

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN
KETUBAH PECAH DINI DI RUANGAN BERSALIN
RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 13 S/D 15 NOVEMBER TAHUN 2018**



YANTI RAHMATINA

142 111 080

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN
KETUBAH PECAH DINIDI RUANGAN BERSALIN
RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 13 S/D 15 NOVEMBER TAHUN 2018**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



YANTI RAHMATINA

142 111 080

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2018**

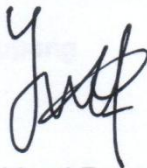
LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin Rawat Inap PUSKESMAS SIKUMANA adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain, untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dari Karya Tulis Ilmiah ini dan sanksi lain sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Citra Bangsa Kupang.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Kupang, Mei 2019

Yang Menyatakan



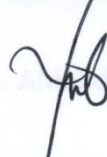
Yanti Rahmatina

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah Ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANGAN BERSALIN RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA**", untuk diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswi YANTI RAHMATINA, NIM: 142 111 080 Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang.

Kupang, Mei 2019

**Menyetujui,
Pembimbing 1**



Hironima N. Fitri, SST, M. Keb

Mengetahui,

**Rektor
Universitas Citra Bangsa Kupang**



Dr. Jeffrey Jap, drg., M.Kes

**Ketua
Program Studi D III Kebidanan
Universitas Citra Bangsa Kupang**



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANGAN BERSALIN RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA ”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswi **YANTI RAHMATINA**, NIM: 142 111 080 Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang.

Kupang, Mei 2019

Panitia Penguji

Ketua : Aning Pattypeilohy, S.Tr, Keb, MH. Kes

Anggota : 1. Siti Nur A. J. Ahmad, S.Tr. Keb, MH. Kes

2. Hironima N. Fitri, SST, M.Keb

.....
.....
.....

Mengetahui,

**Rektor
Universitas Citra Bangsa Kupang**



Dr. Jeffrey Jap, drg., M.Kes

**Ketua
Program Studi D III Kebidanan
Universitas Citra Bangsa Kupang**

.....
.....

Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

BIODATA PENULIS

Nama : Yanti Rahmatina

TTL : Suralaga, 09-01-1995

Agama : Islam

Alamat : Kayu Putih

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2006 Tamat MI NW Suralaga
2. Tahun 2009 Tamat MTS NW Suralaga
3. Tahun 2014 Tamat SMA Negeri 1 Sukamulia
4. Tahun 2014-sekarang :Sedang menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan di STIKes CHM-Kupang

MOTTO

Sebuah mimpi dapat terwujud bukan karena keajaiban

Melainkan karena keringat dan kerja keras

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan karya tulis ini buat alamamaterku, bapa dan mama tersayang yang selalu setia mendukung saya dalam proses menempuh pendidikan ini.

Kaka ku tersayang kaka joni yang selalu sabar dan setia mendukung saya, serta saudara-saudara tercinta yang atas doa dan dukungan serta perhatiannya selama ini buat saya dalam menempuh pendidikan ini

ABSTRAK

Universitas Citrabangsa Kupang
Jurusan DIII Kebidanan Kupang
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2019

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin Rawat Inap Puakesmas Sikumana Tanggal 13 S/D 14 November 2019

Latar belakang: KPD yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Pada kehamilan *aterm* atau kehamilan lebih dari 37 minggu sebanyak 1% ibu hamil akan mengalami KPD (Prawirohardjo, 2010:677).

Tujuan : Melaksanakan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin Rawat Inap Puakesmas Sikumana

Desain penelitian yang di gunakan adalah metode penelitian deskriptif,

Populasi adalah semua ibu nifas yang di ruang Bersalin dan **sampel** adalah seorang ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini yang di ambil menggunakan teknik purposive sampling.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen varney yaitu pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kata kunci : Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini

KATA PENGANTAR

Pujisyukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan RahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin Rawat Inap Puakesmas Sikumana Tanggal 13 S/D 14 November 2018”** dapat di selesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini di susun dengan maksud untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Bersama ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan Terima Kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Hironima N.Fitri SST,M. Keb selaku pembimbing I yang telah bersedia membimbing Penulis sehingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini ijin Penulis menyampaikan ucapan Terima Kasih kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah member kesempatan kepada Penulis untuk menimba Ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan Penulis.
3. Meri Flora Ernestin, SST.M.Kes selaku Ketua Prodi Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan saya menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Selaku Direktur Puskesmas Sikumana Kota Kupang, yang telah bersedia memberikan ijin kepada Penulis dalam pengambilan kasus.
5. Seluruh Dosen dan Staf Prodi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
6. Perpustakaan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah menyediakan literatur yang Penulis perlukan.
7. Terima kasih teman – teman yang sudah mendukung saya selama ini

8. Keluarga Ny. N.Y yang telah bersedia menjadi pasien dalam karya tulis ilmiah ini.
9. Bapak mama dan adik- adik tercinta yang selalu memberi dukungan dan selalu menjadi motivator.
10. Kedua Orang Tua Wali yang telah memberi dukungan
11. Teman-teman Mahasiswi Prodi Kebidanan Angkatan VII dan yang selalu memberikan dukungan

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran, kritikan, dukungan demi penyempurnaan penulisan laporan ini. Penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi Tenaga Kesehatan lain pada kasusnya.

Kupang, April 2019

Yanti Rahmatina

DAFTAR ISI

Halaman

SURAT	
PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR	
PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	v
BIODATA	
PENULIS.....	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR	
ISI.....	xi
DAFTAR	
GAMBAR.....	xiv
DAFTAR	
LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1. Persalinan	5

2.1.1. Pengertian Persalinan.....	5
2.1.2. Sebab-sebab terjadinya persalinana	6
2.1.3. Tahap Persalihan.....	6
2.1.4. Tanda-tanda permulaan persalihan	7
2.1.5. Mekanisme Persalihan.....	7
2.1.6 Tanda- tanda Persalihan.....	14
2.1.7. Faktor-faktor yang berperan dalam persalihan	18
2.1.8. Prosedur Pelaksanaan Persalihan kala I,II,II,IV.....	19
2.2. Ketuban Pecah Dini.....	18
2.3. Masa Nifas.....	15

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Jenis penelitian.....	46
3.2. Populasi dan Sampel.....	48
3.3. Prosedur Pengumpulan data.....	48
3.4. Keterbatasan Penelitian.....	50
3.5. Lokasi dan Jadwal Penelitian.....	52

BAB IV TINJAUAN KASUS

4.1 Hasil Penelitian.....	82
4.2 Pembahasan.....	88

BAB V PENUTUP

5.1.KESIMPULAN.....118

5.2. SARAN.....121

DAFTAR

PUSTAKA.....123

DAFTAR LAMPIRAN

Judul Lampiran

Lampiran 1 Format Askep

Lampiran 2 Partograf

Lampiran3 lembar konsul

Lampiran 4 Dokumentasi

Lampiran 5. Surat penelitian

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BPF	:Bronchopleural fistula
C	: Selsius
cm	: Senti meter
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure
D5	: Dextrose 5%
Depkes	: Depertemen Kesehatan
ICU	:Intensive care unit
IPPV	:Intermittent Positive Pressure Ventilation
IRT	: Ibu Rumah Tangga
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan
Kg	: Kilo gram
KU	: Keadaan Umum
ML	: Mililiter
N	: Nadi
Nacl	: Natrium Klorida
NICU	: Neonatal Intensive Care Uni

NS	: Normal Saline
O2	: Oksigen
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PSP	: Pneumotoraks Spontan Primer
PSS	: Pneumotoraks Spontan Sekunder
RI	: Republik Indonesia
RR	: Pernapasan
S	: Suhu
SF	: Sulfas Ferrosus
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SP	: Pneumotoraks Sekunder
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-tanda Vital
WSD	: Water Seal Drainase

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LatarBelakang

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk mencerminkan derajat kesehatan ibu dan anak, selain sekaligus cerminan dari status kesehatan suatu negara. Hasil survey Demografi dan kesehatan indonesia (SDKI) tahun 2012, menunjukkan jumlah AKI yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup yang mengalami peningkatan dari hasil SDKI tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup.

Penyebab kematian ibu karena akibat langsung dari penyakit penyulit kehamilan, persalinan, dan nifas: misalnya infeksi, eklamsia, perdarahan, emboli air ketuban, trauma anestesi, trauma operasi, dan lain-lain. Infeksi yang banyak dialami oleh ibu sebagian besar merupakan akibat dari adanya komplikasi/penyulit kehamilan, seperti febris, korioamnionitis, infeksi saluran kemih, dan KPD (ketuban pecah dini) yang banyak menimbulkan infeksi pada ibu dan bayi. KPD disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik. KPD merupakan suatu kejadian obstetrik yang banyak ditemukan, dengan insiden sekitar 10,7% dari seluruh persalinan, dimana 94%

diantaranya terjadi pada kehamilan cukup bulan. Ini terjadi pada sekitar 6-20% kehamilan. Apabila terjadi sebelum kehamilan aterm maka lebih banyak masalah daripada terjadi pada kehamilan aterm (Prawirohardjo, 2007).

Puskesmas Sikumana adalah Puskesmas PONED (Penanganan Obsterti dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Pada tahun 2016 tercatat sebanyak 452 persalinan antara lain : 300 persalinan normal, 25 persalinan patologi, dan 116 rujuk ke rumah sakit umum. Dan dari bulan Januari sampai Juli 2017 jumlah persalinan sebanyak 186 persalinan (Register Rawat Inap Puskesmas Sikumana).

KPD yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Pada kehamilan *aterm* atau kehamilan lebih dari 37 minggu sebanyak 1% ibu hamil akan mengalami KPD (Prawirohardjo, 2010:677).

KPD dapat menyebabkan infeksi yang dapat meningkatkan kematian ibu dan anak apabila periode laten terlalu lama ketuban sudah pecah. KPD pada ibu hamil primi jika pembukaan kurang dari 3 cm dan kurang dari 5 cm pada ibu hamil multipara. Penyebab KPD masih belum jelas akan tetapi KPD ada hubungan dengan hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, primi, disproporsi, serviks inkompeten, dan lain-lain (Mochtar, 2011:177-178).

Ketuban pecah prematur pada kehamilan aterm yaitu pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan atau disebut juga Premature Rupture Of Membrane atau Prelabour Rupture Of Membrane (PROM). Sedangkan ketuban pecah prematur pada kehamilan preterm yaitu pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan <37 minggu atau disebut juga Preterm Premature Rupture Of Membrane atau Preterm Prelabour Rupture Of Membrane (PPROM).

Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, Infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum sehingga meningkatkan kasus bedah caesar, dan meningkatkan morbiditas mortalitas maternal. Sedangkan komplikasi yang paling sering terjadi pada janin yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia, sindrom deformitas janin dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Marni,2011:).

