinya pembukaan premature serviks

2. Membran terkait dengan pembukaan terjadi :

- a) Desvakularisasi
- b) Nekros dan dapat diikuti secara spontan
- c) Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang
- d) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim-enzim preteolitik, enzimkolagenase.

c. Tanda dan gejala

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

Cara menentukan tanda dan gejalanya yaitu :

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

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

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

d Diagnosis

Diagnosis KPD ditegakkan dengan cara

1. Anamnesa

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

2. Inspeksi

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

3. Pemeriksaan spekulum.

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

4. Pemeriksaan dalam

- a Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.
- b. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jadi pemeriksaan akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vaginayang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen.
- c. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin. (Taufan Nugroho, 2012 Hal 152-153).

- 5 Adanya cairan yang berisi mekonium (kotoran janin), verniks kaseosa (lemak putih), rambut lanugo (bulu-bulu halus) bila telah terinfeksi bau.
6. USG : volume cairan amnion berkurang/ oligohidramnion, mengidentifikasi kehamilan ganda.
7. Pemantauan janin : membantu dalam mengevaluasi janin
8. Amniosintesis
- Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan paru janin.
- a. Terdapat infeksi genital (sistemik)
 - b. Gejala chorioamnionitis. (Eni Nur Rahmawati, 2011 Hal 128)

e. Prognosis

Prognosis Ibu

1. Infeksi intrapartal/dalam persalinan

Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.

2. Infeksi puerpuralis /masa nifas
3. Dry labour/partus lama
4. Perdarahan post partum
5. Meningkatkan tindakan operatif obstetri (Khususnya SC)
6. Morbiditas dan mortalitas maternal

Prognosis Janin

- a. Prematuritas

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

f. Komplikasi

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

1. Persalinan Prematur

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

2. Infeksi.

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu terjadi Korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban Pecah Dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten

3. Hipoksia dan asfiksia

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

4. Syndrom deformitas janin

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

g. Penatalaksana

a. Konservatif:

1. Rawat di rumah sakit.
2. Beri antibiotika: bila ketuban pecah > 6 jam berupa : Ampicillin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg.
3. Umur kehamilan < 32-34 minggu: dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
4. Bila usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu , tidak ada infeksi, tes busa negative : beri deksametason, observasi tanda tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
5. Jika usia kehamilan 32-37 minggu,sudah inpartu tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol) deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
6. Jika usia kehamilan 32-37 minggu , ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi

7. Nilai tanda –tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda tanda intaruteri)
8. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru-paru janin, dan kalo memungkinkan periksakadar lestin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

1. Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan secsio cecaria. dapat pula di berikan misoprostol intravaginal tiap 6 jam maksimum 4 kali
2. Bila ada tanda-tanda infeksi: antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri:
 - a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
 - b. Bila skor pelvik > 5 induksi persalinan, partus pervaginam (BAN 2009)

C. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

1. Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

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

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

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

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan

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

Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mngisentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan ragkaian 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 pemuatan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuatan 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.

Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan beriap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatis terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

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

Menidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter fan atau 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 hanyaselama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidikasikan situasi yan gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yan 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 medic 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 seorng ahli perawat klinis bayi bru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu

mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

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

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

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

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

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah 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 bidn tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

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

2. Metode Pendokumentasian Kebidanan

a. Dokumentasi kebidanan

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

b Manajemen kebidanan

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

c. Metode Pendokumentasian SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam " P " sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan

catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

d. Prinsip dokumentasi SOAP

SOAP merupakan singkatan dari :

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnese (apa yang dikatakan klien). Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riiwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)

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

O : Objektif

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

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, vital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan

pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

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

A : Assesment

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

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

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

Diagnosa / masalah

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

P: Planning

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

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

Didalam Planning dapat berisikan tentang :

- 1) Konsul
- 2) Tes diagnostic / laboratorium
- 3) Rujukan
- 4) Pendidikan konseling

- 5) Follow Up
- 6) Pendokumentasian asuhan kebidanan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Jenis penelitian kualitatif dengan metode studi kasus dengan tujuan untuk melihat perbedaan dan persamaan secara umum antara teori dan praktek pada KPD (Ketuban Pecah Dini). Studi kasus ini dilakukan pada Ny.E umur 18 tahun G_IP₀A₀ usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) di Klinik Rizky Tembung September Tahun 2016.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Rizky, Jl. Beringin pasar VII Tembung, pada tanggal 15 September 2016. Alasanya karena PKK I saya di tempatkan di klinik Rizky

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ny.E umur 18 tahun G_IP₀A₀ usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) di Klinik Rizky Tembung September Tahun 2016

D. Waktu studi kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 15 September 2016

E. Instrument Studi Kasus

Instrument penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Hidayat, 2007). Pada kasus ini alat atau instrument yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu Bersalin dengan manajemen 7 langkah Varney.

F. Teknik Pengumpulan Data

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

1. Data Primer

a. Observasi

- Pemeriksaan umum

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

1. Inspeksi

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

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

b. Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uterus dan kontraksi uterus (Nursalam, 2009). Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, leopold I, II, III dan IV.

c. Auskultasi

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

- Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu bersalin Ny.E umur 18 tahun G₁P₀A₀ usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan dengan Ketuban pecah dini. Adapun yang diwawancara mengenai keluhan, riwayat kehamilan, riwayat penyakit yang diderita, riwayat penyakit keluarga, riwayat kb, riwayat psikososial, activity daily living.

2. Data Sekunder

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

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus kehamilan dengan anemia ringan diambil dari catatan status pasien di klinik Rizky

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi kasus. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2007– 2017.

G. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

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

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

- Format pengkajian ibu Bersalin
- Buku tulis
- Bolpoin + Penggaris

2 Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

SAFT 1 :

1. Set partus dalam wadah steril
 - Gunting tali pusat : 1 buah
 - Arteri klem : 2 buah
 - Benang tali pusat : 2 buah
 - Handscoon steril : 2 pasang
 - $\frac{1}{2}$ kocher : 1 buah
 - Gunting episiotomi : 1 buah
 - Kain segitiga biru : 1 buah
2. Stetoskop monoral
3. Obat-obatan oksitosin dan lidocain.
4. Spuit 3 cc : 2 buah
5. Nierbekken
6. Kom air DTT
7. Tromol berisi kassa steril
8. Kom bertutup berisi kapas steril
9. Korentang dan tempatnya.
10. Tempat benda-benda tajam

SAFT 2

1. Bak instrumen steril berisi:
 - Nald heacting : 2 buah
 - Nald folder : 1 buah
 - Pinset anatomi : 1 buah

- Pinset chirurgis : 1 buah
- Gunting benang : 1 buah
- Kain kassa : secukupnya
- Handscoon steril : 1 pasang

2. Set emergency:

- Slim seher: 1 buah
- Kateter nelaton : 1 buah
- Kateter metal : 1 buah
- Gunting episiotomy : 1 buah
- Handscoon panjang : 1 buah

3. Alat non steril

- Piring plasenta
- Betadine
- Set infus dan cairan infus

SAFT 3 :

- Waskom berisi air DTT
- Waskom berisi air klorin
- Alat resusitasi
 - a. Selang dan tabung O₂
 - b. Handuk bayi
 - c. Lampu sorot
- Perlengkapan ibu dan bayi
 - a. Waslap : 2 buah

- b. Pakaian bayi, kain bedong dan popok bayi
 - c. Doek ibu
 - d. Kain sarung ibu 2 buah
 - e. Handuk bayi dan ibu
- APD
- a. Underpadd
 - b. Sepatu karet
 - c. Celemek

4. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- A. Status atau catatan pasien
- B. Alat tulis
- C. Rekam medis

BAB IV

TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN PADA NY. E UMUR 18 P1 A0 DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI KLINIK RIZKY TEMBUNG TAHUN 2016

Tanggal Masuk : 15 -09- 2016	Tanggal Pengkajian : 15-09- 2016
Jam Masuk : 09.28 Wib	Jam Pengkajian : 09.35 Wib
Tempat : Klinik Rizky	Pengkajian : Dona Napitupulu

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

Nama :Ny. E	Nama Suami : Tn. A
Umur : 18 tahun	Umur : 21 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa /Indonesia	Suku /Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMA
Perkerjaan : IRT	Perkerjaan : Wiraswasta
Alamat : Gg Pepaya	Alamat : Gg Pepaya

B. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Alasan masuk kedalam kamar bersalin : Inpartu.
2. Keluhan utama : Ibu mengatakan keluar cairan seperti ketuban dari kemaluan dari pagi sekitar jam 06.00 Wib

dan nyeri pada daerah perut dan pinggang yang menjalar kearah fundal dominan

- a. Perasaan : Ibu mengatakan senang karena akan melahirkan anak pertama

3. Tanda – tanda bersalin :

- Kontraksi sejak tanggal : 15 – 09 - 2016
- Frekuensi : 3 x dalam 10 menit
- Lamanya : 40 detik dalam 10 menit
- Lokasi ketidak nyamanan : Dari pinggang hingga perut

4. Pengeluaran pervaginam

- Darah Lendir Ada /Tidak, Jumlah : 50 cc Warna : khas
- Air Ketuban Ada /Tidak, Jumlah : ± 260 cc Warna : Jernih
- Darah Ada/Tidak, jumlah :- Warna :-

5. Riwayat kehamilan /persalinan yang lalu

Anak Ke	TGL Lahir /umur	UK	Penolong	komplikasi		Bayi		Nifas	
				Ibu	Bayi	PB/BB/ JK	Keadaan	Keadaan	laktasi
1.	P E	R	S A	L	I	A N	I	N	I

6. Riwayat kehamilan sekarang

- GIP0A0

- HPHT : 31 -01-2016
- TTP : 07-11-2016
- UK : 32 minggu 4 hari
- Gerakkan janin : 15-20x/hari, gerakkan janin pertama kali bulan 5/20 minggu
- ANC : 4 x , Imunnisasi
- Kecemasan : Ada
- Tanda –tanda bahaya : Tidak ada
- Tanda –tanda persalinan : Ada

7. Riwayat Penyakit Yang Pernah Di Derita

- | | | | |
|--------------|-------------|--------------|-------------|
| - Jantung | : Tidak ada | - Asma | : Tidak ada |
| - Hipertensi | : Tidak ada | - Hepatitis | : Tidak ada |
| - Malaria | : Tidak ada | - Riwayat SC | : Tidak ada |
| - Ginjal | : Tidak ada | | |
| - Jantung | : Tidak ada | | |
| - Hipertensi | : Tidak ada | | |
| - Malaria | : Tidak ada | | |
| - Ginjal | : Tidak ada | | |
| - Asma | : Tidak ada | | |
| - Hepatitis | : Tidak ada | | |

8. Riwayat Penyakit Keluarga

- Jantung : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada

- Malaria : Tidak ada
- Ginjal : Tidak ada
- Jantung : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- Ginjal : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada

9. Riwayat KB : Tidak ada

10. Riwayat psikososial

- Status perkawianan : Sah, kawin : 1 kali, usia pertama nikah : 17 tahun.
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama suami
- Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu bersalin : Klinik/bidan.
- Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
- Persiapan menjelang persalinan : Ada

11. Activity Daily Living

a) Pola makan dan minum terakhir

- Pukul : 07.20 WIB
- Jenis : nasi, lauk, dan sayur
- Porsi : 1/2 porsi

b) Pola istirahat

- Tidur terakhir jam :21.30 WIB
- Keluhan : tidak ada

c) Pola eliminasi

- BAK :±8-9x /hari,konsistensi :cair,warna:khas
- BAB :±1-2 x/hari,konsistensi :lembek,warna :khas
- BAB terakhir jam :12.00WIB

d) Pola aktivitas

- Pekerjaan sehari –hari : Ibu rumah tangga
- Keluhan : Tidak ada
- Hubungan seksual : Tidak ada

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)

Tanggal : 15 September 2016

Pukul : 09.40 WIB

1) Keadaan umum : baik

2) Pemeriksaan TTV : TD :110/70 mmHg

T/P : 36⁰C/80 x/i

RR : 24 x/i

3) Pengukuran : BB sebelum hamil : 47 kg sesudah hamil : 55 kg

TB 150 cm LILA : 27 cm

4) Pemeriksaan fisik :

a. Kepala : - bersih

- Hitam

- tidak rontok

- tidak ada kelainan
- b. Mata : - Simetris, bersih
 - Conjungtiva : Merah muda,
 - Sclera : Tidak ikerik.
- c. Hidung : - Simetris
 - tidak bernafas dengan cuping hidung
 - polip : tidak meradang.
- d. Mulut : - Bersih
 - Tidak ada pucat/pecah-pecah
 - Tidak ada caries
- e. Leher : - Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid dan vena Jugularis
- f. Telinga : - Simetris, bersih
 - Tidak ada gangguan perdengaran
 - Tidak ada cairan sekret.
- g. Payudara : - Simetris
 - Keadaan puting susu : menonjol
 - Areola : hiperpigmentasi
 - Tidak ada benjolan /kelainan
- h. Abdomen : - Ada linea nigra
 - Striae ada
 - Tidak ada bekas operasi
 - Pembesaran : sesuai usia kehamilan

Palpasi

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).

Leopold III: Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala)

Leopold IV: Bagian bawah sudah masuk PAP

TFU : 26 cm TBBJ : 2325 gr

Kontraksi : 3-4 x/menit, kuat/lemah, teratur/tidak

Kandung kemih : Kosong

Pemeriksaan auskultasi : DJJ: normal

Frekuensi : 156 x/menit, teratur/tidak

Puncuk Maks :  (teraba 3 jari dibawah pusat sebelah kanan perut ibu).

Pemeriksaan TBJ (TFU-11x155) : $26-11 \times 155 = 2325$ gr

- i. Pemeriksaan ekstremitas atas
 - : - Tidak ada oedema
 - Sismetris bersih
 - Jari-jari lengkap

j. Pemeriksaan ekstremitas bawah

- : - Tidak ada oedema
- Simetris
- Bersih, jari-jari lengkap.

k. Pemeriksaan genitalia

- Varises : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada
- Pembesaran bartohlin : Tidak ada
- Pengeluaran pervagina : Keluar cairan seperti air ketuban
serta ada bercak kecoklatan
- Bekas luka /jahitan perineum : Tidak ada
- Anus : Ada dan tidak ada ambeyen

l. Pemeriksaan dalam :

- Atas indikasi : Inpartu pukul: 09.45 oleh: Bidan
- Dinding vagina : Tidak ada benjolan
- Pembukaan serviks : 2 cm
- Konsistensi : Tipis
- Ketuban : Pecah
- Presentassi : Kepala
- Posisi : Teraba ubun – ubun kecil
- Penurunan bagian terendah : Hodge I – II

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG : Tidak dilakukan

Tanggal : -

Hasil : -

2. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ny E GIP0A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari Inpartu dengan KPD
 (Ketuban Pecah dini)

Data dasar:

DS : Ibu mengatakan usianya saat ini 18 tahun

Ibu mengatakan keluar cairan dari merembes dari jalan lahir sekitar pukul 06.00 Wib

Ibu mengatakan HPHT 31 - 01 -2016

DO : Keadaan umum : Cemas

Kesadaran : CM

TTV

TD : 120/70 mmhg

Temp : 36,4 °C

HR : 80x/i

RR : 22x/i

LILA : 26 cm

BB : 55 Kg

TB : 150 Cm

Masalah : - Keluar air ketuban dari vagina ibu

- Nyeri pada daerah pinggang yang menjalar hingga ke perut

- Ibu cemas dengan keadaannya sekarang

Kebutuhan :

1. Asuhan sayang ibu
2. Pemantauan persalinan ibu dengan partografi.

III . IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

- Pada ibu : Partus lama, Infeksi puerpuralis,
Manual plasenta, Perdarahan post Partum
- Pada bayi : hypoxia karena kompresi tali pusat ,
Distosia bahu, Prematur

IV.TINDAKAN SEGERA, KOLABORASI, RUJUKAN

- Pasang Infus RL
- Di beri Oksitosin 1 ampul

V.INTERVENSI

Tanggal : 15 September 2016

Pukul: 09.50 WIB

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu melalui hasil observasi yang dilakukan pada ibu	Dengan adanya hasil pemeriksaan sebagai data objektif mengetahui kebutuhan atau tindakan apa yang dibutuhkan oleh pasien
2	Anjurkan orang terdekat (suami) untuk mendampingi ibu saat menghadapi proses persalinan.	Dengan menghadirkan orang terdekat saat proses persalinan akan membantu ibu menghilangkan rasa cemasnya.
3	Beri cairan pada ibu/ infus pada ibu	Dengan memberikan cairan pada ibu , agar ibu tidak dehidrasi dan supaya ada tenaga ketika ingin mengejan nantinya
4	Pemberian nutrisi	Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
5	Atur posisi ibu senyaman mungkin, ajarkan ibu untuk miring kiri/ miring kanan.	Posisi berbaring terlentang akan mengakibatkan janin, plasenta, dan cairan ketuban akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta yang menyebabkan janin hipoksia.
6	Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.	Kandung kemih yang kosong mempengaruhi penurunan janin melalui kontraksi dan mencegah resiko pendarahan postpartum karena atonia uterus.
7	Pantau persalinan dengan menggunakan partografi	Partografi dibuat untuk mengkaji dan mendektesi kemungkinan adanya komplikasi atau tanda bahaya selama proses persalinan sehingga dengan cepat bidan haus bertindak,

