

## LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN  
KETUBAN PECAH DINI > 12 JAM + BSC DI KAMAR BERSALIN  
RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 09 – 12 MEI 2016**



**OLEH :**

**SELVIANA NGOA NANO**  
**NIM: 132111038**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN  
KETUBAN PECAH DINI > 12 JAM + BSC DI KAMAR BERSALIN  
RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 09 – 12 MEI 2016**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)



**OLEH :**

**SELVIANA NGOA NANO**  
**NIM: 132111038**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa laporan tugas akhir dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI > 12 JAM + BSC DI RUANGAN BERSALIN RSUD. Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**” ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Januari 2017

Yang menyatakan

Selviana Ngoa Nano  
Nim : 132111038

## **LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Laporan tugas akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini > 12 Jam + Bsc Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 Mei 2016 – 12 Mei 2016”** Telah disetujui dan diajukan dalam seminar karya tulis ilmiah Mahasiswa atas nama : Selviana Ngoa Nano, NIM : 132 111 038 Program studi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Januari 2017

Menyetujui

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Jeni Nurmawati, SST., M.Kes**

**Mili A. Jumetan, S.Tr. Keb**

**Mengetahui**

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**

**Ketua  
Prodi DIII Kebidanan**

**drg. Jeffrey Jap, M.Kes**

**Ummu Zakiah, SST, M.Keb**

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan tugas akhir ini dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini > 12 Jam + Bsc Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 Mei 2016 – 12 Mei 2016**" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama : Selviana Ngoa Nano, Nim 132 111 038 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Benar-benar diuji dan dipertahankan di depan tim pengujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal Januari 2017

Tim Penguji

Ketua : **Maria C.F. Djeky, SST., M.Kes** .....

Anggota: **Jeni Nurmawati, SST., M.Kes** .....

**Mili A. Jumetan S.Tr. Keb** .....

Mengetahui,

Ketua  
STIKEes CHM-Kupang

Ketua  
Prodi D III Kebidanan

**drg.Jeffrey Jap, M.Kes**

**Ummu Zakiah, SST. M. Keb**

## **BIODATA PENULIS**

### Biodata

Nama : Selviana Ngoa Nano

Tempat dan tanggal lahir : Bajawa, 14 Desember 1994

Agama : Katolik

Alamat : Jl. Manafe No. 17 Kayuputih Oebufu Kupang

### Riwayat Pendidikan

1. SDI Bajawa –Ngada (2001 – 2007)
2. SMPN 1 Bajawa – Ngada (2007 – 2010)
3. SMAK Regina Pacis Bajawa - Ngada (2010 – 2013)
4. Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang (2013 – Sekarang)

## LEMBAR PERSEMBAHAN

MOTTO :

JANGAN TAKUT UNTUK MELANGKAH, KARENA  
SEJAUH APAPUN JARAK YANG AKAN KITA  
TEMPUH, DIMULAI DENGAN LANGKAH PERTAMA.

PERSEMBAHAN :

KARYA TULIS INI SAYA PERSEMBAHKAN UNTUK  
TUHAN YESUS DAN BUNDA MARIA, AYAH  
TERCINTA KONSTANTINUS NANO DAN IBU  
TERCINTA MARIA MAGDALENA DHONE WEDJO,  
ADIK ADIK TERSAYANG, SERTA TEMAN –TEMAN  
SEPERJUANGAN KEBIDANAN ANGKATAN VI DAN  
ALMAMATERKU TERCINTA STIKES CHM-K.

## ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri Kupang  
Jurusan Kebidanan  
Kupang  
Studi Kasus, mei 2016

**Selviana Ngoa Nano**

**NIM: 132111038**

### **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL MULTIGRAVIDADENGAN KETUBAN PECAH DINI > 12 JAM + BSC DIRUANG BERSALIN RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 09 MEI S/D 12 MEI 2016**

Profil kesehatan Indonesia tahun 2014 cakupan penanganan komplikasi kebidanan secara nasional sebesar 74,56%, dan penyebab langsung komplikasi maternal di Indonesia terkait kehamilan, persalinan, terutama yaitu perdarahan 30,3%, hipertensi 27,1%, infeksi 7,3%, abortus 1,6%, dan lainnya 40,8%. Di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, angka kejadian ketuban pecah dini dari bulan januari sampai bulan desember 2015 sebanak 128 kasus, KPD dengan persalinan induksi 26,56%, kasus KPD yang mendapat seksio sesarea sebanyak 13,44%, gawat janin 53,90%, persalinan lama 8,58%.

Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin denganketuban pecah dini > 12 jam dan BSC yaitu untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan kebidanan pada multigravida dengan manajemen kebidanan varney, menganalisis proses persalinan yang patologis.

Jenis penelitian kualitatif, dan teknik sampel dengan menggunakan purposive sampling. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu inpartu yang sedang dirawat diruang bersalin RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang dan sampel pada penelitian ini adalah satu ibu intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. E.I dengan hasil yang didapatkan yaitu, TD 120/70 mmHg, S: 36,8°C, N: 82 x/menit, RR: 20 x/menit, keluar air air sedikit sedikit dari jalan lahir sejak 12 jam yang lalu, hal ini menunjukkan pasien telah mengalami ketuban pecah dini. Penanganan pada ibu dengan ketuban pecah dini > 12 jam + bsc adalah pasang infus RL 500 cc drip duvadilan 1 ampl 10 tpm, skin test cefotaxime, dilanjutkan pemberian cefotaxime 1 gr/iv, dan siap cito sc.