Solusi yang dapat di lakukan untuk mengatasi ketuban pecah dini pada kehamilan yakni pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti mengenali sedini mungkin tanda-tanda ketuban pecah dini. Sehubungan dengan hal di atas maka di harapkan pengetahuan tentang kondisi-kondisi yang mempengaruhi keselamatan dan kesehatan kehamilan dapat di penuhi oleh masyarakat terutama pada ibu hamil. Dengan demikian di harapkan dapat menjadi pegangan dalam usaha pencegahan atau prevektif

dalam rangka menurunkan angka ketuban pecah dini sehingga komplikasi yang tidak diinginkan oleh ibu dan janin dapat di hindari, hal ini dalam rangka meningkatkan keselamatan dan kesehatan, khususnya maternal dan prinalatal serta kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia pada umumnya. Istirahat tidak selalu berarti berbaring ditempat tidur, Namun pekerjaan sehari-hari perlu di kurangi. (Maryunani.2013:)

Berdasarkan pernyataan di atas penulis mengangkat tertarik melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Kamar Bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas penulis dapat merumuskan penelitian yaitu bagaimana Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Kamar Bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana

1.3. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian data dasar pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana .
- b. Melakukan Interpretasi data untuk mengidentifikasi diognosa atau masalah pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini dan di kamar Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
- c. Melakukan identifikasi masalah potensial pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana
- d. Melakukan identifikasi tindakan segera pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar Rawat Inap Puskesmas Sikumana
- e. Melakukan identifikasi rencana asuhan pada ibu bersalin dengan ketubah pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
- f. Melakukan identifikasi pelaksanaa rencana asuhan yang telah di tetapkan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
- g. Melakukan evaluasi hasil asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Peneliti Secara Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk mengidentifikasi berbagai pemecahan masalah yang berkaitan dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

1.4.2. Peneliti Secara Praktis

1. Bagi Penulis

Memberikan pengalaman yang berharga serta menambah pengetahuan bagi penulis.

2. Bagi Institusi

Dapat dijadikan bahan referensi perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

3. Bagi Lahan Praktek

Dapat di jadikan bahan acuan dalam kerja lapangan untuk meningkatkan pemahaman pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di kamar bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

4. Bagi Profesi

Hasil penelitian dapat di gunakan sebagai pedoman oleh bidan melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Persalinan

2.1.1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir . Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin, Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalinan.

1) Persalinan normal atau di sebut dengan persalinan spontan.

Pada persalinan ini, Proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Persalinan Abnormal / buatan. Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan forsep

atau vakum melalui dinding perut dengan operasi section caesarea atau SC.

- 3) Persalina anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi berlangsung setelah dilakukan perangsangan, seperti dengan pemecahan ketuban dan pemberian prostaglandin

2.1.2. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

- 1) Penurunan Kadar Progesterone Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya progesterone meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.
- 2) Teori Oxytosin Pada akhir kehamilan kadar oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot rahim.
- 3) Peregangan Otot-Otot Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbullah kontraksi untuk mengeluarkan janin
- 4) Pengaruh Janin Hipofise dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peran penting. Oleh karena itu pada anchepalus kelahiran sering lebih lama.
- 5) Teori Prostaglandin Kadar prostagladin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang

menyebabkan kontraksi miometrium. Faktor lain yang berpengaruh adalah berkurangnya jumlah nutrisi, hal ini dikemukakan oleh Hipokrates, bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan dilakukan. Faktor lain yang dikemukakan adalah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks, bila ganglion ini tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (his dapat dibangkitkan) (Endang Purwoastuti, 2015).

2.1.3. Tahap Persalinan

1) Pesalinan kala I

Kala I pembukaan di bagi menjadi dua fase, yakni:

a. Fase Laten

a) Pembukaan servik berlangsung lambat

b) Pembukaan 0 sampai pembukan 3

c) Berlangsung dalam 7-8 jam

b. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi menjadi 3 subfase.

a) Periode akselerasi: Berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

b) Periode dilatasi maksimal (steady) : Selam 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

c) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2) Persalinan kala II

Kala II atau disebut juga kala 'pengusiran', di mulai dengan pembukaan lengkap dari serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kala II di tandai dengan:

- a. His terkoordinasi, Kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali
- b. Kepala janin sudah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekana pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan.
- c. Tekanan pada rektum dan anus terbuka, sewrta vulva membuka dan perineum meregang.

3) Persalinan Kala III

Kala III atau kala pelepasan uri adalah periode yang di mulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah di lahirkan. Lama kala III pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung kurang lebih 10 menit.

4) Persalinan Kala IV

Dimulai dari lahir plasenta sampai dua jam pertama postpartum untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum.

Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

1. Evaluasi uterus
2. Pemeriksaan dan evaluasi servik, vagina , dan perineum
3. Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput, dan tali pusat
4. Penjahitan kembali episiotomi dan laserasi (jika ada)
5. Pemantuan dan evaluasi lanjut tanda vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan, kandung kemih.

2.1.4. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

Gejala persalinan sebagai berikut :

(1) Terjadinya His Persalinan

Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. His persalinan mempunyai sifat pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, semakin beraktifitas makin bertambah.

(2) Pengeluaran Lendir dan Darah

Dengan his persalinan terjadi perubahan serviks yang menimbulkan pendataran tanpa pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

(3) Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan, sebagian besar ketuban

baru pecah menjelang pembukaan. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

(4) Perubahan Serviks

Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks seperti pelunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks (Manuaba, 2005).

2.1.5. Mekanisme Persalinan

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada persentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul.

Mekanisme jalan lahir menurut (Ujiningtyh, 2009) di antaranya adalah :

1. Penurunan (Kepala masuk PAP)

Kepala masuk melintasi pintu atas panggul (promontorium), sayap sacrum, linea inominata, ramus superiorost pubis dan pinggir atas simpisis) dengan sutura sagitalis melintang, dalam sinklitismus arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat juga terjadi keadaan :

- Asinklitismus anterior adalah arah sumbu kepala membuat sudut lancip kepan dengan pintu atas panggul.

- Asinklitismus posterior adalah arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan pintu atas panggul.

2. Fleksi

Fleksi yaitu posisi dagu bayio menempel dada dan ubun-ubun kecil rendah dari ubun-ubun besar. kepala memasuki ruang panggul dengan ukuran paling kecil (diameter suboksipitobregmatika = 9,5) dan di dasar panggul kepala berada dalam fleksi maksimal.

3. Putar paksi dalam

Kepala yang turun menemui diapragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Kombinasi elastisitas dipragma pelvis dan tekanan intrauterin oleh his yang berulang-ulang mengadakan rotasi ubun-ubun kecil berputar kearah depan di bawah simpisis.

4. Defleksi

Setelah kepala berada di dasar panggul dengan ubun-ubun kecil di bawah simpisis (sebagai hipomoklion), kepala mengadakan defleksi berturut-turut lahir bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu.

5. Putar paksi luar

Gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

6. Ekspulsi

Putaran paksi luar bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring dan menyesuaikan dengan bentuk panggul, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah lahir bahu berada dalam posisi depan belakang dan bahu depan lahir dahulu, baru kemudian bahu belakang. mekanisme persalinan fisiologis penting di pahami, bila ada penyimpangan koreksi manual dapat di lakukan sehingga tindakan operatif tidak dapat dilakukan (Rustam Mochtar,2002).

2.1.6. Tanda-Tanda Persalinan

Gejala inpartu menurut (Mochtar, 2000), yaitu:

- a) Kekuatan his semakin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu pengeluaran lendir bercampur darah.
- c) Dapat disertai pecah ketuban
- d) Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks yaitu: perlunakan serviks, pendataran serviks, dan terjadi pembukaan serviks.

2.1.7. Faktor-Faktor Yang Berperan Dalam Persalinan

1. Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebalnya otot-otot rahim yang terjadi diluar kesadaran (involuter) dan dibawah pengendalian syaraf simpatik. Retraksi adalah pemendekan otot-otot rahim yang bersifat menetap setelah adanya kontraksi.

His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.

His yang normal mempunyai sifat : kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, kontraksi bersifat simetris, fundal dominan yaitu menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim, otot rahim yang

berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim, bersifat involunter yaitu tidak dapat diatur oleh parturient.

Tenaga meneran merupakan kekuatan lain atau tenaga sekunder yang berperan dalam persalinan, tenaga ini digunakan pada saat kala II dan untuk membantu mendorong bayi keluar, tenaga ini berasal dari otot perut dan diafragma. Meneran memberikan kekuatan yang sangat membantu dalam mengatasi resistensi otot-otot dasar panggul.

Persalinan akan berjalan normal, jika his dan tenaga meneran ibu baik. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic/atonia uteri dan hypertonic/tetania uteri.

2. Passanger (Muatan)

Passenger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.

Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak

seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang.

3. Passage (Jalan Lahir)

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Rongga-rongga panggul yang normal adalah : pintu atas panggul hampir berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol ke depan, kedua spina ischiadica tidak menonjol kedalam, sudut arcus pubis cukup luas (90-100), ukuran conjugata vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) ialah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, diameter oblique (ukuran sserong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm.

Jalan lahir dianggap tidak normal dan kemungkinan dapat menyebabkan hambatan persalinan apabila : panggul sempit seluruhnya, panggul sempit sebagian, panggul miring, panggul seperti corong, ada tumor dalam panggul.

Dasar panggul terdiri dari otot-otot dan macam-macam jaringan, untuk dapat dilalui bayi dengan mudah jaringan dan

otot-otot harus lemas dan mudah meregang, apabila terdapat kekakuan pada jaringan, maka otot-otot ini akan mudah ruptur.

Kelainan pada jalan lahir lunak diantaranya disebabkan oleh serviks yang kaku (pada primi tua primer atau sekunder dan serviks yang cacat atau skiatrik), serviks gantung (OUE terbuka lebar, namun OUI tidak terbuka), serviks konglomer (OUI terbuka, namun OUE tidak terbuka), edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, sehingga serviks terjepit diantara kepala dan jalan lahir dan timbul edema), terdapat vaginal septum, dan tumor pada vagina.

4. Psyche (Psikologis)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar.

Menurut Pritchard, dkk perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

5. Penolong

Memilih Penolong persalian yang berkompeten, seperti: bidan, dokter, perawat atau tenaga kesehatan yang terlatih.

6. Posisi Saat Bersalin

Posisi yang paling baik dalam bersalin adalah posisi semi fowler.

2.1.8. Prosedur pelaksanaan Persalinan kala I, II, III dan IV

1) Persalinan Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 6 -18 jam (rata-rata 13 jam) sedangkan multigravida sekitar 2-10 jam (rata-rata 7 jam). Berdasarkan kurve Friedmen, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, 1998).

- Fase laten berlangsung selama 7-8 jam pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm dan fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 menjadi 9 cm dan fase

deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm.

- Kala I ini selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam sedang pada multigravida 7 jam. Pembukaan primigravida 1 cm tiap jam dan multigravida 2 cm tiap 2 jam.

2) Persalinan Kala II

Persalinan kala II adalah kala pengeluaran yang di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala pengeluaran terjadi berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai lahir. Kala ini berlangsung :

- 1 – 2 jam pada primigravida
- $\frac{1}{2}$ - 1 jam pada multigravida

Tanda dan Gejala Kala II Persalinan:

- Ibu ingin meneran bersamaan dengan kontraksi
- Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum/vaginal
- Perineum terlihat menonjol
- Vulva vagina dan sfinger ani membuka
- Peningkatan pengeluaran lendir & darah

Kepemimpinan, ada aturan main, ada hukumnya, ada tatakramanya dan ada waktu untuk memimpin, semua ini

disebut dengan memimpin persalinan”Keseluruhan 60 standar dan langkah asuhan persalinan normal yang mempunyai arti, maksud dan tujuan, dan harus dikuasai seorang bidan tersebut adalah :

1. Mendengar dan Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua
 - Dor-an
 - Tek-nus
 - Per-jol
 - Vul-ka
2. Memastikan kelengkapan alat, bahan, serta obatan-obatan esensial pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & membuka spoid kemudian memasukan spoid disposable sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek partus dari bahan yang tidak tembus cairan.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang di pakai, kemudian mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

6. Mengambil spoid dengan tangan yang bersarung tangan, kemudian isap oksitosin dengan teknik satu tangan dan letakan kembali kedalam bak partus.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

14. menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungilah perineum dengan satu tangan yang di lapisi kain dan tangan yang lain menahan belakang kepala agar tidak terjadi defleksi.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah untuk melahirkan bahu anterior kemudian gerakan ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
25. Melakukan penilaian sepiantas : Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan? Dan Apakah bayi bergerak aktif?.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem pertama kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat dengan klem kedua kira-kira 2 cm dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Kemudian mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
32. Meletakkan bayi tengkurap di atas dada untuk melakukan IMD. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

3) Persalinan Kala III

33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan diatas fundus untuk mendeteksi kontraksi dan tangan yang lain memegang tali pusat.
35. Saat uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri mendorong uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat

dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

36. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
37. Setelah plasenta muncul pada introitus vagina, jemput plasenta dengan kedua tangan kemudian putar searah jarum jam hingga plasenta dan selaput ketuban terlepas.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
39. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
40. Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum, dan lakukan penjahitan bila ada robekan.