No	Intervensi	Rasional
8	Siapkan alat-alat set partus & periksa kelengkapannya	Alat-alat yang sudah tersedia lengkap dan tersusun secara ergonomis sangat berpengaruh terhadap proses persalinan, memeriksa kelengkapan alat adalah hal yang wajib dilakukan sehingga saat persalinan berlangsung bidan tidak kesulitan mencari alat yang akan digunakan

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal: 15 September 201

Pukul: 09. 45 WIB

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	15- 09 - 2016	09.50	<p>Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu :</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/80 mmhg - T/P : 36, ⁰C/80 x/ i - RR : 22 x/ i - VT : Pembukaan 2cm <p>Hasil palpasi:</p> <p>Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : Pada abdomen kanan teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, seperti ada tahanan (punggung kanan), dan pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).</p> <p>Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba, bulat, melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP</p>	Dona
2	15- 09 - 2016	09.55	Menganjurkan suami untuk memberikan ibu makan dan minum untuk menambah tenaga ibu dan mencegah dehidrasi bila	Dona

			asupan cairan yang dikeluarkan melalui keringat banyak. Seperti makan roti dan minum teh manis	
3	15- 09 - 2016	10.10	Jika terjadi infeksi : Berikan pensilin, Gentamicin dan Metronazol, lalu lahirkan bayi. Jika tidak infeksi : Berikan Amoksilin + Eritromisin Disini bidan melakukan terminasi kehamilan karena telah terjadi pembukaan 2 cm dan memasang infus RL + oksitosin drips 1 ampl 8 tts/i	Dona
4	15- 09 - 2016	10.25	Menganjurkan orang terdekat untuk memberi makan atau minum, agar ketika mengejan ibu mempunyai tenaga.	Dona
5	15- 09 - 2016	10.35	Mengatur posisi ibu senyaman mungkin, miring kanan atau miring kiri untuk mengurangi rasa nyeri pada.	Dona
6	15- 09 - 2016	10.45	Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin setiap 2 jam atau lebih sering. Jika ibu tidak dapat berkemih di kamar mandi berikan wadah urine.	Dona
7	15- 09 - 2016	12.10	Memantau persalinan dengan menggunakan partografi untuk menilai proses kemajuan persalinan dan mendeteksi adanya kemungkinan komplikasi persalinan. Melakukan pemeriksaan dalam atas indikasi memantau kemajuan persalinan dan ingin mengetahui pembukaan serviks. <ul style="list-style-type: none"> - VT: pemb : 7 cm - Portio : menipis - Ketuban : pecah - Penurunan bagian terbawah : hodge III - Dinding vagina : lembek, hangat, licin - His : 4 x 10 menit lamanya 40 detik - Effacement : 60% - DJJ : +, 140 % 	Dona
8	15- 09 - 2016	12.35	Mempersiapkan alat-alat persalinan sesuai dengan saft dan memeriksa kelengkapannya serta menjaga kesterilan alat Yaitu pada : SAFT 1 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Set partus dalam wadah steril <ul style="list-style-type: none"> - Gunting tali pusat : 1 buah 	Dona

		<ul style="list-style-type: none"> - Arteri klem : 2 buah - Benang tali pusat : 2 buah - Handscoot steril : 2 pasang - $\frac{1}{2}$ kocher : 1 buah - Gunting episiotomi : 1 buah - Kain segitiga biru : 1 buah <p>2. Stetoskop monoral</p> <p>3. Obat-obatan oksitosin dan lidocain</p> <p>4. Spuit 3 cc : 2 buah</p> <p>5. Nierbekken</p> <p>3. Kom air DTT</p> <p>4. Tromol berisi kassa steril</p> <p>5. Kom bertutup berisi kapas steril</p> <p>6. Korentang dan tempatnya.</p> <p>7. Tempat benda-benda tajam</p> <p>SAFT 2:</p> <p>1. Bak instrumen steril berisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nald heating : 2 buah - Nald folder : 1 buah - Pinset anatomi : 1 buah - Pinset chirurgis : 1 buah - Gunting benang : 1 buah - Kain kassa : secukupnya - Handscoot steril : 1 pasang <p>2. Emergency:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slim seher: 1 buah - Kateter nelaton : 1 buah - Kateter metal : 1 buah - Gunting episiotomy : 1 buah - Handscoot panjang : 1 buah <p>3. Alat non steril</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piring plasenta - Betadine - Set infus dan cairan infus <p>SAFT 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waskom berisi air DTT - Waskom berisi air klorin - Alat resusitasi <ul style="list-style-type: none"> a. Selang dan tabung O₂ b. Handuk bayi c. Lampu sorot - Perlengkapan ibu dan bayi <ul style="list-style-type: none"> a. Waslap : 2 buah Pakaian bayi, b. kain bedong dan popok bayi 	
--	--	---	--

			<p>c. Doek ibu d. Kain sarung ibu 2 buah e. Handuk bayi dan ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> - APD a. Underpadd b. Sepatu karet c. Celemek <p>⇒ Alat sudah lengkap dan tersusun secara ergonomis</p>	
9	15- 09 - 2016	14.25 wib	<p>Memantau persalinan dengan menggunakan partografi untuk menilai proses kemajuan persalinan dan mendeteksi adanya kemungkinan komplikasi persalinan.</p> <p>Melakukan pemeriksaan dalam atas indikasi memantau kemajuan persalinan dan ingin mengetahui pembukaan serviks</p> <ul style="list-style-type: none"> - VT: pemb : 10 cm - Portio : menipis - Ketuban : pecah - Penurunan bagian terbawah : hodge IV - Dinding vagina : lembek, hangat, licin - His : 4-5 x 10 menit lamanya 40 -45 detik - Effacement : 100% <p>DJJ : +, 156 %</p>	

VII. EVALUASI

Tanggal : 15 September 2016 pukul :14.25 WIB

S:

- Ibu mengatakan telah mengerti tentang kondisinya dan janinnya saat ini, dan ibu tidak takut lagi menghadapi persalinannya.
 - Ibu merasa bahagia karena suami mendampingi proses persalinannya.
 - Ibu mengatakan sudah makan dan minum
 - Ibu mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang dianjurkan.
 - Ibu mengatakan tidak ada perasaan ingin BAK.
 - Infus telah di pasang dan oksitosin telah di masukan secara drips

0:

- Keadaan umum : cemas
- Kesadaran : compos mentis
- His : 4 x/10 menit kekuatan 40-45 detik
- VT : Pembukaan 10 cm
- Eff : 100%
- Penurunan H- IV
- DJJ (+) 156 x/i
- TTV TD : 110/90 mmhg
- T/P : 36,8/82 x/ menit
- RR : 20 x/ menit
- Ketuban : Sudah pecah dan membasahi celana dalam dan sarung ibu.

A:

- Diagnosa : Ibu inpartu dengan KPD
- Masalah : Teratasi Sebagian
- Kebutuhan : - Pencegahan infeksi (PI)
 - Observasi kemajuan persalinan

P :

- Pantau kemajuan persalinan
- Pantau TTV ibu
- Lahirkan bayi

KALA II

Tanggal: 15 September 2016

Pukul: 14.45 WIB

S :

- Ibu mengatakan ingin mengedan seperti mau BAB
- Ibu mengatakan adanya rasa sakit dan nyeri pinggang yang semakin kuat.