Asuhan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini > 12 jam +BSC di ruang bersalin rsud prof dr w z johanes kupang tanggal 09 mei s/d 12 mei 2016 pada Ny. E.I dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu semua masalah dan diagnosa yang ada, bisa diatasi dan ibu tidak mengalami komplkasi, ibu dirawat selama 4 hari dan ibu dan bayi pulang dengan keadaan yang sehat.

**Kata Kunci: Intrapartal, Multigravida, Ketuban Pecah Dini, Bekas Seksio Sesarea.**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini > 12 Jam + Bsc Di Ruang Bersalin Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 Mei 2016 – 12 Mei 2016 dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis mendapat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Ibu Jeni Nurmawati, SST., M.Kes selaku pembimbing I, Mili A. Jumetan, S.Tr. Keb selaku pembimbing II dan Maria C.F. Djeky, SST., M. Kes, selaku ketua penguji yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

Bersama ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

3. Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan, yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir
4. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan
5. drg. Dominikus Minggu, M.Kes, selaku direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
6. Ny. E. I dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Studi Kasus.
7. Kedua orangtua tercinta, bapak Konstantinus Nano dan mama Maria Magdalena Dhone Wedjo, yang telah memberikan dukungan material maupun nonmaterial.
8. Ketiga adik kandung tercinta karlyna Nano, Entis Nano, Evan Nano, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, semangat, motivasi, serta doa selama penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Teman-teman dan Sahabat sayavin roga, in laga, nata wona, dewy tarung, yang selalu membantu dan memberikan dukungan dengan cara mereka masing-masing.
10. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidanan angkatan VI khususnya kebidanan A dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian Studi Kasus ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah

memberi kesempatan dan dukungan terhadap penulis dalam menyelesaikan Laporan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa karya tulis ini jauh dari kesempurnaan , tapi penulis berharap bahwa laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pembaca, khususnya bagi mahasiswa Kebidanan / keperawatan.

Kupang, Januari 2017

Selviana Ngoa Nano

### 1.1 LATAR BELAKANG

Persalinan merupakan periode kritis bagi seorang ibu yang dapat menimbulkan resiko komplikasi dan bahkan kematian pada ibu sehingga perlu dilakukan tindakan medis sebagai upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi (Risksedas, 2013). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal, dan menyebabkan infeksi pada ibu (Prawirohardjo, 2007). Ketuban pecah dini (KPD), merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan.

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2014, cakupan penanganan komplikasi kebidanan secara nasional pada tahun 2014 sebesar 74,56%, dan penyebab langsung komplikasi maternal di Indonesia terkait kehamilan, persalinan, terutama yaitu perdarahan 30,3%, hipertensi 27,1%, infeksi 7,3%, abortus 1,6% dan lain

40,8%.(ProfilKesehatan Indonesia 2014).Di RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang,angka kejadian ketuban pecah dini dari bulan Januari sampai Desember 2015 sebanyak 128 kasus, kasus KPD dengan persalinan induksi 26,56%, kasus ketuban pecah dini yang mendapat seksio cesarea (SC) sebanyak 13,44%, gawat janin 53,90%, persalinan lama 8,58%. (Rekam Medic RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, 2015).

Etiologi pada sebagian besar kasus tidak diketahui. Penelitian menunjukkan infeksi sebagai penyebabnya, penyakit menular seksual, misalnya disebabkan oleh *streptococcus group B*, *chlamydia trachomatis* dan *neischeria gonorrhoea*, akan meningkatkan risiko terjadinya KPD (Krisnadi, Effendi, Pribadi, 2009). Faktor lain yang mempengaruhi adalah rendahnya kondisi sosial ekonomi dan trauma yang didapat misalnya, hubungan seksual dan pemeriksaan dalam yang menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi, rendahnya kualitas perawatan antenatal (sujiyatini, 2009). Kejadian ketuban pecah dini dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun janin, misalnya pada ibu dapat menyebabkan infeksi puerperalis/masa nifas, *Dry labour* / partus lama, dapat pula menimbulkan perdarahan post partum, morbiditas dan mortalitas maternal, bahkan kematian.

Solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi ketuban pecah dini pada kehamilan yakni pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti mengenali tanda-tanda sedini mungkin ketuban pecah dini. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya ketuban pecah

dini kalau ada faktor–faktor predisposisi. Beberapa pencegahan dapat dilakukan, namun belum ada yang terbukti cukup efektif. Mengurangi aktivitas atau istirahat pada akhir triwulan ke dua atau awal triwulan ketiga dianjurkan (sujiyatini, 2009).