4) Persalinan Kala IV

41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Celupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5 %.
43. Pastikan kandung kemih kosong.
44. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
45. Mengajarkan ibu dan keluarga cara mesase dan menilai kontraksi.
46. Memeriksa TTV dan memastikan bahwa keadaan umum ibu baik.
47. Memantau keadaan bayi dan memastikan bayi bernapas dengan baik (30-60 x/i).
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi selama 10 menit.cuci dan bilas alat setelah di dekontaminasi.
49. Buanglah bahan-bahan yang terkontaminasi ditempat yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan cairan DTT dan bantu ibu memakai pakaian yang bersih.

51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI dan anjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang di inginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%.
53. Celupkan handscoon dan lepaskan secara terbalik kemudian rendam selam 10 menit dalam larutan clorin 0,5%.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir,lalu keringkan dengan handuk bersih.
55. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56. 56) Dalam waktu 1 jam pertama lakukan penimbangan dan pengukuran pada bayi, berikan tetes/salep mata antibiotik profilaksis dan injeksi vit.k 1mg IM dipaha kiri anterolateral.
57. Setelah satu jam pemberian vit.k, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dip aha kanan anterolateral.
58. Lepaskan sarung tangan secara terbalik kemudian rendam secara terbalik selama 10 menit dalam larutan clorin 0,5 %.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir, lalu keringkan dengan handuk bersih.

60. Lengkapi partograf.

2.2. Ketuban Pecah Dini

2.2.1. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujuyatini, 2009).

Beberapa definisi dari ketuban pecah dini sebagai berikut :

- a. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. (Manuaba, 2008).
- b. Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah sebelum ada tanda- tanda persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi dan dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih (Varney, H. 2007).
- c. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum in partu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten) yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. (Nugroho, T. 2010)

2.2.2. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Walaupun banyak publikasi tentang Ketuban Pecah Dini, namun penyebab sebelumnya belum diketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan Ketuban Pecah Dini, namun faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. (Safuddin, A.B. 2010) Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi yaitu :Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

- a. Serviks inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase).
- b. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion dan gemeli. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya Ketuban Pecah Dini karena biasanya disertai infeksi.
- c. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.

- d. Infeksi selaput maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bias menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (KPD).
- e. Trauma yang di dapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnion sintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- f. Keadaan social ekonomi dan factor lain :
 - a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - b. Faktor disproporsi atas kepala janin dan panggul ibu
 - c. Faktor multigravida, merokok dan antepartum.
 - d. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam aksorbat (vitamin c)
 - g. Kompetensi serviks (leher Rahim)
 - h. Polihidramnion (cairan ketuban berlebihan)
 - i. Riwayat KPD sebelumnya
 - j. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
 - k. Kelahiran kembar
 - l. Terauma
 - m. Serviks (leher rahim) yang pebdek (<25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu
 - n. Infeksi pada kehamilan seperti bacterial Vaginosis

2.2.3. Faktor Lain Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

- a Faktor golongan darah akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b Faktor disproporsi antara kepala janin dan panggul ibu (*sevalo pelvic disproporsi*).
- c Faktor multi gravidatis, dimana pada kehamilan yang terlalu sering akan mempengaruhi proses embryogenesis sehingga selaput ketuban yang terbentuk akan lebih tipis yang akan menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum ada tanda-tanda inpartu.
- d Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C).
(Nugroho, T. 2010)

2.2.4. Diagnosa Ketuban Pecah Dini

Menegakkan diagnosa Ketuban Pecah Dini secara tepat sangat penting. karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnosa yang negative palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu, di perlukan diagnosa yang cepat dan tepat. (Sujiyatini. 2009)

Diagnosa Ketuban Pecah Dini di tegakkan dengan cara :

a. Anamnesa

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

b. Inspeksi

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

c. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada Ketuban Pecah Dini akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), apabila belum juga tampak keluar maka fundus uteri di tekan, penderita di minta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

d. Pemeriksaan dalam

Didapat cairan dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu di pertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan

pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina yang dilakukan apabila Ketuban Pecah Dini yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan di batasi sedikit mungkin.

e. Pemeriksaan Penunjang Ketuban Pecah Dini

1. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau secret vagina.

a) Tes lakmus (tes nitrazin) yaitu jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru gelap jika kontak dengan bahan yang bersifat basa menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

b) Mikroskopik (tes pakis) yaitu memasang speculum steril menggunakan kapas lidi untuk mengumpulkan specime baik dari cairan vorniks vagina posterior maupun cairan dari orifisium serviks karena lendir serviks juga berbentuk pakis, hapus specimen pada objek mikroskop

dan biarkan seluruhnya kering minimal 10 menit kemudian lihat di bawah mikroskop untuk memeriksa pola pakis.

2. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. (Nugroho, T. 2010).

2.2.5. Komplikasi Pada Ketuban Pecah Dini

Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan yaitu :

- a. Infeksi intrauterine
- b. Persalinan prematuritas
- c. Keluarnya tali pusat (prolaps tali pusat)
- d. Hipoksia dan asifiksia. (Nugroho, T. 2010)

2.2.6. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Mekanisme terjadinya Ketuban Pecah Dini yaitu :

- a. Terjadinya pembukaan premature serviks
- b. Membrane terkait dengan pembukaan terjadi :
 - 1) Devaskularisasi
 - 2) Nekrosis dan dapat diikuti pecah spontan
 - 3) Jaringan ikat yang menyanggah membrane ketuban makin berkurang

- 4) Melemahnya daya tahan ketuban di percepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan enzim kolagenase. (Manuaba. 2008).

2.2.7. Penanganan Ketuban Pecah Dini

a. Konservatif

- 1) Rawat di rumah sakit dengan tirah baring.
- 2) Berikan antibiotic (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari).
- 3) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, di rawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu tidak ada infeksi, tes busa negative berikan dexametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada umur kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), dexametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterine).

7) Pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 minggu sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

1) Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea dapat pula di berikan misoprostol 25-50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri jika:

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

b) Bila skor pelvic > 5, induksi persalinan

2.2.8. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

1. Defenisi Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan atau diadakan (*Ali Lukman*, 1999). Umur ibu adalah usia saat melahirkan yang dinyatakan dalam tahun kalender, umur bertambah sejalan dengan perkembangan biologis organ-organ tubuh manusia yang pada usia tertentu mengalami perubahan.

Umur ibu pada saat hamil merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Umur yang dianggap berisiko adalah umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Faktor yang mempunyai pengaruh sangat erat dengan perkembangan alat-alat reproduksi wanita dimana reproduksi sehat merupakan usia yang paling aman bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan yaitu 20-35 tahun, dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan melahirkan adalah 20-30 tahun (*Wiknjosastro, 2006 : 23*).

Sedangkan umur ibu pada saat melahirkan dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun berisiko untuk melahirkan anak yang tidak sehat. Umur dibawah 20 tahun alat-alat reproduksinya belum begitu sempurna untuk menerima keadaan janin, sementara umur yang lebih dari 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi alat reproduksinya telah mengalami kemunduran (*Wiknjosastro, 2006 : 23*).

2. Pengaruh umur terhadap Ketuban Pecah Dini

Usia ibu hamil terlalu muda (< 20 tahun) dan terlalu tua (> 35 tahun) mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur dibawah 20 tahun, dari segi biologis fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk

menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental dan emosional, sedangkan pada umur diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama ketuban pecah dini.

2.2.9. Tinjauan Tentang Paritas

1. Defenisi paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan atau pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu dan berat badan janin mencapai lebih dari 1000 gram. Frekuensi melahirkan yang sering dialami oleh ibu merupakan suatu keadaan yang dapat mengakibatkan endometrium menjadi cacat dan sebagai akibatnya dapat terjadi komplikasi dalam kehamilan. (Varney, 2001)

2. Pengelompokkan paritas

IBG Manuaba (1998) mengelompokkan paritas kedalam berbagai kategori, yaitu

- a. Primipara (paritas 1) yaitu wanita yang telah melahirkan seorang anak, cukup besar untuk hidup didunia luar (matur atau prematur).

- b. Multipara (paritas 2-3) adalah wanita yang telah melahirkan tiga orang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar (matur atau prematur).
- c. Grandemultipara (paritas ≥ 5) adalah wanita yang telah melahirkan tiga orang anak atau lebih yang cukup besar untuk hidup didunia luar (matur atau prematur).

3. Pengaruh paritas terhadap Ketuban Pecah Dini

Penyebab KPD belum diketahui secara pasti, namun menurut Sarwono Prawirohardjo kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah faktor multigraviditas/paritas. (Prawirohardjo,2010)

Paritas 2-3 merupakan paritas yang dianggap aman ditinjau dari sudut insidensi kejadian ketuban pecah dini. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai risiko terjadinya ketuban pecah dini lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (satu), alat-alat dasar panggul masih kaku (kurang elastik) daripada multiparitas. Uterus yang telah melahirkan banyak anak (grandemulti) cenderung bekerja tidak efisien dalam persalinan (*Cunningham, 1998 : 36*).

2.2.10. Konsep Dasar Kebidanan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah vital yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien. Pada tahap ini semua data dasar dan informasi tentang pasien dikumpulkan dan dianalisa untuk mengevaluasi keadaan pasien (Varney, 2007).

1) Data Subyektif

Data subyektif menurut Nursalam (2003), adalah data yang di dapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independent tetapi melalui suatu sistem interaksi atau komunikasi, data yang diperoleh yaitu sebagai berikut :

a. Biodata

- 1) Nama : Untuk mengenal dan mengetahui pasien
- 2) Umur : Umur di catat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap
- 3) Agama : Untuk memberikan motivasi dorongan moril sesuai dengan agama yang di anut

- 4) Suku : Untuk mengetahui faktor bawaan atau ras
- 5) Pendidikan : Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada pengetahuan.
- 6) Alamat : Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila perlu dilakukan
- 7) Pekerjaan : Untuk mengetahui status ekonomi keluarga,

b. Alasan datang atau keluhan utama

Keluhan utama adalah mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan (varney, 2004). Keluhan yang dirasakan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah ibu mengatakan mengeluarkan cairan yang merembes melalui vagina, ada bercak yang banyak di vagina, nyeri perut dan demam (Mochtar,2003)

c. Riwayat Haid / menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus, lama, banyaknya, haid teratur atau tidak, sifat darah, disminohoe atau tidak (Wheeler, 2004)

d. Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan klien dan lamanya perkawinan (Wheeler, 2004)

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

(1) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan (Winkjosastro, 2007)

(2) Persalinan : Spontan atau buatan lahir aterm atau pada perdarahan atau tidak, waktu persalinaan di tolong oleh siapa , dimana tempat melahirkan (Winkjosastro, 2007)

(3) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (abortus , lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya (Sujiyatini, 2009)

e. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu di kaji untuk mengetahui apakah ibu resmi atau tidak , meliputi :

(1) Hari Pertama Haid (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur (Winkjosastro, 2007).