O:

Ku : baik

Keadaan Emosional : Stabil

TVV: TD : 110/90 mmHg

T/P : 37°C/84x/menit

RR : 24x/menit

His : 4-5 x/10 menit lama : 40-50 detik

DJJ : (+) 154 x/i

His : 3-4x/ menit

Kandung kemih : kosong

Dari vagina keluar bloody slim

Tanda – tanda persalinan : - perineum menonjol

- Vulva dan sfingter ani membuka
- Pembukaan lengkap 10 cm
- Portio tidak teraba

Ketuban pecah sekitar pukul 06.00 wib, jernih \pm 260 cc

A:

Diagnosa : Ny. E in partu kala II

Masalah : Ny. E mengatakan nyeri semakin Kuat pada daerah perut dan menjalar sampai ke pinggang

Kontraksi : 4-5 x/10 menit lama : 40-45 detik

Kebutuhan :

- Informasi teknik mengedan yang baik
- Berikan dukungan dan semangat pada ibu
- Lakukan asuhan sayang ibu
- Berikan rasa aman pada ibu

Diagona Masalah Pontensial

Ibu : Perdarahan

Janin : Distosia bahu

Tindakan Segera : Lahirkan bayi

P:

1. Pimpin ibu untuk meneran yang baik dan benar yaitu ketika ada His ibu menarik napas lalu mengeluarkan napas seperti mengangkat kepala dan sambil melihat kearah perut.

Ev : Ibu tampak mengedan dengan baik saat ada kontraksi dan ketika tidak ada kontraksi ibu beristirahat.

2. Anjurkan suami untuk memberi dukungan dan semangat ketika mengedan

Ev : Suami bersedia untuk memberi dukungan pada istri.

3. Menganjurkan ibu minum yang cukup

Ev : Pada saat relaksasi, ibu minum dan menghabiskan 1 gelas teh manis.

4. Pertahankan kandung kemih kosong tetap kosong

Ev : Kandung kemih ibu sudah kosong setelah ibu BAK di pispot.

5. Minta ibu memilih posisi yang nyaman untuk ibu bersalin

Ev: Ibu memelih posisi terlentang.

6. Pimpin ibu untuk mengedan

- Memimpin ibu untuk mengedan saat ada kontraksi yang kuat dan panjang dan menganjurkan ibu terlebih dahulu tarik napas dalam
- Ibu mengejan saat ada kontraksi yang kuat dan panjang sesuai dengan teknik yang telah diajarkan pada kala I

7. Melakukan APN yaitu:

- a. Membentangkan handuk bersih diatas perut ibu

- Handuk sudah terbentang diatas perut ibu

- b. Gunakan APD

- Menggunakan APD (celemek, sepatu boot, dan handscoot steril)

- c. Lahirkan kepala dengan:

- Saat kepala bayi membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain segitiga (steril), letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut pada oksiput dan tidak menghambat pada kepala bayi. Membiarakan kepala keluar perlahan-lahan dan anjurkan ibu mengedan

- Tampak kepala bayi sudah lahir

- Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kassa yang steril(dengan metode zigzag)

- Tidak ada meconium dalam ketuban. Muka, mulut dan hidung sudah dibersihkan

- Memeriksa lilitan tali pusat

- Tidak ada lilitan tali pusat pada leher bayi
 - Menunggu kepala bayi mengalami putar paksi luar secara spontan
 - Kepala bayi sudah mengalami putar paksi luar.
- d. Lahirkan bahu
- Tempatkan kedua tangan secara biparietal, tarik bahu kearah bawah/ perineum ibu dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arcus pubis dan dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior
 - Kedua bahu bayi sudah lahir
- e. Lahirkan badan dan tungkai
- Setelah kedua bahu lahir, lakukan sanggah susur untuk melahirkan badan bayi, kendalikan siku bayi saat akan melewati perineum agar tidak memperluas robekan pada perineum. Setelah tubuh bayi lahir hingga kaki, pegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati letakkan bayi diatas perut ibu yang sudah diberi handuk
 - Bayi sudah lahir.
- f. Menilai BUGAR bayi dengan cepat, isap lendir dari mulut dan hidung bayi, keringkan tubuh bayi kemudian jepit tali pusat dengan klem
- Menilai BUGAR , lendir sudah dihisap dengan slim seher dan tali pusat sudah dijepit dengan klem
- g. Periksa adanya janin ke dua.
- Memeriksa apakah ada janin kedua didalam uterus
 - Tidak ada janin kedua

- h. Suntikkan oksitosin 1 ampul/IM dipaha luar ibu
 - Menyuntikkan oksitosin 1 amp/IM dipaha luar ibu
 - 1 amp oksitosin sudah disuntikkan kepada ibu /IM dari paha kanan bagian luar.

- i. Potong tali pusat bayi dengan menggunakan gunting tai pusat kemudian ikat dengan benang tali pusat

Ev : Pukul 14.55 WIB bayi lahir spontan, segera menangis, jenis kelamin Perempuan, BB 2200 gram, PB 41 cm, A/S 7/8. Tidak ada cacat.

KALA III

Tanggal : 15 September 2016

Pukul: 15.15 WIB

S:

- Ibu merasa senang dengan kelahiran bayi
- Ibu mengatakan perut masih terasa mules
- Ibu mengatakan sedikit lelah
- Ibu menanyakan apakah plasenta sudah lahir atau belum

O:

- Keadaan umum : Baik
- Keadaan Emosional : Stabil
- Kesadaran : Compos mentis
- Kandung kemih : Kosong
- TFU : Sejajar pusat
- Kontraksi uterus : Baik

- Plasenta : Belum lahir
- Tidak ada bayi kedua
- Tali pusat tampak menjulur di vulva
- Perdarahan : ± 200 cc
- Panjang Bayi : 41 cm
- Berat badan bayi : 2200 gram
- Jenis kelamin : Perempuan

A:

- Diagnosa : Ny. E Inpartu persalinan kala III
- Masalah : Plasenta belum lahir
- Kebutuhan : - Manajemen Aktif kala III.

Diagnosa Masalah Pontensial :

- Perdarahan
- Manual Plasenta

Tindakan Segera :

Lahirkan Plasenta

P:

1. Melakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak ada bayi kedua dan menilai kontraksi uterus serta menilai kandung kemih.

Ev : Tidak ada bayi kedua, kontraksi uterus baik, dan kandung kemih kosong.

2. Melakukan manajemen aktif kala III yaitu

- a. Merangsang uterus untuk berkontraksi dengan baik dapat mempercepat pelepasan.
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali saat ada his dengan tangan kanan dan tangan kiri berada di simfisis jika ada semburan darah dan tali pusat memanjang maka plasenta telah terlepas dari perlekatan.
- c. Melahirkan plasenta dan periksa kelengkapannya untuk menghindari adanya perdarahan akibat selubung dan kotiledon yang tertinggal.

Ev : Plasenta lahir lengkap pukul 15.15 WIB dengan selaput dan kotiledonnya, panjang tali pusat 50 cm, berat plasenta : \pm 500gram.

3. Melakukan massase uterus sehingga uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah terjadinya atonia uteri

Ev : Kontraksi uterus Keras dan teraba

4. Memeriksa apakah terjadi laserasi jalan lahir pada perineum ibu dengan cara menekan perineum dengan menggunakan kasa dan laserasi tidak ada

Ev : Jika ada laserasi kita melakukan heating atau penjahitan pada Perineum ibu

KALA IV

Tanggal : 15 September 2016

Pukul : 15.30 WIB

S:

- Ibu mengatakan senang karena plasentanya sudah lahir.
- Ibu mengatakan merasa sedikit kelelahan.

O:

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Compos mentis
- Kandung kemih : Kosong
- Kontraksi uterus : Baik
- Perdarahan : ±80
- Perineum : Tidak ada robekan
- Plasenta : Lahir spontan lengkap dengan selaput dan
kotiledonnya pukul 15.15 WIB,
panjang tali pusat 50 cm
berat ±500 gram.

A:

- Diagnosa : Ny. E PI A0 dalam pemantauan kala IV
- Masalah : Laserasi jalan lahir
- Kebutuhan : - Penjahitan laserasi
- Pengawasan kala IV selama 2 jam

Masalah Diagnosa Pontensial :

Atonia uteri (Perdarahan)

Tindakan Segera :

- Masase fundus uteri
- Lakukan penjahitan perineum
- Pengawasan kala IV

P :

1. Bersihkan tubuh Ibu

Memberihkan tubuh ibu menggunakan air hangatuntuk mencegah infeksi dan memberikan kenyamanan paada ibu

Ev: Ibu sudah dalam keadaan bersih dan ibu mengatakan sudah merasa nyaman.