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini > 12 jam + BSC Di Kamar Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka asuhan kebidanan sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah ketuban pecah dini. Oleh karena itu dalam studi kasus ini rumusan masalah yang penulis ajukan adalah “Bagaimana Penerapan Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Ketuban Pecah Dini > 12 jam + BSC di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang”.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney pada ibu intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC di kamar bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data dasar pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC

- 2 Mahasiswa mampu menginterpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC
- 3 Mahasiswa mampumengidentifikasi masalah potensial pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC
- 4 Mahasiswa mampumengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam +BSC
- 5 Mahasiswa dapat merencanakan asuhan pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC
- 6 Mahasiswadapatmelaksanakantindakanasuhankebidanan pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC.
- 7 Mahasiswa dapat mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC
- 8 Mahasiswa dapat menganalisis antara teori dan kasus pada intrapartal multigravida dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Bagi Penulis**

Agar mampumengaplikasikanilmupengetahuandanpengalaman yang nyatapadaasuhankebidananpadakasusintrapartal multigravida dengan Ketuban Pecah Dini> 12 jam + BSC

##### **1.4.2 Bagi Institusi**

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut.

### **1.4.3 Bagi Lahan praktek**

Dapat dijadikan bahan acuan dalam kerja lapangan untuk meningkatkan pemahaman asuhan kebidanan patologi pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

## **2.1 Konsep Dasar Persalinan**

### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri dkk, 2012).

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk, 2011).

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

### 2.1.2 Jenis Persalinan

Nurasiah (2012) mengatakan ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan:

1. Jenis persalinan berdasarkan definisi antara lain:
  - a. Persalinan Spontan  
Persalinan spontan adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri(Nurasiah dkk, 2012).
  - b. Persalinan Buatan  
Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*(Marmi, 2012).
  - c. Persalinan Anjuran  
Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin(Marmi, 2012).
2. Jenis persalinan berdasarkan usia kehamilan menurut marmi (2012) antara lain :
  - a. Abortus  
Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin kurang dari 500 gram dan umur kehamilan kurang dari 20 minggu.
  - b. Persalinan Immaturus  
Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

c. Persalinan Prematuritas

Persalinan sebelum umur kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu dan berat janin antara 1.000-2.499 gram.

d. Persalinan Matur atau Aterm

Persalinan antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat janin di atas 2.500 gram.

e. Persalinan Postmaturus atau Serotinus atau Post Date

Persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat post maturities.

### **2.1.3 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan**

Sebab-sebab terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Adapun teori-teori tentang penyebab terjadinya persalinan menurut Asrina dkk (2010) adalah:

1. Teori Peregangan Otot

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan untuk meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi rahim sehingga persalinan dapat dimulai.
- c. Pada kehamilan ganda, sering terjadi kontraksi setelah keregangan sehingga menimbulkan proses persalinan.

2. Teori Penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta dimulai pada umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi pelebaran pada jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan.

- b. Produksi Progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
  - c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah terjadi penurunan hormon progesteron.
3. Teori Oksitosin Internal
  - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
  - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
  - c. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai.
4. Teori Prostaglandin
  - a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua.
  - b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
  - c. Prostaglandin dianggap dapat menjadi pemicu persalinan.
5. Teori *Hypothalamus-Pituitari* dan *Glandula Suprarenalis*
  - a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anencephalus* sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk *hypothalamus*.
  - b. Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya menunjukkan kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
  - c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara *hypothalamus* dengan mulainya persalinan.

d. *Glandula suprarenalis* merupakan pemicu terjadinya persalinan.

#### 2.1.4 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda dan gejala inpartu menurut Hidayat. A, dkk (2010) antara lain:

1. *Lightening*

*Lightening* yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor.

2. *Perubahan serviks*

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan.

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari

persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati.

4. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. *Bloody show*

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show.

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani

persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

### **2.1.5 Tahapan Persalinan**

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengedan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum (Rohani dkk, 2011).

#### **1. Kala I (Kala Pembukaan)**

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.

- a) *Periode akselerasi*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) *Periode dilatasi maksimal*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) *Periode deselerasi*: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, *ostium uteri internum* membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian *ostium internum* sudah sedikit terbuka. *Ostium uteri internum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama.

## 2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda dan gejala kala II:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

### 3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

Perubahan psikologis kala III:

- a. Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.
- b. Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya; juga merasa sangat lelah.
- c. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vagina perlu dijahit.
- d. Menaruh perhatian terhadap plasenta

### 4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV :

- a. Tingkat kesadaran.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.

- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan dan pemantauan pada kala IV :

- a. Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- b. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
- c. Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- d. Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi).
- e. Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- f. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

## **2.2 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini**

### **2.2.1 Pengertian KPD**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang

kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 37 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (Respirstion Dystress Syndrome), (Nugroho,2010).

Beberapa pengertian ketuban pecah dini menurut para ahli, yaitu:

1. Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterem adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (sujiyatini,2009).
2. Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah spontan yang terjadi pada sembarang usia kehamilan sebelum persalinan dimulai (william,2001).
3. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu 1 jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan (manuaba,2001).
4. Ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu sebelum proses persalinan berlangsung dan dapat terjadi pada kehamilan preterem sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterem(saifudin,2004).
5. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uteri atau tekanan kedua faktor tersebut. Berkurangnya

kekuatan membrane disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina servik (prawiroharjo,2002).