(2) HariPerkiraan Lahir (HPL)

Untuk mengetahui perkiraan lahir (Winkjosastro, 2007)

(3) Keluhan-keluhan

Untuk mengetahui apakah ada keluhankeluhan pada trimester I, II, dan III (Winkjosastro,2007)

(4) Ante Natal Care (ANC)

Mengetahui riwayat ANC, teratur tidak, tempat ANC, dan saat kehamilannberapa 9 Sujiyatini, 2009)

f. Riwayat keluarga berencana

Ibu pernah atau belum pernah menjadi akseptor KB, bila pernah di sebutkan alat kontrasepsi apa yang pernah dipakai dan lamanya penggunaan, dehingga dapat diketahui jarak kehamilana (Nursalam, 2003)

g. Riwayat penyakit

(1) Riwayat penyakit sekarang

Untuk mengetahui penyakit yang diderita saat ini (Sujiyatini, 2009)

(2) Riwayat penyakit sistemik

Untuk mengetahui apakah pasien menderita seperti jantung, ginjal, asma, hepatitis, epilepsi atau penyakit lainnya (Sujiyatini, 2009)

(3) Riwayat Penyakit keluarga Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, menurun seperti jantung dan DM (Sujiyatini, 2009)

(4) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui tidaknya keturunan kembar dalam keluarga (Sujiyatini, 2009)

(5) Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani (Sujiyatini, 2009)

h. Data kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Dikaji untuk menanyakan ibu hamil apakah menjalani diet khusus, bagaimana nafsu makannya, jumlah makana, minum atau cairan yang masuk (Alimul, 2006)

(2) Personal Hygiene

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakain (Wiknjosastro, 2007)

(3) Eliminasi

Hal ini di kaji untuk mengetahui kebiasaan BAK dan BAB yang meliputi frekuensi dan konsistensi (Alimul, 2006)

(4) Aktivitas

Di kaji untuk mengetahui apakah ibu dapat istirahat atau tidur sesuai kebutuhan.

(5) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui berapa jam ibu tidur malam dan berapa jam ibu tidur siang (Saefuddin, 2006)

(6) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, misal wanita mengalami banyak perubahan emosi psikologis selama masa bersalin

(7) Kebiasaan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khusus pada masa bersalin , misalnya pada kebiasaan pantangan makan (Ambarwati, 2007)

2) Data Objektif

Data objektif objektif adalah data yang sesungguhnya yang dapat diobservasi dan lihat oleh tenaga kesehatan (Nursalam, 2003).

Data objektif meliputi :

a) Status generalis

- (1) Keadaan umum : Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek (Prihardjo, 2007).
- (2) Kesadaran : Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien apakah composmentis, apatis, somnolen, delerium, korna dan koma (Varney, 2009).
- (3) Tekanan darah : Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi, batas normal 120/80 mmhg (Saefuddin, 2006)
- (4) Suhu : Untuk mengetahui suhu tubuh klien.
- (5) Nadi : Untuk mengetahui nadi pasien yang di hitung dalam menit (Saefuddin, 2006)

- (6) Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang di hitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2006)
- (7) Tinggi badan : Untuk mengetahui tinggi badan ibu
- (8) Berat Badan : Untuk mengetahui berat badan ibu
- (9) Lila : Untuk mengetahui lingkar lengan ibu

b) Pemeriksaan Sistematis

Pemeriksaan sistematis yaitu pemeriksaan melihat klien dari ujung rambut sampai ujung kaki meliputi.

1) Kepala

- (a) Rambut : Meliputi warna mudah rontok atau tidak dan kebersihan (Nursalam, 2003)
- (b) Muka : Keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan, adakah oedema. (Winkjosastro, 2007)
- (c) Mata : Untuk mengetahui apakah konjungtiva warna merah muda dan sklera warna putih pada wanita dengan ketuban pecah dini konjungtiva pucat (ALIMUT, 2004)

- (d) Hidung : Bagaiman kebersihannya, ada polip atau tidak (Nursalam, 2003)
- (e) Telingan : Bagaimana kebersihan ada serumen atau tidak (Nursalam, 2003)
- (f) Mulut/gigi/gusi :Ada sitomatis atau tidak, keadaan gigi, gusi berdarah atau tidak (Nursalam, 2003)
- (g) Leher : Adalah pembesaran kelenjar thyroid, ada benjolan Atau tidak, adalah pembesaran kelenjar limfe (Nursalam, 2003)
- (h) Dada dan axila : Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak. benjolan atau tidak ,ada nyeri atau tidak dan kolostrum ASI sudah keluar atau belum (Nursalam, 2003)

2) Ekstremitas atas dan bawah

Ada cacat atau tidak oedema atau tidak meliputi varices atau tidak (Winkjosastro, 2007)

c) Pemeriksaan khusus obstetri (lokalis)

(1)Abdomen

- (a) Inspeksi

Perlu di lakukan untuk mengetahui apakah ada pembesaran, ada luka bekas operasi atau tidak, striae gravidarum, linea nigra, atau alba,ada luka bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak (Manuba, 2007)

(b) Palpasi

Kontraksi : Pada kasus ibu bersalin dengan ketuban pecah dini terjadi gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan kontraksi uterus yang di tandai dengan rasa nyeri di bagian perut , ekspresi wajah meringis. Ibu menahan sakit dan keadaan umum lemah (Elzahar, 2012)

Leopold I : Untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui berat janin, umur kehamilan dan bagian janin apa yang terjadi di fundus uteri seperti membujur atau akan kosong jika posisi janin melintang, kepala: Bulat padat mempunyai gerakan pasif (ballo tement),

bokong tidak padat, lunak,tidak mempunyai gerak pasif (bantuan atau gerak ballotement) (Manuba, 2007).

Leopold II : Untuk menentukan letak punggung janin dapat untuk mendengar detak jantung janin pada puctum maximun dengan teknik kedua telapak tangan melakukan palpasi pada isi kanan dan kiri.

Leopold III : Untuk menentukan bagian terendah janin , bila teraba bulat, padat (kepala) dan bila bokong teraba tidak bulat, tidak keras (Manuaba, 2007)

Leopold IV : Pemeriksaan dengan menghadap ke arah kaki ibu. Untuk mengetahui apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut kedalam rongga panggul (Manuaba, 2007)

TBJ : Menurut Mansjoer (2005) TBJ (Tafsiran Berat janin) dapat di

tentukan berdasarkan johnson
toschock yang berguna untuk
mengetahui pertimbangan
persalinan secara spontan
pervaginam.

(c)Auskultasi

Djj (Denyut jantung janin) : Terdengarnya jantung
janin menunjukkan bahwa janin hidup dan tanda
pasti kehamilan. punctum maximum janin
tergantung presentasi , posisi, dan kehamilan
kembar, biasanya pada daerah punggung janin,
Frekuensi di atas 120-160 x/menit .

(2)Pemeriksaan panggul

(a) Kesan panggul

Dapat diketahui melalui pelvimetri rontgen atau
melalui pengukuran panggul penting untuk
diketahui kesan panggul ini untuk perencanaan
persalinan pervaginam ada 4 kesan panggul
ginekoid, platipeloid, antropoid, dan android, tapi
paling baik untuk wanita ginekoid dapat persalinan
pervaginam (Farrer, 2004).

(b) Distantia spinarum

Jarak antara kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra, Ukuran \pm 24 cm – 26 cm (Farrer, 2004)

(c) Distantia kristarum

Jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka sinistra dan dekstra, Ukuran \pm 28 cm- 30 cm (Farrer, 2004)

(d) Conjugata eksterna (boudelaque)

Jarak antara bagian atas simfisis processus spinosus lumbal 5. Ukuran \pm 18 cm (Farrer, 2004)

(e) Lingkar panggul

Jarak antar tepi atas simfisis pubis superior kemudian ke lumbal kelima kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis diukur dengan metlin normalnya 80-90 cm (Sumarah, 2008)

(3) Anogenital

(a) Vulva vagina

Varices : Ada varices atau tidak.
Oedema atau tidak

Luka : Ada luka bekas operasi atau tidak.

Kemerahan : Ada kemerahan atau tidak
Nyeri : Ada nyeri tekan atau tidak
Pengeluaran pervaginam : Terjadi pengeluaran
pervaginam atau tidak pada
kasus ibu bersalin dengan
ketubanpecah dini keluar
cairan ketubamerembes
melalui vagina

(b) Perinium

Bekas luka : Ada bekas luka preinium atau
tidak

Lain-lain : Ada bekas luka lain atau
tidak.

(c)Anus

Haemorhoid : Terjadi haemorhoid atau
tidak.

Lain-lain : Terdapat kelainan lain pada
anus tidak

(d) Inspekulo

Vagina : Ada benjolan atau tidak ada
kemerahan serta infeksi
atau tidak.

Partio : Ada erosi atau tidak

(e) Vagina Toncher

Presentasi : untuk mengetahui presentasi janin adalah kepala atau bokong

Posisi : Untuk mengetahui posisi janin memanjang atau melintang

Kesan panggul : Untuk mengetahui kesan panggul normal atau tidak.

d) Pemeriksaan menunjang

Data penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnosa, apabila diperlukan, Misalnya pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan HB dan Popsmeaar. Dalam kasus ini pemeriksaan penunjang dilakukan , yaitun dengan melakukan pemeriksaan laboratorium meliputi tes lakmus , tes pakis dan pemeriksaan USG (Nugroho . 2010

2. Interpretasi Data

Varney (2007) mengatakan bahwa pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau

diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi data yang besar atas data-data yang dikumpulkan.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat selesai seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

a. Diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Varney, 2007).

Diagnosa: Ny N G1POAO janin tunggal hidup intra uterin presentasi kepala dengan KPD inpartu kala I fase aktif.

Data Sunyektif

Ibu mengatakan mengeluarkan lendir keoklatan dan air ketuban sudah tidak pecah (Varney, 2004).

Data obyektif

Menurut Varney (2004), data obyektif meliputi :

a) Keadaan umum ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
baik

b) Kesadaran ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
composmentis

c) TTV: Tekanan darah : 120/80 mmhg

Nadi : 69-100 x/ menit

Suhu : >_38 c

Respirasi : 12-22 x/menit

Muka : Tampak pucat

Konjungtiva : Merah muda

d) PPV : Keluar cairan ketuban merembes
melalui vagina

b. Masalah

Masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang di temukan dari hasil pengkajian atau yang mentertai diagnosa sesuai dengan keadaan pasien. Masalah yang sering muncul pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu ibu tampak gelisah dan cemas menghadapi persalinan (Nursalam, 2003)

c. Kebutuhan

Kebutuhan merupakan hal-hal yang dibutuhkan pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan analisa data (Varney, 2004)

Menurut Manuaba (2007), kebutuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah:

- a) Informasi tentang keadaan ibu
- b) Informasi tentang makanan bergizi dan cukup kalori
- c) Support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.

3. Diagnosa potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Varney, 2004).

Diagnosa potensial yang terjadi pada kasus ketuban pecah dini adalah terjadinya resiko infeksi dan komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan bayinya serta pengeluaran cairan dalam berlebihan dalam jumlah besar yang terus menerus (Varney, 2009).

4. Antisipasi / intervensi

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus setelah bidan merumuskan masalah yang dilakukan

untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada step sebelumnya,

Bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/ segera . Dalam merumuskan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan (Varney, 2004).