2. Mengajari ibu / keluarga untuk massase uterus dan menjelaskannya

Menaruhkan tangan di perut ibu lalu memutarnya searah Jarum jam

Ev : Ibu / keluarga mengerti cara melakukan massase uterus dan sudah melakukannya sehingga kontraksi uterus menjadi baik.

3. Jelaskan kepada ibu untuk sesegera mungkin menyusui bayinya.

Menyususi bayi segera 30 menit setelah lahir, sehingga bayi akan mendapatkan kolostrum dan meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi

Ev: Ibu mengerti penjelasan yang diberikan dan mau melakukannya.

4. Melakukan pemantauan pengawasan kala IV selama 2 jam

Jam Ke	Waktu	TD	Nadi	Suhu	Tinggi Pundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung kemih	Darah yang keluar
1	15.30	110/60	82	36,5 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	80cc

	15.45	110/60	84	36,5 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	100 cc
	16.00	120/70	84	36,6 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	
	16.15	110/80	84	36, 5 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	
2	16.45	110/70	82	36,7 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	70 cc
	17.15	110/80	82	36,6 °c	3 jari di bawah fundus	Baik	Kosong	

B. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang terjadi pada praktik yang dilakukan di lahan dengan teori yang ada, dengan menggunakan pendekatan menajemen kebidanan menurut Varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu bersalin dengan Ketuban pecah dini.

1. PENGKAJIAN DATA

Pada pengkajian data dasar tentang keadaan pasien. Pada studi kasus ini penulis melakukan pengkajian terhadap, dengan hasil sebagai berikut:

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan multipara kurang dari 5 cm Prawirohardjo, 2008).

Data subjectif : - Ibu mengatakan keluar cairan dari kemaluannya dan hasil anamneses HPHT 31-01-2016

- Ibu mengatakan nyeri pinggang yang menjalar keperut.

Data Objectif : UK : 32 minggu 4 hari TTP :07-11-2016

- Keadaan umum : cemas

- Kesadaran : compos mentis

- VT : Pembukaan 2 cm

- Konsistensi : Tipis

- Ketuban : Pecah

- Presentasi : Kepala

- Penurunan H- II

- DJJ (+) 148 x/i

- TTV TD : 110/90 mmhg

- T/P : 36,8/82 x/ menit

- RR : 20 x/ menit

Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena di dalam pengkajian data, ibu mengalami tanda dan gejala inpartu dengan KPD (Ketuban Pecah Dini)(JNPK-KR. 2012:37)

2. Interpretasi Data Dasar Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Interpretasi data merupakan mengidentifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang telah dikumpulkan Dalam kasus ini dapat ditetapkan diagnosa yaitu Ny

E GIP0A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari Inpartu dengan KPD (Ketuban Pecah Dini). Pada Kala I Masalah tidak ada dan kebutuhan yang di berikan Asuhan sayang ibu yaitu mematau perkembangan persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Pada Kala II masalah tidak ada dan kebutuhan yang di berikan pada ibu adalah mengajarkan teknik mengedan dan beri semangat pada ibu. Pada Kala III masalah tidak ada, kebutuhan yang di berikan MAK III. Pada Kala IV Masalah tidak ada, kebutuhan yang di berikan pada ibu Pengawasan Kala IV selama 2 jam.

Jadi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan, karena pada tinjauan kasus diagnose didapatkan dari data subjektif dan data objektif sesuai dengan teori dimana untuk menegakkan diagnose didapatkan berdasarkan hasil pengkajian, baik data subjektif ataupun objektif.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Pada kasus ini, masalah potensial yang terjadi pada ibu Kala I adalah partus lama, pada kala II yaitu Distosia bahu, pada kala III yaitu Manual Plasenta dan pada kala IV yaitu perdarahan post partum (Atonia uteri) dan pada bayi yang akan terjadi adalah hypoxia karena kompresi tali pusat.

Diagnosa potensial yang terjadi pada kasus ny E umur 18 tahun G1 P0 A0 bersalin dengan KPD adalah pada kala I masalah Partus lama, pada kala II distosia bahu, pada kala III manual plasenta, pada kala IV

atonia uteri namun masalah potensial dari kala I – IV pada kasus Ny E usia 18 tahun G1P0A0 karena mendapatkan asuhan yang benar. Sehingga pada tahap ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

4. Tindakan Segera

Tindakan segera yaitu langkah yang memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan ataupun oleh dokter untuk di konsultasikan atau ditanganin bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Pada kasus ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena pada Kala I ibu di beri infus RL 500 ml + oksitosin 1 ampul, Kala II melahirkan bayi, Kala III melahirkan Plasenta, dan pada Kala IV lakukan pengawasan dan observasi pada ibu sampai 2 jam pertama post partum.

Terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada Kala I dimana seharusnya bidan memberikan Dexsometason untuk mematangkan paru janin dan pada kala II melahirkan bayi tidak memakai handscoot steril tetapi handscoot bersih.

5. Rencana Asuhan

Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyuluruh yang ditentukan berdasarkan langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau antisipasi atau diantisipasi. Menurut teori Penanganan

ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin, dan adanya tandatanda persalinan. Pada kala I memberikan asuhan sayang ibu, pada kala II memantau kemajaun persalinan dengan patografi dan dekatkan menghadirkan orang- orang terdekat seperti suami atau keluarga saat ibu bersalin dan memberikan ibu minum di antara HIS, pada Kala III melahirkan Plasenta dan pada akala IV memantau selama 2 jam membersihkan ibu, memberikan posisi yang nyaman pada ibu dan memperhatikan kontraksi uterus serta perdarahan. Pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Amvarwati. 2009). Pada kala I yaitu memberi tau ibu hasil pemeriksaannya, pantau patografi, memberikan posisi yang nyaman, menyiapkan set partus, memberikan ibu cairan oral atau pun infus, menghadirkan suami atau keluaraga dan masase punggung ibu. Pada kala II melihat tanda dan gejala kala II, memperhatikan alat yang digunakan, dan lahirkan bayi. Pada kala III yaitu melakukan MAK Kala III setelah adaanya tanda tanda pelepasan plasenta, tali pusat semakin panjang, adanya semburan darah tiba- tiba, fundus menjadi globular. Pada Kala IV yaitu melakukan pengawasan selama 2 jam post partum.

Sehingga pada tahap ini tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

7. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi Keefektifan dari asuhan yang di berikan, ulangi lagi proses manjemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali apa belum terlaksanakan Evaluasi Kala I –IV dari kasus ini di peroleh hasil yaitu kesadaran compos mentis, TTV dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah bawah pusat, plasenta lahir utuh, kontraksi baik, tidak terjadi perdarahan dan diagnose potensial tidak terjadi. Pada langkah ini tidak di temukan kesejangan antara teori dan praktek.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan studi kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin yang dilakukan pada Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban Pecah Dini yang menggunakan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Varney dapat disimpulkan berikut:

1. Pada pengkajian ibu bersalin Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban Pecah Dini didapat data subyektif yaitu ibu mengatakan ini adalah persalinan yang pertama dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan nyeri pada punggung yang menjalar keperut bagian bawah serta adanya pengeluaran air ketuban serta bercampur darah. Pada data objektif diperoleh TTV dalam batas normal, dalam pemeriksaan dalam pembukaan sudah lengkap yaitu 10 cm.
2. Pada interpretasi data dasar dapat diungkapkan diagnose yaitu Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 dengan KPD (ketuban pecah dini) dimana masalah dan kebutuhan pada kala I – IV dapat terselesaikan sesuai asuhan.
3. Pada diagnosa potensial pada kasus Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan KPD (Ketuban Pecah Dini), pada Kala I adalah partus lama, pada Kala II adalah Distosia Bahu, Pada

4. Kala III adalah Manual Plasenta, pada Kala IV Perdarahan namun tidak perdarahan karena tindakan yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan ibu.
5. Tindakan segera pada Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban pecah dini yaitu Melahirkan bayi.
6. Rencana tindakan pada Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan ketuban pecah dini adalah penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin, dan adanya tanda-tanda persalinan.
7. Penatalaksaan pada ibu bersalin Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan ketuban pecah dini sesuai dengan asuhan yang telah dibuat yaitu dengan Induksi Persalinan.
8. Hasil evaluasi ibu bersalin pada Ny E usia 18 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan Ketuban pecah dini di berikan asuhan dari kala I - IV. Pada Kala III ibu mengeluarkan plasenta pada waktunya, dan ada laserasi dan sudah di jahit. Pada kala IV setelah di pantau selama 2 jam tidak terjadi perdarahan sehingga masalah tidak terjadi.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka disarankan agar memberikan saran antara lain :

1. Bagi pendidikan

Dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini keefektifan proses belajar dapat ditingkatkan. Serta lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus KPD (Ketuban Pecah Dini). Dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat memberi informasi terbaru serta menjadi sumber refrensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir pada semester akhir.

2. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan klinik dan petugas kesehatan lainnya mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin, khususnya pada kasus KPD (Ketuban Pecah Dini).

3. Bagi Klien

Diharapkan klien dapat mengikuti kunjungan asuhan ibu hamil hingga bersalin untuk mendeteksi adanya tanda dan gejala Ketuban Pecah Dini.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, 2011, *Ketuban Pecah Dini*, (<http://www.kabarindonesia>), diakses tanggal 4 juni 2011.

Anonim, 2011. Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia Terburuk di ASEAN, (<http://www.kabarindonesia>), diakses tanggal 4 juni 2011.

EGD.AKI-menurut-WHO(<http://www.dinkes-sulsel.go.id> online diakses tanggal 29 Agustus 2014) (16-04-2017)

Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC

Manuaba I.B.G. 2008 *Gawat Darurat, Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi*. Jakarta : EGC

Maryunani Anik, dkk; (2013), *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal* Jakarta

Prawirohardjo E.J. 2010, *Ilmu Kebidanan*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.

Saifuddin, Abdul Bari. 2009. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP

Saifuddin, dkk, 2009 *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta.

Varney, Hellen,dkk. 2008. *Buku Ajar Asuha Kebidanan, Volume 2*. Jakarta.

Wiknjosastro, Hanifa. (2009) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal*, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.

YBP-SP. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta

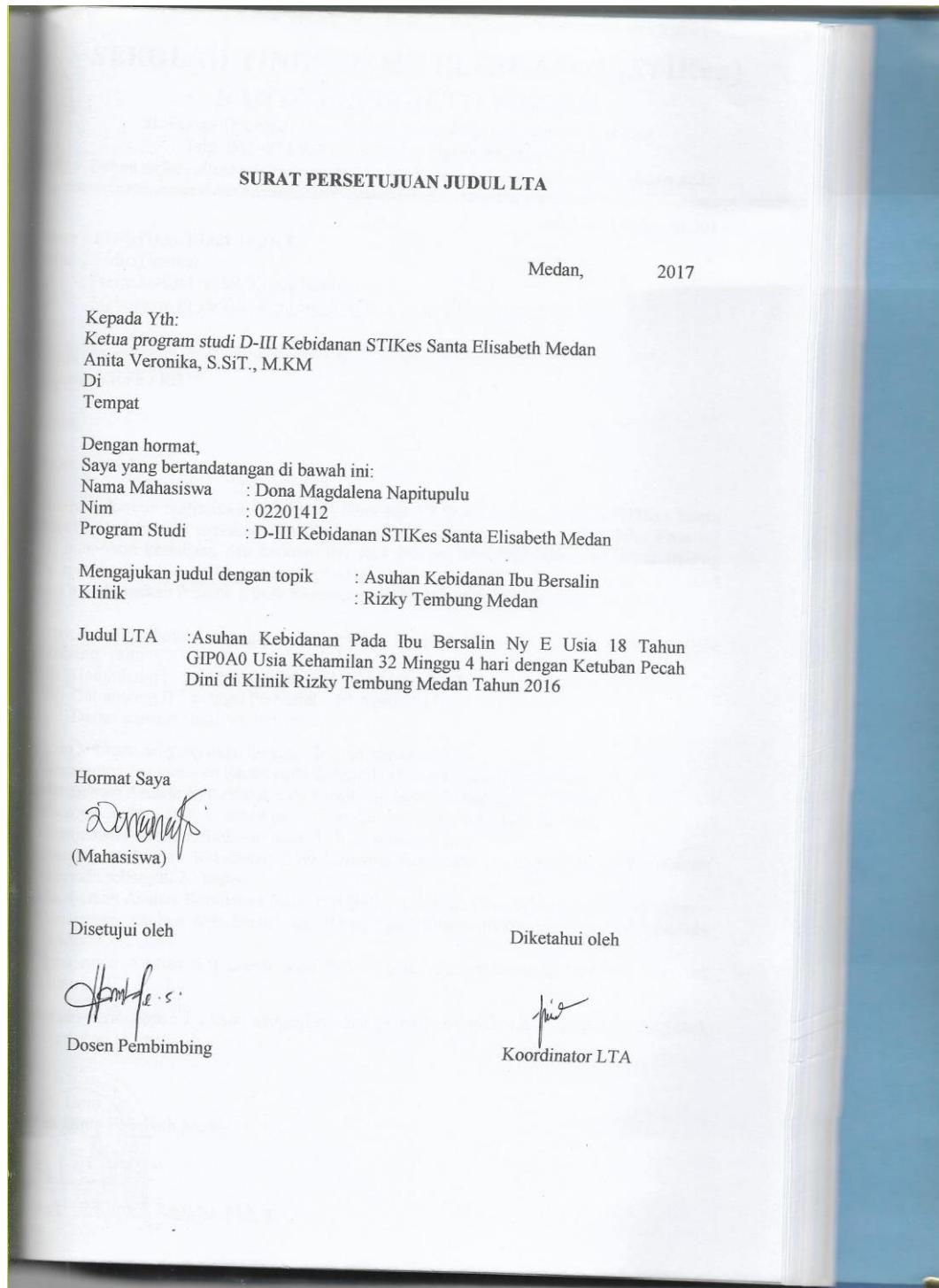
<http://www.e-jurnal.com/2013/09/pengertian-ketuban-pecah-dini.html> (17-04-2017 jam 20.10 wib)

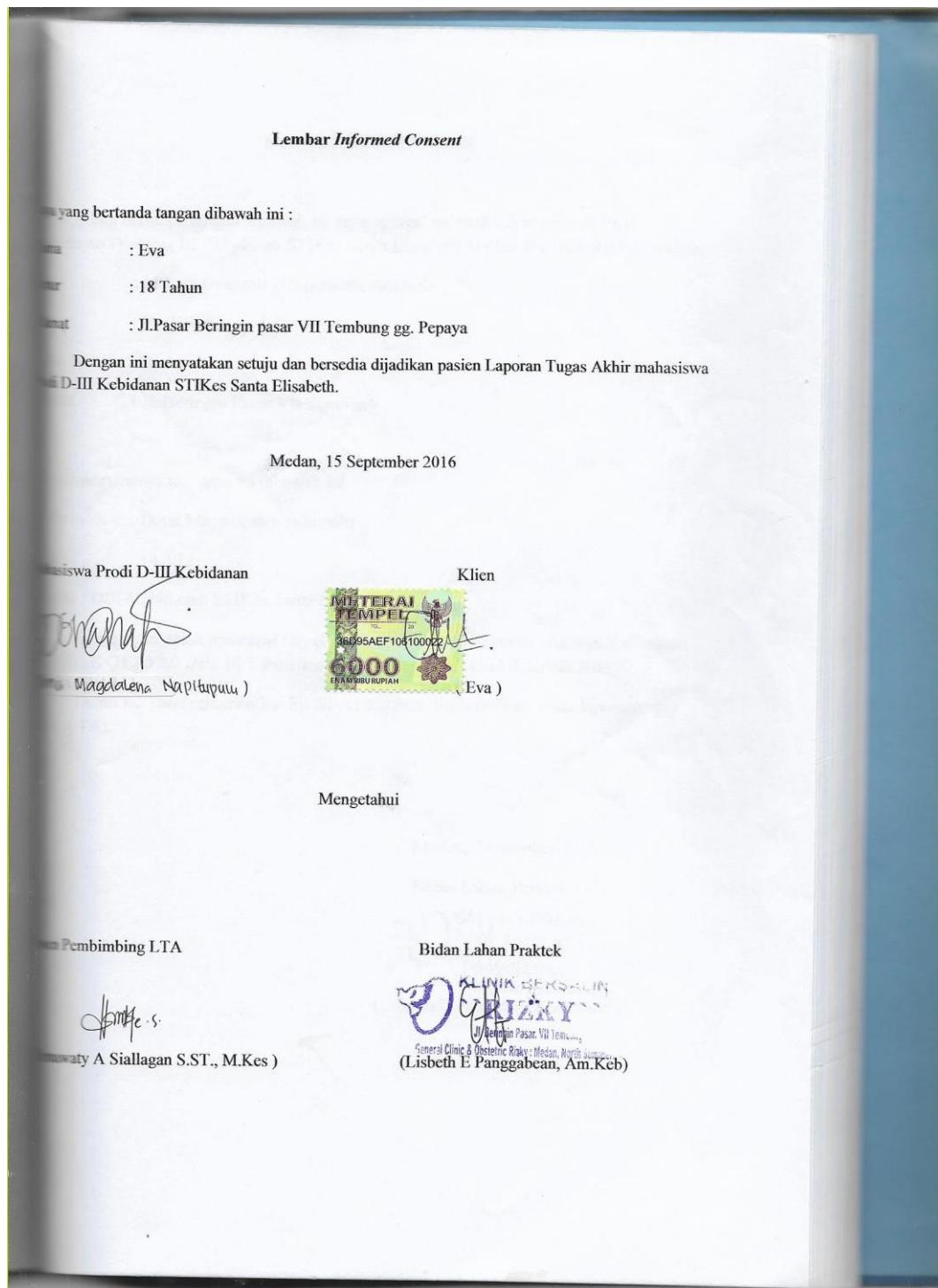
<http://www.medicaobgin.ac.id/journalDetail.KPD.php?id=MzY> (17-04-2017)