6. Ketuban pecah dini / KPD (PROM; premature rupture of the membrane) mengacu kepada keadaan pecahnya ketuban (rupture membrane) yang terjadi 1 jam atau lebih sebelum mula timbul persalinan; PROM mengacu kepada ruptur membrane pada kehamilan prematur. Ketuban pecah dini atau PROM ini merupakan ruptur spontan kantung amnion sebelum dimulainya kontraksi uterus yang teratur sehingga terjadi dilatasi serviks yang progresif (Lyndon saputra, 2014).
7. Ketuban pecah dini/ KPD adalah ketuban yang pecah sebelum awitan persalinan ( Geri Morgan, Carole Hamilton, 2009).

### **2.2.2 Etiologi**

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

2. Servik yang inkompentensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).

3. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
4. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
5. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
6. Keadaan sosial ekonomi
7. Faktor 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 antar kepala janin dan panggul ibu.
  - c. Faktor multigraviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
  - d. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

Beberapa faktor resiko dari KPD (Nugroho, 2010):

1. Inkompetensi serviks (leher rahim)
2. Polihidramnion (cairan ketuban berlebihan)
3. Riwayat KPD sebelumnya
4. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
5. Kehamilan kembar
6. Trauma
7. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu.

8. Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis.

### **2.2.3 Tanda Dan Gejala**

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah, biasanya “menganjal” atau “menyumbat”, kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (sujiyatini, 2009).

### **2.2.4 Diagnosa KPD**

Menegakkan diagnosa KPD secara tepat, sangat penting karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan sexio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnose yang negative palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnose yang cepat dan tepat. (Nugroho 2010).

Diagnosa KPD dapat ditegakkan dengan cara:

#### **A. Anamnesa (pengkajian terhadap pasien)**

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

- B. Inspeksi .Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah, dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.
- C. Pemeriksaan dengan menggunakan spekulum. Akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau diminta mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fonik anterior.
- D. Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat bisa menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.
- E. Pemeriksaan penunjang
  - 1. Pemeriksaan Laboratorium
    - a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau, dan juga PH-nya
    - b. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine, atau sekret vagina.

- c. Sekret vagina ibu hamil, PH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.
  - d. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis) PH air ketuban 7-7.5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
  - e. Mikroskopik (tes pakis) dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
2. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- a. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
  - b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

### **2.2.5 Komplikasi**

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir (BBL). Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD. Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm, infeksi intrauterin. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD

preterem ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu (Sujiyatini,2009).

### **2.2.6 Penatalaksanaan**

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Kasus KPD yang cukup bulan, jika segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan jika menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis.

Kasus KPD yang kurang bulan jika menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan jika menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Jika umur kehamilan tidak diketahui secara pasti, segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS bila dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin.

#### **1. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (>37 minggu)**

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi KPD keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan

peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode latent(LP). Makin muda umur kehamilan, makin memanjang LP-nya. Pada hakekatnya, kulit ketuban yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70-80% kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan, dan bila gagal, dilakukan bedah sesar. Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis KPD ditegakkan dengan pertimbangan: tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan berlangsung lebih dari 6 jam (Sujiyatini, 2009)

## 2. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (<37 minggu).

Diagnosis ketuban pecah dini pada kehamilan sebelum aterm perlu kecermatan, dan ini sangat penting. Riwayat keluarnya cairan dari vagina, baik terus-menerus maupun tiba-tiba banyak, harus dilakukan inspeksi untuk melihat adanya cairan amnion dari vagina, cairan jernih dari kanalis servikalis atau keduanya. Konfirmasi pecah ketuban biasanya disertai dengan pemeriksaan USG untuk menilai volume cairan amnion, untuk menentukan bagian terbawah janin dan untuk menentukan usia kehamilan bila tidak terdeteksi sebelumnya. Penanganan mungkin berupa terminasi kehamilan atau menunggu persalinan spontan. Penting untuk menentukan pemberian antibiotik, kortikosteroid, atau keduanya.

Dalam penanganan pecah ketuban pada kehamilan preterm, setelah adanya pecah ketuban dikonfirmasi, lalu dilakukan langkah-langkah berikut:

1. Pembukaan dan pendataran serviks diperkirakan dalam pemeriksaan inspekulo yang dilakukan secara steril.
2. Untuk kehamilan kurang dari 34 minggu, bila tidak ada indikasi atau indikasi janin untuk dilahirkan, ibu dan janin pada awalnya diobservasi di ruang bersalin. Antibiotik parenteral spektrum luas diberikan untuk mencegah *chorioamnionitis*. Denyut jantung janin dan kontraksi uterus dimonitor untuk mengetahui adanya penekanan tali pusat, gawat janin dan tanda-tanda persalinan.
3. Untuk kehamilan kurang dari 32 minggu, diberikan *betamethasone* (2 dosis 12 mg IM setiap 24 jam) atau *dexamethasone* (4 dosis 5 mg IM setiap 12 jam).
4. Bila keadaan fetus baik dan tidak ada tanda-tanda persalinan akan terjadi, ibu dipindahkan ke ruang gawat antepartum dan dimonitor adanya tanda-tanda persalinan, infeksi atau bahaya pada bayi.
5. Untuk kehamilan 34 minggu atau lebih, bila tidak terjadi tanda-tanda persalinan, dilakukan induksi persalinan bila tidak ada kontraindikasi. Seksio sesarea dilakukan bila ada indikasi obstetri, termasuk gagal induksi persalinan.
6. Selama induksi, antibiotik parenteral diberikan untuk mencegah infeksi  *$\beta$ -streptococcus*.