Antisipasi yang dilakukan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu dengan menaikkan insidensi bedah cesar dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi choriomniomitis (Manuaba, 2008)

5. Rencan tindakan

Tahap ini merupakan tahap penyusunan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh denga tepat dan berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya, Rencana tindakan yang dapat dilakukan pada bu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- 1) Memantau suhu,nadi dan DJJ setiap 4 jam
- 2) Evaluasi nyeri tekan uterus setiap hari
- 3) Hitung sel darah putih denga hitung jenis setiap hari akan setiap dua hari
- 4) Apabila muncul tandan atau gejala koriamnionitis segera berkonsultasi dengan dokter

- 5) Mempertahankan kebutuhan kehamilan sampai cukup matur
- 6) Waktu terminasi hamil aterm dapat di anjurkan pada selang waktu 6 jam – 24 jam, bila tidak terjadi his spontan
- 7) Pada usia kehamilan 24 sampai 32 minggu saat berat janin cukup
- 8) Pemeriksaan USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan

6. Pelaksanaan

Pada langkah ini keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang bidan dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya (Varney, 2004).

7. Evaluasi

Pada langkah ini keefektifan dari asuhan yang telah diberikan , meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah (Varney, 2004).

Evaluasi pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu :

- 1) Infeksi tidak terjadi dan tanda-tanda vital sign dalam batas normal
- 2) Ibu dan bayinya selamat, persalinan dapat berjalan dan berhasil

2.3. Masa Nifas

2.3.1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (postpartum/ puerperium) berasal dari bahasa Latin, yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “parious” yang berarti melahirkan. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Periode masa nifas (puerperium) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. proses ini di mulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali keadaan sebelum hamil/ tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologi karna proses persalinan.

Jadi, masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6-8 minggu.

Pengertian Masa Nifas Menurut Para Ahli

1. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003:003).
2. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. (Abdul Bari, 2000:122).
3. Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. (F. Gary cunningham, Mac Donald, 1995:281).
4. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6- 12 minggu. (Ibrahim C, 1998).

2.3.2. Tujuan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Tujuan asuhan masa nifas normal terbagi 2 yaitu:

1. Tujuan umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal

mengasuh anak.

2. Tujuan khusus

Menurut Saifuddin, A. 2009 tujuan asuhan masa nifas adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologik
- b. Melakukan skiring, mendeteksi masalah, atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan Diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB).

2.3.3. Tahapan Pada Masa Nifas

Ada 3 fase atau tahapan yang dilewati oleh ibu ketika masa nifas, antara lain:

1. Puerperium Dini

Puerperium Dini yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lama 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulan atau tahunan.

2.3.4. Periode Pada Masa Nifas

Ada 3 periode yang dilewati oleh ibu ketika masa nifas, antara lain:

1. Periode imediat post partum

Imediat post partum adalah waktu dari bayi lahir hingga 24 jam. Pada periode ini biasanya ibu masih dalam pengawasan bidan, karena setelah proses persalinan kemungkinan terjadinya pendarahan sangat besar, sehingga memerlukan pengawasan intensif.

2. Periode early post partum

Early post partum adalah waktu 1 hari setelah bayi lahir sampai dengan 1 minggu setelah bayi lahir. Pada saat ini bidan akan menganjurkan anda untuk melakukan kunjungan ulang untuk melihat luka jahitan dan tinggi fundus apakah dalam keadaan normal atau tidak, beberapa bidan juga akan melakukan pemeriksaan terhadap bayi dan melakukan imunisasi.

3. Periode late post partum

Late post partum adalah waktu 1 minggu setelah bayi lahir sampai 5 minggu setelah bayi lahir. Pada tahapan ini bidan akan menjelaskan tentang konseling KB.

2.3.5. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain :

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
4. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.

7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.

8. Memberikan asuhan secara profesional

2.3.6. Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Kunjungan Waktu Asuhan

I. 6-8 jam post partum

- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
- Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- Pemberian ASI awal.
- Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

II. 6 hari post partum.

- Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
- Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

III. 2 minggu post partum Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

- Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
- Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.

- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.IV. 6 minggu post partum
- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
- Memberikan konseling KB secara dini.

2.3.7. Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

Setelah melahirkan ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari fisiknya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan asimilasi terhadap bayinya, berada di bawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya dan merasa tanggung jawab yang luar biasa sekarang untuk menjadi seorang ibu

Tidak mengherankan bila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali merasa kerepotan. Masa ini adalah masa rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Reva rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian antara lain :

1. Periode "Taking in"

- a. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekawatiran akan tubuhnya.
- b. Ia mungkin mengulang-ulang menceritakan pengalaman waktu melahirkanya
- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif
- e. Dalam memmberi asuhan bidan, harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu, pada tahap ini bidan harus menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental dan aspirasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga dapat leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan dapat dihadapi bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan

oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya karna kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

2. Periode “taking hold”

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
- b) Ini menjadi perhatian pada kemampuan menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAA dan BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya mengendong, memandikan dan memasang popok dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya sangat sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut
- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu di perhatikan teknik bimbinganya jangan sampai menyingung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitive. Hidari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karna hal itu

akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.

3. Periode "Letting Go

- a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah periode ini pun sangat berpengaruh terhadap dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu,kebebasan, dan hubungan social.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Factor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

1. Respon dan dukungan keluarga dan teman.

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologinya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang ibu. Dengan respon positif dari lingkungan, akan

mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat

2. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi. Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaan terhadap perannya sebagai ibu. Ia menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia akan bertekad untuk meningkatkan kualitas hubungan dengan ibunya.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu. Walaupun kali ini adalah bukan pengalaman yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan yang positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya yang membedakan teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan aspirasi dan keberhasilan dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

4. Pengaruh budaya adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga akan sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu akan melewati saat transisi ini. Apalagi ada yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini bidan harus bijaksana menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan kepada ibu dan bayi yang akan memudahkan bidan dalam memberi asuhan.

2.3.8. Masalah Yang Biasa dihadapi Ibu Pasca Persalinan

1. POST PARTUM BLUE

Fenomena pasca partum awal atau baby blues merupakan sekuel umum melahirkan bayi biasanya terjadi pada 70% wanita . penyebabnya adalah beberapa hal,antara lain lingkungan tempat melahirkan yang kurang mendukung, perubahan hormone yang cepat,dan keraguan terhadap peran yang baru. Pada dasarnya, tidak satu pun dari ketiga hal tersebut termasuk penyebab konsisten . factor penyebab biasanya merupakan kombinasi dari berbagai factor, termasuk adanya gangguan tidur yang tidak dapat dihindari oleh ibu selama masa-masa awal menjadi seorang ibu.

Post partum blues biasanya dimulai pada beberapa hari setelah kelahiran dan berakhir setelah 10-14 hari.

Karakteristik post partum blues meliputi:

- a. Menangis
- b. Merasa letih karena melahirkan
- c. Gelisah
- d. Perubahan alam perasaan
- e. Menarik diri
- f. Serta reaksi negatif terhadap bayi dan keluarga

Karena pengalaman melahirkan digambarkan sebagai puncak ibu baru mungkin merasa perawatan dirinya tidak kuat atau ia tidak mendapatkan perawatan yang tepat, jika pengalaman melahirkan tidak sesuai dengan apa yang ia alami. Ia mungkin juga merasa diabaikan jika perhatian keluarannya tiba-tiba berfokus pada bayi dilahirkannya

Kunci untuk mendukung wanita dalam melalui periode ini adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik baginya, serta yakinkan padanya bahwa ia adalah orang yang berarti bagi keluarga dan suami. Hal yang terpenting berikan kesempatan untuk beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilan menjadi orang tua dari bayi yang baru lahir dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya.

2. Depresi post partum

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi paska persalinan (depresi pos partum). Berikut ini gejala – gejala depresi paska persalinan

1. Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur.
2. Nafsu makan hilang,
3. Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
4. Terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali sama bayi
5. Tidak menyukai atau takut menyentuh bayi
6. Pikiran yang menakutkan mengenai bayi
7. Sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan pribadi
8. Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernafas atau perasaan berdebar- debar

Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikater. Jika depresi berkepanjangan ibu perlu mendapatkan perawatan dirumah sakit. Seorang ibu nulipara mudah mengalami depresi masa nifas. Hal ini disebabkan oleh kesibukannya yang mengurus anak-anak sebelum kelahiran anaknya ini. Ibu

yang tidak mengurus dirinya sendiri, seorang ibu cepat murung, mudah marah-marah. Hal ini menandakan ibu menderita depresi masa nifas. Dibutuhkan juga dukungan keluarga dengan cara selalu mengunjungi dan menawarkan bantuan dan dorongan kepada ibu.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran diskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Notoatmodjo, 2002). Di mana bertujuan untuk mendapatkan karakteristik ibu bersalin dengan KPD di Rawat Inap Puskesmas Sikumana

3.2. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Dalam penelitian ini populasi adalah ibu bersalin dengan KPD pada tahun 2018 dan periode November 2018 yang ada di Rawat Inap Puskesmas sikumana.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006) Sampel adalah sebagian yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel kasus diambil berdasarkan hasil pemeriksaan secara klinis, ibu yang bersalin terindikasi KPD yang dirawat di Rawat Inap Puskesmas Sikumana. Dalam hal ini jumlah sampel yang ditetapkan berjumlah 1 kasus KPD.

3.3. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara

menggunakan data sekunder. Data sekunder adalah data yang didapatkan dari pihak Rawat Inap Puskesmas Sikumana. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian berupa ceklist sesuai rekam medik atau *medical record*, ibu bersalin dengan KPD di Rawat Inap Puskesmas Sikumana Tahun 2018-2019.

3.5. Keterbatasan Penelitian

Data yang tersedia adalah data sekunder dan informasi yang ada dalam catatan rekam medis sangat terbatas sehingga tidak semua hal-hal yang berkaitan dengan KPD dapat digali secara mendalam.

3.6. Lokasi dan Jadwal Penelitian

- 1.Lokasi, penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin Rawat Inap Puskesmas
Sikumana.
- 2.Waktu Penelitian, penelitian ini dimulai bulan November 2018.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

4.1. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 13-11-2018 Jam : 16:30 wita

Oleh mahasiswa : Yanti Rahmatina

A. BIODATA

Nama Ibu	: Ny. N. Y	Nama Suami	: Tn. M. S
Umur	: 24 Thn	Umur	: 26Thn
Suku/Kebangsaan	: Rote	Suku/Kebangsaan	: jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat Rumah	: Naikoten I	Alamat Rumah	: Naikoten I

B. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan utama : Ibu mengeluh nyeri di daerah simpisis yang menjalar kepinggang. Ibu mengatakan sudah keluar lendir bercampur darah dan ketuban sudah pecah, gerakan anak masih dirasakan, sejak tanggal 12-11-2018, jam 14:00 wita

2. Riwayat haid

- a. Menarche : 13 tahun
- b. Siklus : 28 hari
- c. Lamanya haid : 5 hari
- d. Sifat darah : encer
- e. Nyeri haid : tidak ada
- f. HPHT: 03-02-2018

3. Riwayat perkawinan

- a. Status perkawinan : sah
- b. Lamanya kawin : 2 tahun
- c. Umur pada saat
Kawin pertama : 22 tahun
- d. Berapa kali kawin : 1 kali

4. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pergerakan anak
Dirasakan pada : Sejak usia kehamilan 5 bulan
- b. ANC berapa kali : 10 kali, dilakukan sejak usia
kehamilan 3 bulan
- c. Tempat ANC : Puskesmas Sikumana
- d. Pergerakan janin
Dalam 24 jam terakhir : Bergerakan 10 kali / 24 jam
- e. Imunisasi TT 1 : 15 April 2018
- f. Imunisasi TT 2 : 23 Mei 2018