<https://www.google.com/search?q=kpd+jurnal&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab#q=kpd+jurnal+asuhan+kebidanan> (16-04-2017)

<http://www.tribunnews.com/kesehatan/2012/03/08/angka-kematian-ibu-di-indonesia-tertinggi-se-asean> (17-04-2017)

<https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwixroKKo5XUAhXBo48KHYRnAZsQFggrMAI&url=http%3A%2F%2Fdigilib.unila.ac.id%2F20690%2F14%2FBAB%2520I.pdf&usg=AFQjCNF7CQq72GAWXSMa2e1PN2YjS6i3JA&sig2=5fRAF11q7SNiShMjQuD5Zw&cad=rja> latar belakang kematian dan kesakitan (17-04-2017)





SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan dibawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK
mahasiswa Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di Klinik Rizky Tembung

nama : Lisbeth Evayanti Panggabean, Am.Keb

Alamat : Ibu Klinik

Tempat Klinik : Rizky

Alamat : Jl. Beringin Pasar VII Tembung

Dinyatakan bahwa mahasiswa dibawah ini

nama : Dona Magdalena Napitupulu

Alamat : 14. 012

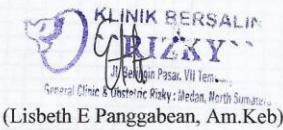
Tempat : DIII-Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

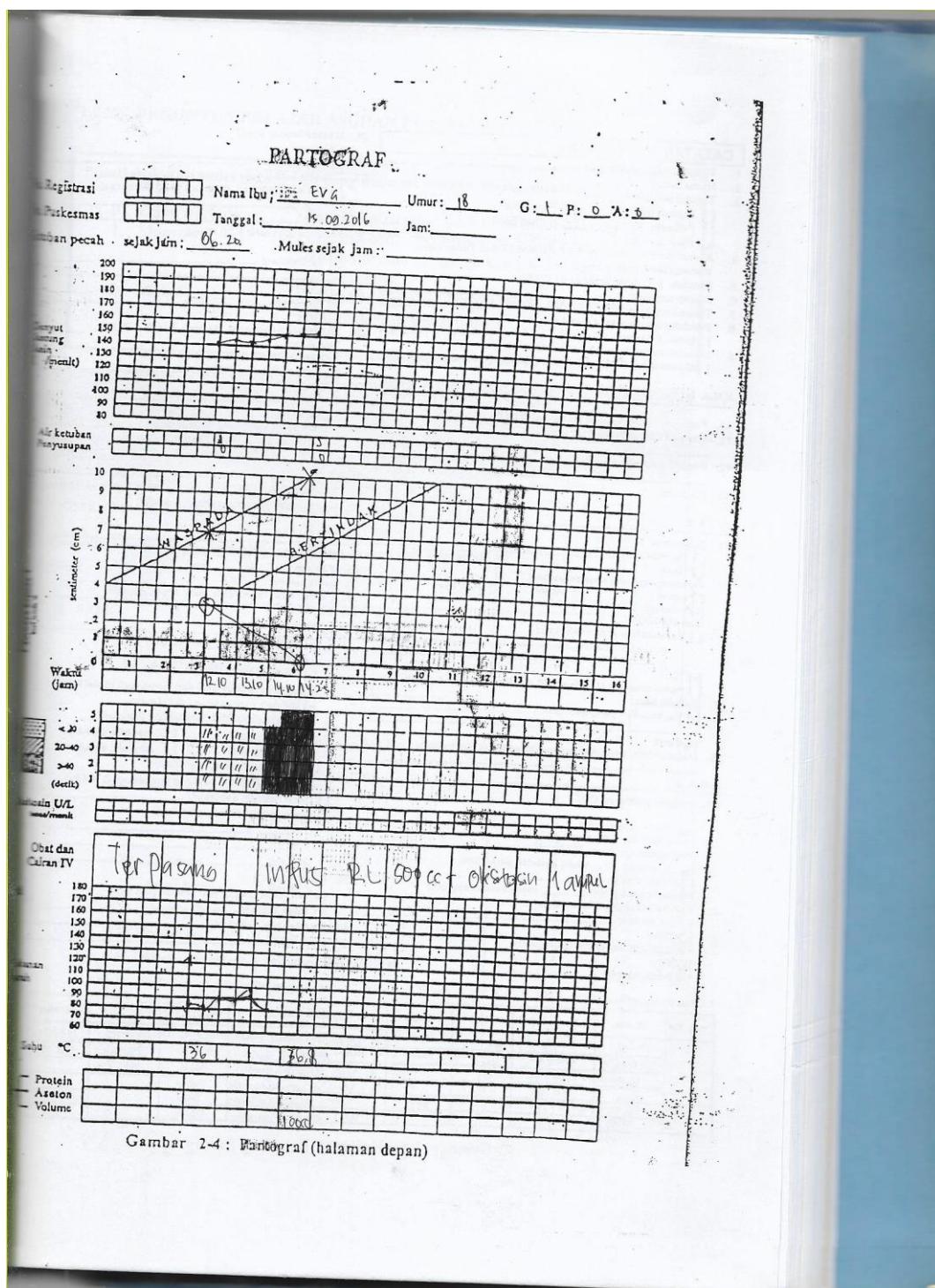
Dinyatakan telah mencapai target minimal dengan melakukan "Asuhan Kebidanan
Ny. E G1 P0 A0 Usia 18 Tahun dengan Ketuban Pecah Dini di Klinik Rizky"

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan untuk laporan tugas
(LTA).