Sebagai gambaran umum untuk penatalaksanaan KPD dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Konservatif
  - a. Rawat di rumah sakit dengan tirah baring
  - b. Tidak ada tanda-tanda infeksi dengan gawat janin
  - c. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
  - d. Antibiotik profilaksis.
  - e. Memberikan tokolitik bila ada kontraksi uterus dan memberikan kortikosteroid jangan untuk mematangkan fungsi paru janin.
  - f. Melakukan pemeriksaan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan
  - g. Waktu terminasi pada hamil aterm dapat dianjurkan selang waktu 6 jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi his spontan.
  - h. Melakukan terminasi kehamilan bila ada tanda-tanda infeksi atau gawat janin.
  - i. Bila dalam 3x24 jam tidak ada pelepasan air dan tidak ada kontraksi uterus maka lakukan mobilisasi bertahap. Apabila pelepasan air berlangsung terus, lakukan terminasi kehamilan.
2. Aktif
  - a. Bila didapatkan infeksi berat maka berikan antibiotik dosis tinggi.
  - b. Bila ditemukan tanda-tanda inpartu, infeksi gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan.
  - c. Induksi atau akselerasi persalinan.
  - d. Lakukan seksiosesaria bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan.

- e. Lakukan seksio histerektomi bila ditemukan tanda-tanda infeksi berat (Nugroho,2010)

### **2.2.7 Pencegahan**

Beberapa pencegahan dapat dilakukan namun belum ada yang terbukti cukup efektif, yakni mengurangi aktivitas atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga dianjurkan (sujiyatini,2009).

## **2.3 Konsep Dasar Seksio Sesarea**

### **2.3.1 Pengertian**

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010).

Sc adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009)

### **2.3.2 Jenis Jenis Seksio Sesarea**

Ada beberapa jenis seksio sesarea (Mochtar 1998) yaitu:

1. Sectio caesarea klasik atau corporal: insisi memanjang pada segmen atas uterus.
2. Sectio caesarea transperitonealis profunda: insisi pada segmen bawah rahim. teknik ini sering dilakukan pada janin letak lintang atau sungsang.
3. Sectio caesarea extra peritonealis: rongga peritoneum tidak di buka. Dulu dilakukan pada pasien dengan infeksi intra uterin yang berat. Sekarang jarang dilakukan.

4. Caesarean sectio hysterektomy: setelah sectio caesarea dikerjakan hysterektomi dengan indikasi atonia uteri, plasenta accreta, myoma uteri dan infeksi intra uterin yang berat.

### **2.3.3 Indikasi Seksio Sesarea**

Indikasi dilakukan seksio saesarea (Prawirohardjo, 2010) adalah:

1. Plasenta previa terutama plasenta previa totalis dan sub totalis.
2. Panggul sempit  
 Pada anak hidup dilakukan SC kalau CV kurang dari 8,5 cm. Pada anak mati terpaksa dilakukan SC kalau CV kurang dari 6 cm. Kalau CV antara 8,5 dan 10 cm dilakukan persalinan percobaan dan kalau persalinan percobaan tidak berhasil maka dilakukan SC.
3. Tumor- tumor yang menghalangi jalan lahir
4. Partus lama
5. Partus tak maju
6. Distosia serviks
7. Pre- eklamsia dan hipertensi
8. Mal presentasi janin :
  - a. Letak lintang

Greenhill dan eastman sama-sama sependapat:

- 1) Bila ada kesempitan panggul, maka seksio sesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar
- 2) Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea walau tidak ada perkiraan panggul sempit.

- 3) Multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain.
- b. Letak bokong  
Seksio sesarea di anjurkan pada letak bokong bila ada panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.
- c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil
- d. Gemeli, menurut estman seksio sesarea dianjurkan bila :
  - 1) Janin pertama letak lintang atau presentasi bahu
  - 2) Bila terjadi interlock
  - 3) Distosia oleh karena tumor
  - 4) Gawat janin

Menurut Rahmawati 2011, indikasi SC yakni:

1. Persalinan macet
2. Gawat janin
3. Kelainan letak janin (sungsang / lintang)
4. Persalinan pada bekasoperasi sesar

#### **2.3.4 Komplikasi seksio sesarea**

Komplikasi yang terjadi setelah tindakan seksio sesarea adalah sebagai berikut:

1. Infeksi puerpuralis (Nifas)  
Infeksi puerpuralis terbagi atas 3 tingkatan yaitu:
  - a. Ringan, dengan kenaikan suhu tubuh hanya beberapa hari
  - b. Sedang, dengan kenaikan suhu tubuh lebih tinggi, disertai dehidrasi dan sedikit kembung

c. Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

## 2. Perdarahan

Perdarahan dapat disebabkan karena banyaknya pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, dan perdarahan pada placentar bed.