5. Riwayat persalinan yang lalu

No	Tgl Persalinan	Thn	Jenis Persalinan	Usia Kehamilan	Penolong	Penyulit Kehamilan dan persalinan	Jenis Persalinan	BB	PB	Keadaan
1	GI		P0	A0	-	-	-	-	-	-

6. Riwayat keluarga berencana

- a. KB yg pernah digunakan : Ibu belum pernah menggunakan
KB

7. Riwayat Kesehatan

Penyakit yang pernah diderita oleh ibu/ pasien

- a. Jantung : Tidak ada
b. PHS/HIVAIDS : Tidak ada
c. Hipertensi : Tidak ada
d. Apakah pernah transfuse : Tidak ada
e. Hepatitis : Tidak ada
f. Apakah pernah operasi : Tidak ada
g. Jiwa : Tidak ada
h. Apakah pernah operasi : Tidak ada
i. Campak : Tidak ada
j. Apakah pernah alergi obat: Tidak ada
k. Varisela : Tidak ada
l. Apakah pernah kecelakaan: Tidak ada
m. Malaria : Tidak ada
n. Lain-lain : Tidak ada

8. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

- a. Jantung : Tidak ada
- b. PHS/HIVAIDS : Tidak ada
- c. Hipertensi : Tidak ada
- d. Apakah pernah transfuse : Tidak ada
- e. Hepatitis : Tidak ada
- f. Apakah pernah operasi : Tidak ada
- g. Jiwa : Tidak ada
- h. Apakah pernah operasi : Tidak ada
- i. Campak : Tidak ada
- j. Apakah pernah alergi obat : Tidak ada
- k. Varisela : Tidak ada
- l. Apakah pernah kecelakaan : Tidak ada
- m. Malaria : Tidak ada
- n. Lain-lain : Tidak ada
- o. Apakah ada keluarga yang keturunan kembar : Tidak pernah

9. Keadaan psikososial

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini : ibu mengatakan senang dengan kehamilan sekarang
- b. Dukungan dari keluarga ibu mengatakan keluarga sangat mendukung
- c. Jenis persalinan yang di harapkan : normal

d. Pengambilan keputusan dalam keluarga secara bersama-sama

10. Perilaku kesehatan

- a. Merokok : Tidak ada
- b. Miras : Tidak ada
- c. Konsumsi obat terlarang: Tidak ada
- d. Minum kopi : Tidak ada

11. Riwayat latar belakang budaya

- a. Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- b. Pantangan makanan : Tidak ada
- c. Kepercayaan yg berhungan dengan persalinan : Tidak ada
- d. Kepercayaan yg berhubungan dengan nifas : Tidak ada

12. Riwayat seksual

- a. Apakah ada perubahan pola hubungan seksual
 - 1) TM I : Tidak melakukan hubungan seksual
 - 2) TM II : Ibu mengatakan 1 kali/minggu
 - 3) TM III : Ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual
- b. Apakah ada penyimpangan / kelainan seksual : ibu mengatakan tidak ada

13. Riwayat diet makanan

- a. Jenis makanan pokok : Nasi, sayur
- b. Porsinya : 1 piring
- c. Frekuensi makan : 3 kali/hari

- d. Lauk pauk : Tahu, ikan, tempe, telur
- e. Minum susu dan air putih : Minum susu 2 kali/hari, air putih 7-8 gelas/hari
- f. Keluhan : Tidak ada

14. Riwayat pola eliminasi

a. BAK

- 1. Frekuensi : 5-6 kali /hari
- 2. Warna dan bau : Kuning dan khas kencing
- 3. Keluhan : Tidak ada

b. BAB

- 1. Frekuensi : 1 kali/hari
- 2. Warna dan bau : kuning dan khas feses
- 3. Keluhan : Tidak ada

15. Riwayat pola istirahat

- a. Tidur siang : 1-2 jam / hari
- b. Tidur malam : 8 jam / hari
- c. Keluhan : Tidak ada

16. Riwayat kebersihan diri

- a. Mandi : 2 kali perhari
- b. Sikat gigi : 2 kali perhari
- c. Ganti pakain luar dan dalam : 2 kali perhari
- d. Keramas rambut : 3 kali rminggu

- e. Perawatan payudara : Saat mau mandi, dengan cara di oles baby oil pada puting susu sambil di tarik

C. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Komposmentis
- c. Bentuk tubuh : Lordosis
- d. Ekpresi wajah : Meringis kesakitan
- e. Tanda vital

Suhu : 37 c

Pernapasan : 24 kali/ menit

Tekanan : 120/80 mmhg

Nadi : 80 kali / menit

f. TB

g. BB : Sebelum hamil : 45 kg

Sesudah hamil : 64 kg

h. Lila : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

- a. Kepala : Tidak ada benjolan
- b. Rambut : Bersih, tidak ada ketombe
- c. Wajah
 - 1. Bentuk : Tidak ada
 - 2. Pucat : Tidak ada
 - 3. Cloasma gravidarum : Tidak ada

4. Oedema : Tidak ada

d. Mata

1. Conjunctiva : Merah muda

2. Sclera : Putih

3. Oedema : Tidak ada

4. Mulut

a. Mukosa bibir : Lembab

b. Warna bibir : Merah

c. Stomatitis/ sariawan : Tidak ada

5. Gigi

a. Kelengkapan gigi : Ya

b. Caries gigi : Tidak ada

6. Tenggorakan

a. Warna : Merah

b. Tonsil : Tidak ada peradangan

7. Leher

a. Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

b. Adakah pembesaran kelenjar throid : Tidak ada

c. Adakah bendungan vena jugularis : Tidak ada

8. Dada

1. Bentuk : Simetris

2. Mammae

- a. Bentuk : Simetris
- b. Areola : Ada hiperpigmentasi
- c. Puting susu : KA/KI ; Menonjol

9. Perut

- a. Bentuk : Memanjang
- b. Linea nigra : Ya
- c. Striae albicans : Ya
- d. Bekas luka operasi : Tidak ada

10. Ekstermitas

- a. Bentuk : Simetris

11. Vulva vagina dan anus

- a. Bentuk : Normal
- b. PPV : Ada, keluaranya darah bercampur lender yang berwarna merah segar
- c. Varises : Tidak ada
- d. Haemoroid : Tidak ada

12. Palpasi

- 1. Kepala : Tidak ada nyeri tekan
- 2. Leher
 - a. Ada pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada
 - b. Ada pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
 - c. Ada pembendungan vena jugularis : Tidak ada
- 3. Dada

a. Mammae costrums : Ka/ki +/-

13. Perut

1. Leopold I : TFU 3 jari bawah px (pro. Xyphodeus), difundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)
2. Leopold II : Bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan yaitu punggung janin dan bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (punggung kanan) yaitu Ekstremitas
3. Leopold III : Bagian terendah adalah kepala janin
4. Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP
5. Mc Donald : 33 cm
6. TBBA : 3410 gram

14. Auskultasi

1. DJA : Terdengar jelas, kuat dan teratur
2. Frekuensi : 145 kali/mnt

15. Perkusi

1. Reflex patella : Kaki +/-

D. PEMERIKSAAN DALAM

Tanggal: 13-11-2018

1. Vulva : Tidak ada oedema, tidak ada varises
2. Vagina : Tidak ada jaringan parut

- 3. Portio : Teraba tebal
- 4. Pembukaan : 2cm
- 5. Kantong Ketuban : negatif
- 6. Bagian terendah : Kepala
- 7. Posisi : UUK kiri depan
- 8. Molase : Tidak ada
- 9. Hodge : Hodge 1

E. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

- 1. Urine
 - a. Reduksi : Tidak dilakukan
 - b. Albumin : Tidak dilakukan
- 2. Darah
 - a. HB : 11,,4 gr %
 - b. Gol darah : o

F. PEMEIKSAAN KHUSUS

- 1. USG : Tidak dakukan
- 2. Rontgen : Tidak dilakukan

4.2.ANALISA MASALAH DAN DIANGNOSA

Analisa masalah dan diagnose	Data dasar
Ibu G1 P0 A0 UK 38-39 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, presentasi kepala dengan ketuban pecah dini	<p>DS : ibu mengatakan mau melahirkan saat ini, ibu hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, pergerakan anak dirasakan pada umur kehamilan 5 bulan, ibu mengeluh sakit pada perut menjalar ke pinggang, serta ada air ketuban merembes, warna jernih, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tanggal 12-11-2018, jam 14.00 wita</p> <p>HPHT : 03-02-2018</p> <p>TP : 10-11-2018</p> <p>KU : baik, kesadaran : komposmentis</p> <p>TTV : TD : 100/70 mmHg, S : 37°C</p> <p>N : 84 kali/menit, RR : 19 kali/mnt</p> <p>Inspeksi : ibu tampak meringgis kesakitan, serta ada air ketuban</p>

	<p>merembes, warna jernih dan ada keluar lender bercampur darah dari jalan lahir.</p> <p>Palpasi :</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari di bawah px, difundus teraba bulat, keras, dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan dan bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (punggukanan).</p> <p>Leopold III : bagian terendah adalah kepala.</p> <p>Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (Divergent).</p> <p>Sistem perlimaan : 4/5</p> <p>MC Donald : 33 cm</p> <p>TBBA : 3410 gr</p> <p>Auskultasi :</p> <p>DJJ : terdengar jelas, kuat dan teratur</p> <p>Frekuensi : 145x/mnt</p>
--	---

	<p>Perkusi :</p> <p>Refleks Patella : ka/ki : +/+</p> <p>Pemeriksaan dalam :</p> <p>Vulva dan vagina : tidak ada kelainan</p> <p>Portio : teraba tebal, lunak.</p> <p>Pembukaan : 2 cm</p> <p>Bagian terendah : kepala</p> <p>Posisi : ubun-ubun kecil posisi belum jelas.</p> <p>Molase : tidak ada</p> <p>Turun hodge : 1</p> <p>Penunjang :</p> <p>HGB : 11,4 gr %</p> <p>Gol. Darah : O</p> <p>DS : ibu mengatakan merasa sakit pada bagian bawah menjalar ke pinggang belakang.</p> <p>DO : Ibu merintih kesakitan timbul his 2 kali dalam 10 menit, lamanya 10 sampai 15 detik</p>
--	--

4.3. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

1. Pada bayi
 - a. Asfiksia
 - b. Gawat janin
 - c. hipoksia
2. Pada ibu
 - a. Keracunan Kehamilan
 - b. Perdarahan post partum
 - c. Infeksi pada masa nifas

4.4. TINDAKAN SEGERA

Pemasangan infus RL 18 tetes/menit

4.5. PERENCANAAN

Tgl : 13-11-2018

Jam : 17: 00 wita

Dx : G1P0A0 UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup intra uterin,
presentasi kepala dengan ketuban pecah dini

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
R/Informasikan yang tepat dan jelas membuat ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam asuhan selanjutnya.
2. Observasi kesejahteraan janin dengan fudusscoopy
R/Deteksi dini terjadinya gawat janin
3. Lakukan observasi keadaan umum, TTV dan kemajuan persalinan

R/ Mengidentifikasi tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi pada ibu

4. Jelaskan pada ibu tujuan dan maksud dari oksitosin drip

R/Tujuan dari oksitosin drip adalah merangsang kontraksi sehingga terjadi kemajuan persalinan

5. Lakukan inform consent pada ibu dan keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan.

R/Adanya persetujuan dari ibu dan keluarga memudahkan bidan dan dokter untuk melakukan tindakan

6. Berikan asuhan sayang ibu dengan memberikan dukungan pada ibu

R/Dengan memberi dukungan pada ibu, dapat mengurangi kecemasan ibu.