Medan, September 2016

Bidan Lahan Praktek





CATATAN PERSALINAN									
<p>1. Tanggal: 13 September</p> <p>2. Nama ibu:</p> <p>3. Tempat persalinan:</p> <p><input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input checked="" type="checkbox"/> Klinik Swasta <input type="checkbox"/> Lainnya: _____</p> <p>4. Alamat tempat persalinan: RT 001/RW04 Kel. Tebet Timur Kecamatan Tebet, Jakarta</p> <p>5. Catatan: <input type="checkbox"/> rujuk kala: I / II / III / IV</p> <p>6. Alasan merujuk:</p> <p>7. Tempat rujukan:</p> <p>8. Pendamping/pada saat merujuk:</p> <p><input type="checkbox"/> bidan <input type="checkbox"/> teman <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> tidak ada</p> <p>9. Masalah dalam kahamian/persalinan int:</p> <p><input type="checkbox"/> Gangsalan/ratuk <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> PMTCT</p>									
KALA I									
<p>10. Partografi melewati garis waspadai: <input checked="" type="checkbox"/> Y / <input type="checkbox"/> T</p> <p>11. Masalah lain, sebutkan: _____</p> <p>12. Penatalaksanaan masalah ibu: _____</p> <p>13. Hasilnya: _____</p>									
KALA II									
<p>14. Epidemiologi:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, indikasi: _____ <input type="checkbox"/> Tidak: _____</p> <p>15. Pendamping/pada saat persalinan:</p> <p><input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> teman <input type="checkbox"/> tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun</p> <p>16. Gawai Janin:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan:</p> <p>a. _____ b. _____ <input type="checkbox"/> Tidak: _____</p> <p>17. Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil: _____</p> <p>18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah ibu dan hasilnya: _____</p>									
KALA III									
<p>19. Infusasi/ Menyusui Dini</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasannya: _____</p> <p>20. Pemberian Oksitosin 10 U IM?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, waktu: ... menit setelah persalinan <input type="checkbox"/> Tidak, alasan: _____</p> <p>21. Penjepitan tali pusat _____ menit setelah bayi lahir</p> <p>22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, alasan: _____ <input type="checkbox"/> Tidak: _____</p> <p>23. Penegangan tali pusat terkendali?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan: _____</p>									
KALA IV									
<p>24. Masase fundus uterus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan: _____</p> <p>25. Plasenta lahir lengkap (In tact): <input checked="" type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:</p> <p>a. _____ b. _____</p> <p>26. Plasenta tidak lahir > 30 menit:</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, tindakan: _____</p> <p>27. Laserasi:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, dimana: _____ <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>28. Jika laserasi perineum, derajat: <input type="checkbox"/> 1 / <input type="checkbox"/> 2 / <input type="checkbox"/> 3 / <input type="checkbox"/> 4 Tindakan:</p> <p><input type="checkbox"/> Penjahanan, dengan / tanpa anestesi <input type="checkbox"/> Tidak ejahli, alatani: _____</p> <p>29. Alat-alat uter:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, tindakan: _____ <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan: _____</p> <p>31. Musalah dan penatalaksanaan masalah: _____</p>									
BAYI BARU LAHIR									
<p>32. Kondisi ibu: KU <input type="checkbox"/> TTD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> PP NpN: <input type="checkbox"/> 14 x <input type="checkbox"/> 14 mm NpN</p> <p>33. Masalah dan penatalaksanaan masalah: _____</p>									
<p>34. Berat badan: <input type="checkbox"/> 2700 ... gram</p> <p>35. Panjang: <input type="checkbox"/> 47 ... cm</p> <p>36. Jenis kelamin: <input checked="" type="checkbox"/> L / <input type="checkbox"/> P</p> <p>37. Poni/lanj bayi baru lahir: baik / ada penyulit</p> <p>38. Bayi lahir:</p> <p><input type="checkbox"/> Normal, tindakan: _____ <input type="checkbox"/> mengeringkan, _____ <input type="checkbox"/> menghangatkan, _____ <input type="checkbox"/> rangsang taktik, _____ <input type="checkbox"/> pakalan/selemput bayi dan tempatkan di sisi ibu <input type="checkbox"/> Tindakan pencegahan infeksi mata: Asfiksia ringan / puca/pirus lemas, tindakan: <input type="checkbox"/> mengeringkan, <input type="checkbox"/> menghangatkan <input type="checkbox"/> rangsang taktik, <input type="checkbox"/> lain-lain, sebutkan: _____ <input type="checkbox"/> bebasikan jalan napas <input type="checkbox"/> pakalan/selemput bayi dan tempatkan di sisi ibu <input type="checkbox"/> Cacat bawaan, sebutkan: _____ <input type="checkbox"/> Hipotermi, tindakan: a. _____ b. _____ c. _____</p>									
<p>39. Pemberian ASI</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, waktu: ... 1/2 ... jam setelah bayi lahir <input type="checkbox"/> Tidak, alasan: _____</p> <p>40. Masalah lain, sebutkan: _____ Hasilnya: _____</p>									
TABEL PEMANTAUAN KALA IV									
Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kondisi Kemit	Darah yg hilang	
1	15.30	110 / 60	82	36.3	3 Tari dibawah fundus	Baik	Kering	800cc	
	15.45	110 / 60	84	36.3	3 Tari dibawah fundus	Baik	Kering	100cc	
	16.00	120 / 70	84	.....	3 Tari dibawah fundus	Baik	Kering	.....
	16.15	110 / 60	84	.....	3 Tari dibawah fundus	Baik	Kering	.....
	16.45	110 / 60	82	36.7	2 Tari dibawah fundus	Baik	.....	700cc	
2	17.15	110 / 60	82	.....	2 Tari dibawah fundus	Baik	.....	.....

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partografi

DAFTAR HADIR OBSERVASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Dona Magdalena Napitupulu
 NIM : 022014012
 Nama Klinik : Rikky Tembung
 Judul LTA : Asuhan kebidanan pada Ibu berstatus Ng.E usia 18 Tahun
G1 P0 Bo. Usia kehamilan 32 minggu 4 hari dengan kriteria
Recah dari di klinik Rikky Tembung Medan Tahun 2016

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing Klinik di Lahan
1.	15.09.2016 14.25	- Pantau kemajuan Persalinan hingga lahirnya bayi	<u>DONAM</u>	<u>Gft</u>
2.	15.09.2016 15.15	- Pantau Mak III	<u>DONAM</u>	<u>Gft</u>
3.	15.09.2016 15.30	- Pantau Pengawasan Kala IV selama 2 jam	<u>DONAM</u>	<u>Gft</u>

Medan, 2017

Ka. Klinik

 (.....)

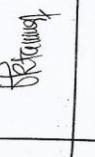
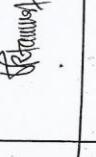
- **Rumusasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / KT)**

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	Rabu/ 19 April 2017	Ermawaty A. Siallagan, SST M.Kes	- Menghad. Bab 1 dan Bab 2 dan lihat tatahan punctuation - Langut ke Bab 3 - Bab 1 Ajar	
2.	Kamis/ 27 April 2017	Ermawaty A. Siallagan, SST M.Kes	Menyeleksikan Bab IV dan V dilengkapi dengan tulisan Menuliskan Main Scriben	
3.	Sabtu/ 29 April 2017	Ermawaty A Siallagan, SST M.Kes	Menperbaiki Bab 1 dan Bab 6 - Baca lewat utk Bab 11, 12, 13	
4.	Selasa/ 09 Mei 2017	Ermawaty A Siallagan, SST M.Kes	- Bab 1 dan 3 perbaikan tulisan - Bab 11 perbaikan sevari - Bab 12 perbaikan sevari - Bab 13 perbaikan sevari	
5.	Jumat/ 12 Mei 2017	Ermawaty A Siallagan, SST M.Kes	- Mengperbaiki Bab 1-5 - Saring, hapus tan kan dan lihat merubah	

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
6	Senby / 13 Mei 2017	Ermawaty A Siallagan, S.S.T., M.Kes	- Membabat Bab III Mengikuti sesi audio yang di berikan. - Berikan Bab IV, dan Daffar pustaka hans dimana beri A.	✓
7	13/ Mei 2017	Ermawaty A Siallagan, S.S.T., M.Kes	Acc. dld.	✓
8	27/ Mei 2017	Ermawaty A Siallagan, S.S.T., M.Kes	Mempersiapkan tulisan, dan di bag IV, di contumikan setiap kali diajukan	

No.	Har/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	Sabtu /20 Mei 2017	Sr. Skolastika	- Sebap mengambil Jurnal atau data dari internet harus pakai izin dan jauh.	<u>sk/skt</u>
2.	Sabtu /20 Mei 2017	Aprilita Sitor SST.	- Memperbaiki pembahasan di Bahan - Mengalihai tesismu di bahan	<u>Aprilita</u>
3	Senin /21 Mei 2017	Sr. Skolastika	<u>acc</u>	<u>sk/skt</u>
4.	Selasa /22 Mei 2017	Aprilita Sitor, S.ST	- Mengalihai bahan di Tindakan Segera, Interpretasi data - dibus Y. Kepapaku & Sutan untuk kisi dan klien dan juga krispulan.	<u>Aprilita</u>
5	Jumat/26 Mei 2017	Aprilita Sitor, S.ST	ACC - Kembali ke penulis	<u>Aprilita</u>

2. Konsultasi Perbaikan / Penelitian

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	27 / Mei 2017	Ermawaty S.Si, M.Kes	Memperbaiki tulisan dengan alat tulis W, dicantumkan setiap kali di dalam jurnal penelitian	
2	29 Mei 2017	Ernewary S.Si, M.Kes	Atas dan bawah alih dan ditengah tulis berikan kesan yang lepas Atas alih → komedi ke URA.	
3	30 Mei 2017	Oktafiani M. S.Si, M.Kes	Menambahi tulisan dan menambahkan nihil penelitian di bagian perbaikan	
4	31 Mei 2017	Oktafiani M. S.Si, M.Kes	Memperbaiki daftar pustaka dan menulis rincian penelitian di bagian T.	
5	31 Mei 2017	Oktafiani M. S.Si, M.Kes	Acc Koordinator	