## 3. Luka kandung kemih.

Tindakan seksio apabila tidak dilakukan secara hati-hati dapat mengakibatkan luka pada organ lain seperti kandung kemih yang dapat menyebabkan infeksi.

## 4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

### **2.3.5 Penatalaksanaan Pasien Pre-SC dan Post SC**

Penatalaksanaan pasien SC, (Prawirohardjo, 2010) sebagai berikut:

#### 1. Penatalaksanaan Pasien Pre SC

##### a. Persiapan Pasien

- 1) Jelaskan kepada pasien prosedur operasi, namun bila tidak sadar jelaskan kepada keluarganya.
- 2) Isilah formulir izin operasi (informed consent).
- 3) Berilah dukungan moril agar pasien tidak takut menghadapi pembedahan.
- 4) Lapangan operasi dipersiapkan dengan tindakan antiseptik. Kulit abdomen dibersihkan dengan bilasan air dan sabun untuk membersihkan lemak dan kotoran, termasuk umbilicus. Rambut pubis hanya di gunting bila mengganggu

lapangan operasi, jadi tidak perlu memengkas atau mencukur semua rambut pubis atau vulva.

- 5) Bila terdapat infeksi intrapartum dan ketuban pecah lama, vagina di bersihkan dengan cairan betadine.
- 6) Demikian pula komplikasi ibu dan kondisi janin merupakan pertimbangan jenis operasi dan pemberian cairan.
- 7) Pemeriksaan rutin terhadap fisik dan khusus dilakukan untuk merencanakan secara cermat jenis anesthesia, lama pembedahan, kesulitan atau komplikasi dan teknik pembedahan.
- 8) Pembedah harus memeriksa sendiri serta menuliskan rencana pembedahan pada rekam medik.
- 9) Pemeriksaan fisik umum, meliputi: keadaan umum(kesadaran,gizi),paru,jantung,abdomen(hati,limpa) dan anggota gerak.Catat juga tensi,nadi, suhu dan pernapasan. Pada pemeriksaan obstetrik tentukan keadaan janin (letak,besar,tunggal/gemeli).
- 10) Perlu diketahui jenis operasi yang pernah dijalani,termasuk kesulitan atau komplikasi (untuk meramalkan perlekatan dan kelainan organ,misalnya kanker).
- 11) Dari anamnesis perlu diketahui penyakit yang pernah diderita:
  - a) Paru,asma,tuberculosis
  - b) Jantung, iskemi
  - c) Hati, hepatitis
  - d) Kelainan pembekuan darah/ penggunaan obat dan thrombosis.

- e) Diabetes mellitus
  - f) Alergi terhadap obat
- b. Laboratorium
- Ambilah sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium rutin, yaitu: HB, HT, Lekosit (hitung jenis, trombosit golongan darah). Pada pembedahan berencana juga di ambil darah untuk kadar gula puasa dan post prandial.
- c. Pemeriksaan Penunjang
- USG dilakukan atas keperluan penentuan lokasi patologi, misalnya: letak plasenta untuk menentukan jenis insisi uterus. Idealnya pasien harus puasa 6 jam setelah operasi.
- d. Infus
- 1) Pra bedah pemberian infus terdiri dari: cairan Ringerlaktat 500 ml diberikan 100 -125 ml per jam, kecuali pad hipertensi < 100 ml per jam.
  - 2) Selama pembedahan cairan yang diberikan 500 ml per jam kecuali pada preeklamsia harus lebih sedikit, dan setelah bayi lahir akan di berikan oxytocin 10 u/IV dan dapat diberikan 10 u /infuse untuk selama 6 jam.
- e. Kateterisasi
- 1) Kateter di pasang dengan cara dauer dengan foley. Kateter no 16-18 cukup untuk digunakan. Bilaslah muara uretra dan juga ujung kateter dengan betadine sebelum insersi kateter kembangkan balon kateter sebanyak 20-30 ml.
  - 2) Kemudian sambung kateter dengan kantong urine perhatikan urine harus keluar. Gantungkan urine disamping tempat tidur.

## 2. Penatalaksanaan Pasien Post SC.

### a. Posisi Tidur Pasien

- 1) Pasien dibaringkan miring di dalam kamar pulih dengan pemantauan ketat: tensi, nadi, suhu, pernapasan tiap 15 menit dalam 1 jam pertama, kemudian 30 menit dalam 1 jam berikut dan selanjutnya tiap jam.
- 2) Pasien tidur dengan muka ke samping dan yakinkan kepalanya agar tengadah agar jalan napas bebas.
- 3) Tungkai bagian atas dalam posisi fleksi

### b. Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12, ibu dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

### c. Makan dan Minum

- 1) Setelah diperiksa peristaltik pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka dapat diberikan minum hangat sedikit dan kemudian lebih banyak terutama bila mengalami anesthesia spinal dan pasien tidak muntah.
- 2) Pasien dapat makan makanan lunak atau biasa puasa hari pertama, infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah, bila pasien telah flatus maka pasien dapat makan.
- 3) Kateter dapat dicabut 12 jam pasca bedah.