7. Lakukan persiapan tindakan induksi oksitosin dan persiapan alat yang digunakan dalam waktu menolong persalinan simpan sesuai saff.

R/Agar ibu dapat penanganan lebih lanjut.

Masalah: Gangguan rasa nyaman akibat nyeri

- a. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang di rasakan.

R/ Penjelasan yang diberikan dapat membuat ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

- b. Anjurkan ibu untuk menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut sebagai relaksasi dan anjurkan pada keluarga untuk melakukan masase pada daerah punggung.
- R/Saat menarik nafas terjadi relaksasi dari otot dan masase pada punggung untuk merangsang nyeri supaya tindak menjalar ke saraf

4.6. PELAKSANAAN

Tgl : 13-11-2018

Jam : 17.15 wita

Dx : G1P0A0 UK 38-29 minggu, janin tunggal hidup intra uterin, presentasi kepala dengan ketuban pecah dini

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
M/ keadaan umum ibu baik, hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm dan normal fase laten membutuhkan waktu 8 jam , keadaan janin baik, djj terdengar jelas, kuat dan teratur, frekwensi 150x/mnt, detak janin.
M/ibu mengerti dan mengetahui keadaan ibu dan keluarga.
2. Melakukan Infom konsen kepada ibu dan keluarga
M/suami sudah menandatangani lembar persetujuan
3. Melakukan persiapan induksi oxytocin dan menyiapkan alat yang digunakan untuk proses persalinan

Saff I

a. Partus set terdiri dari :

1. Handscoon 2 pasang
2. Klem Steril 2 buah
3. Gunting Tali Pusat 1 buah
4. Gunting Episiotomi 1 buah
5. Kasa secukupnya
6. Penjepit tali pusat
7. Stenga kocher 1 buah
8. Kapas sublimat
9. Air dtt
10. Betadine
11. Handzantaiter
12. Obat-obatan
13. Sduit 3 cc dan 1 cc
14. Air dekontaminasi

Saff II

- a. Tempat plasenta
- b. Tensi meter
- c. Laritan klorin 0,5%
- d. Heating set :
 1. Hanscoon steril 1 pasang
 2. Nelpudel steril 1 buah
 3. Jarum otot dan kulit

4. Benang catgut
5. Gunting benang 1 buah
6. Pinset 2 buah (cirurgis dan anatomis)
7. Kasa secukupnya

Saff III

1. Perlengkapan ibu dan bayi
2. Air klorin, air dtt, air detergen, tempat pakaian kotor yang masing-masing lembar plastic merah dan hitam.

Tanggal/jam	Kegiatan	Paraf
13-11-2018 17.00 wita	Obsevasi his 1-2 x selama 10 menit, djj:140x/mnt, N : 80x/mnt, R : 19x/mnt , S :36,5c	
17.30 wita	Observasi His (+) 1-2x10 mnt, djj 142x/mnt, N :83x/mnt, R : 21x/mnt < S: 37 c	
17.45 wita	His : (+) 1-2x10", djj : 142x/mnt, N : 84x/mnt, R : 20x/mnt	
18.00 wib	His : (+) 1-2x10", djj : 145x/mnt, N: 78x/mnt ,R : 22x/mnt, S: 37,4c	
18.15 wib	His : (+) 2-3x10"lamanya 20-25", djj : 144x/mnt, N: 85x/mnt, R: 19x/mnt, S: 36,7c	
18.30 wib	His : (+) 3x10" lamanya 30-35", djj	

	147x/mnt N: 22x/mnt, R : 20x/mnt, S: 37,4c	
18.45 wib	His (+) 3x10" lamanya 35" djj 145x/mnt, N: 83x/mnt, R: 21x/mnt, S, 37c	
19.00 wib 19.15 wib	VT :V/V : tidak ada kelainan, portio : teraba lunak, kepala turun hotge III, tidak ada molase, ubun- ubun kecil kanan depan.	

4.7. EVALUASI

Tgl : 13-11-2018

Jam : 03:00 wib

Dx : G1P0A0 UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup intra uterin,
presentasi kepala dengan ketuban pecah dini

S: Ibu ingin meneran dan mau BAB

O: KU : Baik, Tampak dorongan anus, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka

VT:V/V: Tidak ada kelainan, portio: Tidak teraba, pembukaan : 10 cm

Kepala turun hodge IV

A: Inpartu kala II

P: Menolong persalinan sesuai 60 langkah Asuhan Persalinan

1. Memastikan kelengkapan alat-alat

2. Memakai APD
3. Menyiapkan diri
4. Memakai sarung tangan
5. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik, gunakan sarung tangan kanan, masukan oksitosin menggunakan spuit 3 cc dan masukan kembali spuit kedalam partus set
6. Dekontaminasi sarung tangan dalam klorin 0,5 %
7. Memeriksa djj setelah kontraksi
8. Memberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bantu ibu untuk menemukan posisi nyaman sesuai keinginannya
9. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi yang nyaman
10. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat merasa ada dorongan kuat untuk meneran
11. Menganjurkan ibu berjalan jongkok atau mengambil posisi yang nyaman bila ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran.
12. Meletakkan handuk bersih di perut ibu jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
13. Meletakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
14. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
15. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

16. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang di lapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal
17. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
18. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar
19. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus publis dan kemudian gerakan keatas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
20. Setelah kedua bahu lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepongung, bokong, tungkai dan kaki, spontan perpaginam bayi lahir seluruhnya jam 02.15 wita di bantu oksitosin drip, bayi laki-laki, lambat menangis A/S:7/9
21. Melakukan penilain sepintas, Bayi lahir lambat menangis, akan ransangan, bayi menangis kuat.
22. Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu.
23. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus

24. Memberitahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
25. Menyuntikan oksitosin 10 IU 1/3 paha atas bagian distal lateral
26. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat ke arah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal diklem pertama.
27. Memotong dan mengikat tali pusat
28. Meletakkan bayi agar kontak kulit dengan ibunya
29. Menyelimuti ibu dan bayi agar dengan kain hangat, bersih, dan kering serta pasang topi di kepala.

Tgl: 13-11-2018

Jam: 03.20 wib

S : lby mengatakan perutnya mules

O : keadaan umum: baik, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, plasenta belum lahir

A : Partus Kala III

P:

30. Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5-6 cm dari vulva
31. Meletakkan 1 tangan di atas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi dan tangan lain mengangkat tali pusat.

32. Saat uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan kiri mendorong uterus ke arah belakang atau atas.
33. Saat plasenta muncul di introutus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta secara berpilih hingga selaput amnion dan korion lahir seluruhnya. Lakukan pemeriksaan selaput amnion dan korion lengkap, panjang tali pusat 50 cm, insersi lateralis dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah ditentukan.
34. Setelah ketuban dan selaput, lakukan masase uterus dengan telapak tangan dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi
35. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagi ibu maupun bagian bayi dan pastikan selaput ketuban utuh.

Tanggal: 13-11-2018

Jam : 03:45 wib

S: Ibu mengatakan legah dan senang telah melahirkan anaknya dan perutnya terasa mules

O : Ibu Nampak senang dengan kelahiran bayinya, pemeriksaan preniun lecet dan tidak berdarah.

A : partus kala IV

P:

36. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
37. Membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit selama 1 jam
38. Melakukan pantau kontraksi, kandung kemih, tekanan darah, suhu, pernapasan, nadi, dan tinggi fundus, mencatat pada lembar belakang, partograf
39. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
40. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
41. Menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan klorin 0.5 % untuk dekontaminasi
42. Membuang bahan-bahan terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
43. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT, dan membantu ibu memakai pakain
44. Pastikan ibu merasa nyaman, mambantu ibu memberikan ASI, mangajarkan keluarga, memberi ibu makan dan minum
45. Melakukan dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
46. Mencelupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dibalik, rendam selama 10 menit
47. Mencuci tangan dengan sabun pada air mengalir

JAM: 03:30 wita

Keadaan umum baik, kontraksi uterus : baik, TFU: 2 jari bawah pusat, perdarahan pervaginam kurang lebih 50 cc, kandung kemih kosong.

TTV: TD : 110/70 mmHg Nadi : 83x / mnt

Respirasi ibu dalam memberikan obat oral seperti:

Amoxilin : 500 gram : 1 tablet, SF: 1 tablet, Vitamin c \; 1 tablet,

Asmet: 1 tablet.

CATATAN PERKEMBANGAN

Catatan Perkembangan Hari Kedua

TGL/JAM	DATA DASAR
14-11-2018	<p>S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: Keadaan Umum ibu baik, kontraksi uterus baik, TFU: 3 jari bawah pusat perdarahan : ½ softeks.</p> <p>TTV: TD: 110/70 mmHg N: 83x/mnt R: 19x/mnt S: 37 c</p> <p>A: Ibu post partum normal hari kedua</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 110/70mmhg N: 86x/mnt S : 37 C R: 19x/mnt</p> <p>TTV</p> <p>Td: 110/60mmhg N: 75x/mnt R : 22x/mnt S: 36 c</p>

10:00 wita	Ibu pamit pulang
------------	------------------

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidana yang telah dilakukan pembahasan "Asuhan Kebidana Bersalin Ny. N G1P0A0 denganh Ketuban Pecah Dini di Rawat Inap Puskesmas Sikumana" yang menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

1. Pengkajian telah dilaksanakan dengan mengumpulkan semua data menurut lembar format yang tersedia melalui teknik wawancara dan di obsrvasi sistemik. Pengkajian adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien data subyektif khususnya pada keluhan utama yaitu mengatakan haid terakhirnya tanggal 3 Februari 2018, dan ibu mengatakan mengeluarkan cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, berbau amis sejak tanggal 12 November 2018 jam 14:00 WIB, ibu merasa pegel-pegel di punggung bawah dan merasa kenceng-kenceng. Data objektif yaitu keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, TD 100/70 mmhg, Suhu 37 c, Nadi84x/menit, Respirasi 19x/menit, Pada langkah ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Interpretasi data adalah data dasar yang sudah di kumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat memutuskan diagnosa dan masalah yang spesifik, Dari hasil pengkajian diperoleh Ny. N G1P0A0 dengan ketuban pecah dini, masalah yang terjadi adalah ibu mengatakan merasa cemas dengan persalinan karena dari jalan lahir ibu merembes cairan yang berwarna jernih dan berbau amis dan kebutuhan yang dilakukan adalah beri informasi pada ibu mengenai keadaan persalinannya dengan ketuban pecah dini. Pada langkah ini tidak di temukan kesenjangan antar teori dan praktek.
3. Diagnosa Potensial adalah suatu persyaratan yang timbul berdasarkan masalah yang sudah identifikasi. Diagnosa potensial pada kasus ini adalah infeksi pada ibu dan bayi tetapi tidak menjadi karena telah dilakukan penanganan dengan baik dalam langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek
4. Antisipasi mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, di dalam teori antisipasi yaitu mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan dan keselamatan jiwa. Antisipasi dengan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian terapi. Pada langkah ini tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek.

5. Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa kebidanan. Merencanakan asuhan yang menyeluruh di temukan dengan langkah-langkah sebelumnya. Perencanaan yang diberikan pada Ny. N G1P0A0 dengan ketuban pecah dini lain observasi keadaan umum dan vital sign ibu, observasi kemajuan persalinan, DJJ,dan his,beri informasi pada ibu dan keluarga mengenai keadaan ibu dan janin, informasikan pada ibu tentang rasa kenceng dan pegel dalam persalinan, informasikan pada suami mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu induksi persalinan dan meminta persetujuan suami dengan mendatangi surat lembar persetujuan tindakan medis, anjurkan ibu untuk miring kiri, berimotivasi dan support mental pada ibu untuk mengurangi rasa cemas, Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian terapi oxytosin 5 IU drip 20 tpm dan injeksi amoxsan 1 g/ IV / ekstra. Pada langkah ini tidak di temukan kesenjangan teori dan praktek.
6. Pada langkah pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini merupakan pelaksanaan dari perencanaan tindakan asuhan menyeluruh , pelaksanaan dalam pemberian asuhan pada ibu bersalin Ny. N G1P0A0 dengan ketuban pecah dini sesuai dengan perencanaan yang telah di tetapkan sehingga di peroleh hasil yang maksimal.

7. Evaluasi tahapan penilaian terhadap keberhasilan asuhan yang telah diberikan dalam mengatasi masalah pasien dari kala I pembukaan sampai kala IV observasi dengan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD= 120/80 mmhg, N= 84 x/menit, S= 37,5 c dan memberikan ibu konseling mengenai tanda bahaya nifas dan menyusui yang benar, hasilnya ibu sudah mengerti tentang tanda bahaya masa nifas dan tentang cara menyusui yang benar. Dalam kasus ini tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek.
8. Pada kasus ibu bersalin dengan Ny. N G1P0AO dengan ketuban pecah dini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

5.2. Saran

1. Bagi Bidan

Bidan dapat lebih mengidentifikasi tanda-tanda ketuban pecah dini sehingga dapat melakukan antisipasi atau tindakan segera, merencanakan asuhan kebidana pada ibu nifas dengan ketuban pecah dini.

2. Bagi Lahan

Disarankan agar Rawat Inap Puskesmas Sikumana dapat lebih meningkatkan untuk pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini secara optimal melalui penanganan yang cepat dan tepat.

3. Pendidikan

Diharapkan dengan mengetahui permasalahan yang timbul pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini. Dapat lebih meningkatkan ilmu pengetahuan, dalam menangani khususnya ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

4. Bagi Pasien

- a. Perlu pemahaman tentang tanda bahaya ketuban pecah dini
- b. Ibu di harapkan segera memeriksakan diri ke tempat pelayanan kesehatan setempat jika mengalami tanda dan gejala ketuban pecah dini

DAFTAR PUSTAKA

Saadong Djuhadiah.2010.*Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*: Makassar

Chandranita Manuaba, Ida Ayu, dkk. 2009. Buku Ajar Patologi Obstetri . Jakarta. EGC.

Prawirohardjo, Sarwono. 2008. . Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin, Abdul Bari. 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal . Jakarta: YBP-SP.

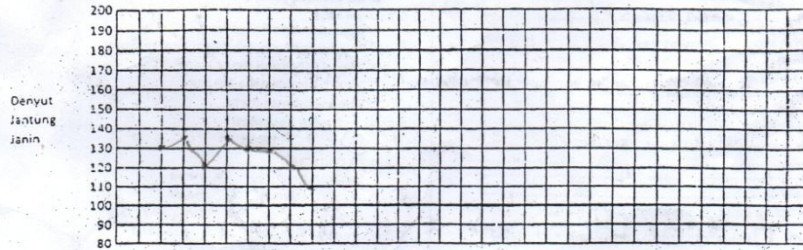
Saleha.2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.

Suherni.2008. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya

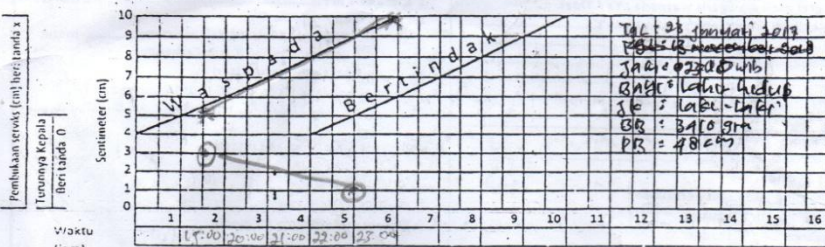
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu NY T A Umur 27 Tahun G 1 P 0 A 10
 No. Puskesmas Tanggal 23/10/2017 Jam 19:45 wib

Ketuban Pecah sejak jam : 19:00 wib Mules Sejak jam : _____



Air Ketuban Penyusutan

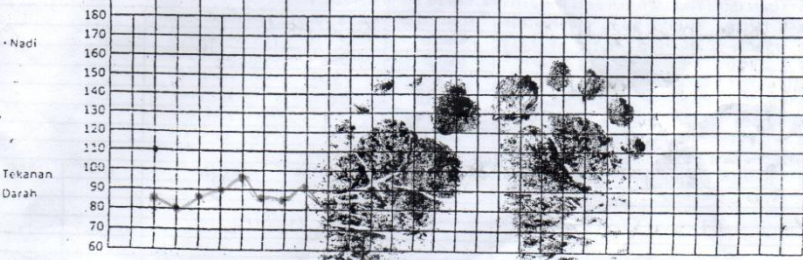


Kontraksi: < 20
 20-40
 > 40
 10 menit
 detik



Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urine: Protein Aseton Volume

CATATAN PERSALINAN	CATATAN KELAHIRAN BAYI
1 Tanggal : 25/11/2017	1 Jenis Kelamin : LK PR
2 Usia kehamilan : 38 minggu Prematur <input type="checkbox"/> Aterm <input checked="" type="checkbox"/> Posmatur	2 Saat Lahir : Jam 08:00 Hari Senin Tanggal 25
3 Letak : KEMIC	3 Bayi : Lahir hidup <input checked="" type="checkbox"/> Lahir mati <input type="checkbox"/>
4 Persalinan : Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Seksio <input type="checkbox"/>	4 Penilaian : (Tandul V ya x tidak) Bayi napas spontan teratur <input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif/tonus kuat <input checked="" type="checkbox"/> Air ketuban Jernih <input checked="" type="checkbox"/>
5 Nama bidan : Bidan Ika	5 Asuhan bayi Keringkan dan hangatkan Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam Vit K 1 mg di paha kiri atas Salp mata/tetes mata
6 Tempat persalinan <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input checked="" type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polingres <input type="checkbox"/> Rumah Sakit Klinik Swasta Lainnya : 7 Alamat tempat persalinan : 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI	6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> Jika YA tindakan : Langkah awal <input type="checkbox"/> menit ventilasi selama <input type="checkbox"/> menit Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal
10 Tempat rujukan : 11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> 8 Kapan bayi mandi : jam setelah lahir 9 Berat Badan Bayi : 3410 Gram

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak
2 Masalah lain : sebutkan :
3 Penatalaksanaan masalah tersebut :
4 Hasilnya :

KALA II

1 Episiotomi
 Ya, indikasi Tidak
2 Pendamping pada saat persalinan :
 Suami dukun lain2
 Keluarga kader
3 Gawat Janin :
 Ya, tindakan :
 Tidak
4 Distosia bahu
 Ya, tindakan :
 Tidak
5 Masalah lain sebutkan
6 Penatalaksanaan masalah tersebut
7 Hasilnya

KALA III

1 Lama kala III : menit
2 manajemen Aktif kala III :
 Oksitoxin 10 IU IM dalam waktu menit
 Peregangan Tali Pusat Terkendali
 Masase Fundus Uteri
3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ?
 Ya, Alasan
 Tidak
4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
 Ya
 Tidak
Jika TIDAK, tindakan
5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
YA Tidak
6 Laserasi
YA, Tidak
Jika YA, dimana derajat 1 2 3 4
Tindakan
7 Atonia Uteri
YA Tidak
Jika YA tindakan
8 Jumlah perdarahan : 100 ml
Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
02:30	120/70	86	37.0c	3+VPS	Baik	100	Kering
02:45	100/70	76		3+VPS	Baik	100	Kering
03:10	100/70	76		3+VPS	Baik	100	Kering
03:35	100/70	80		3+VPS	Baik	80	Kering
04:00	100/70	77		3+VPS	Baik	20	Kering
04:35	100/70	78		3+VPS	Baik	10	Kering

PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI-PUSAT	KEJANG	BAB	BAK

Tanda Bahaya Ibu Bayi

Tindakan (jelaskan dicatatn kasus)
 Dirujuk Tidak dirujuk

Tanda tangan Penolong :

LEMBAR PERMOHONAN IZIN PENELITIAN

Kepada Yth,
Ketua Jurusan STIKes CHM-K
Di -
Tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Yanti Rahmatina
NIM : 142111080

Adalah mahasiswi stikes citra husada mandiri kupang jurusan kebidanan akan mengadakan penelitian tentang "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini".


Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden dan segala informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Untuk tujuan saya mohon kesediaan ibu untuk memberikan izin kepada saya dalam melakukan penelitian di Puskesmas Sikumana.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik saya ucapkan terimakasih.

Kupang, November 2018

Peneliti


Yanti Rahmatina



PEMERNTAH KOTAKUPANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SIKUMANA
Jln.Oebonik 1 No 4. Sikumana Kupang



SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN STUDI KASUS

No : 440 / 103 / Pusk.Skm/VI/2018

Dengan hormat ,

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : dr.E.Evalina Corebima
Nip : 19750415 200312 2007
Jabatan : Kepala Puskesmas Sikumana
Alamat : Jln. Oebonik 1 Sikumana

Menerangkan bahwa Mahasiswa

Nama : Yanti Rahmatina
Nim : 142 111 080
Pendidikan : Prodi DIPLOMA III Kebidanan STIKES Citra Husada Mandiri Kupang
Judul studi kasus : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang
Bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana Tanggal 13 S/D 15 November
Tahun 2018

Yang bersangkutan di atas benar-benar sudah selesai melakukan Studi Kasus di Puskesmas Sikumana dalam rangka melaksanakan Tugas Akhir

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

KupangNovember 2018





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama Mahasiswi : Yanti Rahmatina
NIM : 142111080
Penguji : Aning Pattypeilohy, S.Tr.Keb., MH(Kes)

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	selasa 21/05/2019	- Perbaikan cover - perbaikan abstrak - + daftar pustaka - lengkapi partogram		
2.	kamis 23/05/2019	- Perbaikan cover - perbaikan Kabi - perbaikan catatan perkembangan		
3.	kamis 19/07/2019			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Yanti Rahmatina

NIM : 142111080

Anggota Penguji I : Siti Nur A. J. Ahmad, S.Tr, Keb, MH

No	Hari/Tanggal	Materi Revisi	Catatan Anggota Penguji I	Paraf
1.	Rabu 26/06/2019	• Revisi cover • Revisi spasi • Revisi ukuran font • Baktar Angkor	Perbaiki	
2.	Kamis 27/06/2019	• Revisi spasi • Revisi TIT Agam ETI.	Perbaiki	
3.	Senin 01/07/2019	• Revisi Huruf • + Perbaikan paragraf • + BAB III	Perbaiki	
4.	Selasa 9/07/2019	• Perbaiki BAB IV • Perbaiki Sumai Peringatan	Perbaiki	
5.	Rabu 10/07/2019	• Konsul Bab 1.	Acc	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Yanti Rahmatina
NIM : 142111080
Pembimbing I : Hironima N. Fitri, SST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran	Paraf
	Jumat. 14/12/2018		Perbaiki Latar Belakang	<i>[Signature]</i>
	Senin. 17/12/2018		Perbaiki Bab I, II	<i>[Signature]</i>
	Selasa 19/02/2019	Perbaiki sub 1- IV Segera konsul ulang		<i>[Signature]</i>
	Senin 04/03/2019	perbaiki penulisan		<i>[Signature]</i>
	Kabu 13/03/2019	Copy clear		<i>[Signature]</i>

DOKUMENTASI