### d. Perawatan Luka

- 1) Kasa perut pada 1 hari pasca bedah, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Umumnya kasa perut dapat diganti

pada hari ke 3 sampai 4 sebelum pulang dan seterusnya pasien mengganti setiap hari, luka dapat diberikan salep betadine sedikit.

- 2) Jahitan yang perlu dibuka dapat dilakukan 5 hari setelah pasca bedah.

e. Perawatan Gabung

Pasien dapat dirawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi tidur atau duduk.

f. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan lab yang diperlukan adalah HB dan HT, biasanya akan terdapat penurunan HB 2%.
- 2) Bila HB dibawah 8% diperhitungkan untuk transfusi.

g. Pengangkatan Keteter

- 1) Kateter dibuka 24 jam pasca bedah, bila terdapat hematuria maka pengangkatan dapat ditunda.
- 2) Kateter akan tetap dipertahankan bila:rupture uteri, partus lama, edema perineal, sepsis, perdarahan.

h. Memulangkan Pasien

- 1) Perawatan 3-4 hari kiranya cukup untuk pasien.berikan instruksi mengenai perawatan luka dan keterangan tertulis mengenai teknik.
- 2) Pasien diminta datang untuk ditindaklanjuti mengenai perawatan 7 hari setelah pulang. Pasien dapat mandi biasa setelah hari ke 5,dengan mengeringken luka dan merawat luka seperti biasa.

- 3) Pasien diminta segera datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan.
3. Nasehat pasca operasi
    - a. Dianjurkan jangan hamil selama lebih kurang satu tahun, dengan memakai kontrasepsi.
    - b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antenatal yang baik
    - c. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar  
Apakah persalinan berikutnya harus dengan seksio sesarea bergantung dari indikasi seksio sesarea dan keadaan pada kehamilannya berikutnya.

## **2.4 Manajemen Kebidanan**

### **2.4.1 Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang Bidan dalam memberikan arah atau kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Trisnawati. 2016). Manajemen kebidanan mempunyai peran penting dalam menunjang kerja seorang Bidan agar bidan dapat melakukan pelayanan dengan baik kepada kliennya (Trisnawati. 2016).

Pengertian manajemen menurut beberapa sumber (Trisnawati. 2016).

1. Menurut buku 50 tahun IBI 2007

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis

mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2. Menurut DepKes RI 2005

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

## 3. Menurut Helen Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangka atau tahap yang logis untuk mengambil suatu keputusan berfokus pada klien.

### **2.4.2 Tujuan Manajemen Kebidanan**

Tujuannya yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

### **2.4.3 Prinsip Manajemen Kebidanan**

Prinsip-prinsip Kebidanan menurut Varney:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data.

3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan dukungan sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk pasien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai kebutuhan. (Trisnawati, 2016).

#### **2.4.4 Sasaran Manajemen Kebidanan.**

Sasaran manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu, akan tetapi dapat juga diterapkan dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat. Manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah klien dan kemudian akhirnya bertujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas, bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan

metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidang, maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukkan kepada, baik individu ibu dan anak, keluarga, maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran dalam asuhan kebidanan disebut klien, yang dimaksud klien disini adalah setiap individu yang dilayani oleh bidan, baik itu sehat, maupun sakit. Klien yang sakit disebut pasien. Upaya menyetatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu, baik dalam keluarga, maupun dalam kelompok masyarakat. Dalam pelaksanaan manajemen kebidanan, bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada dalam suatu ikatan sosial dimana ibu memegang peran sentral.

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatankesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawab.

#### **2.4.5 Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut tujuh langkah varney**

##### **1. Langkah I : Tahapan Pengumpulan Data Dasar**

###### **Data subyektif**

###### **A. Biodata**

1. Nama Istri/Suami: untuk mengetahui identitas pasien
2. Umur: untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat- alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.

3. Agama: untuk memudahkan bidan dalam melakukan pendekatan untuk memberikan asuhan
4. Suku: untuk mengetahui adat dan kebiasaan sehari-hari yang berhubungan dengan masalah yang dialami.
5. Pendidikan: untuk mengetahui tingkat pengetahuan yang digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan
6. Pekerjaan: untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi pasien, karena ini juga berpengaruh pada gizi pasien.
7. Alamat: untuk mengetahui tempat tinggal pasien sehingga memudahkan kunjungan rumah.

B. Keluhan utama

Keluhan ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas kesehatan dan apa yang dikeluhkan pasien pada saat pengkajian.

C. Riwayat haid

Ditanyakan kapan pertama kali klien mendapat haid(menarche), apakah haidnya teratur atau tidak, berapa hari siklus haidnya, berapa lama haidnya, berapa banyak darah haid yang keluar selama haid, bagaimana warna darah haidnya, bagaimana baunya dan konsistensinya. Juga ditanyakan keluhan apa saja yang dialami klien saat haid. Apakah dismenorrhoe, bila ya, kapan: apakah klien saat haid, apakah dismenorrhoe, apakah klien pernah mengalami flour albus, bagaimana warna flour albus, apakah berbau atau gatal, bagaimana konsistensinya dan jumlahnya. Menarche sekitar umur 14 tahun siklus 28-30 hari Lama 3-7 hari.

D. Riwayat perkawinan

Menanyakan kapan menikah, umur saat menikah, dan lamanya menikah.

E. Riwayat kehamilan yang lalu

Untuk mengetahui adakah penyulit-penyulit yang menyertai kehamilan, persalinan dan nifas, serta kelainan pada masa kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

F. Riwayat kehamilan sebelumnya

- 1) Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah caesar, persalinan dengan ekstraksi vakum atau vorseps, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilannya, preeklampsia/eklampsia, perdarahan pasca persalinan)
- 2) Apakah ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan/persalinan sebelumnya? Berapa berat badan bayi yang paling besar pernah ibu lahirkan?

G. Riwayat KB

Ditanyakan apakah klien pernah ikut KB atau tidak, jenis atau metode KB apa yang digunakan, berapa lama menggunakan menggunakan metode KB dari apakah klien mengalami efek samping akibat KB tersebut, bila ya, efek samping apa yang dialami, apa yang dilakukan klien terhadap efek samping tersebut, apa rencana KB klien setelah melahirkan.

H. Riwayat kesehatan ibu

Untuk mengetahui bagaimana keadaan kesehatan klien saat ini, apakah klien sedang menderita menular (seperti TBC, kusta) penyakit menurun (jantung, Diabetes, hipertensi, asma, dll)

I. Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga suaminya ada atau tidak yang mempunyai penyakit menurun (seperti DM, HT, asma, dll) penyakit menular (TBC, Kusta) serta ada atau tidak yang mempunyai keturunan kembar, bila ada siapa. Perlu dikaji untuk mengetahui penyakit yang diderita keluarga yang dapat menurun atau menular pada ibu sehingga mempengaruhi masa kehamilan.

J. Riwayat hubungan seksual

Mengkaji tentang hubungan seks yang dilakukan saat sebelum hamil maupun hamil

K. Pola nutrisi

Sebelum hamil: Berapa kali ibu makan dalam sehari, bagaimana porsi makannya, dan apa saja menuunya, serta adakah tambahan makanan selain nasi.

Selama hamil: Berapa kali ibu makan dalam sehari, bagaimana porsi makannya, dan apa saja menuunya, serta adakah tambahan makanan selain nasi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300 kalori per hari, dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, air)

L. Pola eliminasi

BAB :Berapa kali sehari, warna tinjanya apa, konsistensinya lunak atau keras, ada keluhan atau tidak saat BAB, kalau ada apa keluhannya.

BAK :Berapa kali sehari, warnanya apa, konsistensinya cair, ada keluhan atau tidak saat BAK, kalau ada apa keluhannya.

M. Pola istirahat

Sebelum hamil: bagaimana pola kebiasaan istirahat ibu, baik siang maupun malam

Saat hamil: bagaimana pola kebiasaan istirahat ibu, baik siang maupun malam pada kehamilan ini.

N. Pola kebersihan diri

Data ini perlu kita kaji karena bagaimanapun juga hal ini akan memengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri diantaranya adalah sebagai berikut : ibu mandi berapa kali sehari, gosok gigi berapa kali sehari, keramas rambut berapa kali sehari, ganti pakayan dalam berapa kali sehari, ganti pakayan luar berapa kali sehari dan memberitahu ibu untuk melakukan perawatan payudara.

**Data obyektif**

A. Bagaimana keadaan umum penderita, keadaan gizi, kelainan bentuk badan, dan kesadaran

B. Tanda-tanda vital

TD: tidak boleh mencapai 140/90 mmHg dapat menandakan toxemia gravidarum dan kalau dibawah tekanan darah 80/70 dapat menunjukkan tanda-tanda patologi misalnya ibu mengalami anemia

Nadi : 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5

RR : 16-20 kali/menit

C. Berat badan

Pada akhir kehamilan penambahan berat badan total adalah 9-12 kg. Bila terdapat kenaikan yang berlebih, perlu diperkirakan adanya resiko bengkak, kehamilan kembar, hidroamnion, atau bayi besar.

D. Tinggi badan

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko untuk ibu hamil/bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm dimungkinkan ibu memiliki panggul sempit.

E. LILA

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi yang kurang /buruk, ibu beresiko untuk melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah.

Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi:

Mengobservasi kulit terhadap warna, perubahan warna, laserasi, lesi terhadap drainase, pola pernafasan terhadap kedalaman dan kesimetrisan, bahasa tubuh, pergerakan dan postur, penggunaan ekstremitas, adanya keterbatasan fisik, dan seterusnya

2. Palpasi

Palpasi adalah menyentuh atau menekan permukaan luar tubuh dengan jari. Sentuhan: merasakan suatu pembengkakan, mencatat suhu, derajat kelembaban dan tekstur kulit atau menentukan kekuatan kontraksi uterus. Tekanan: menentukan karakter nadi,

mengevaluasi edema, memperhatikan posisi janin atau mencubit kulit untuk mengamati turgor.

Maksud pemeriksa raba ialah untuk menentukan: besarnya rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan dan menentukan letaknya anak dalam rahim. Selain itu perlu di raba apakah ada tumor-tumor lain dalam rongga perut cista mioma. Pemeriksaan tinggi fundus uteri:

- a) Leopold I: untuk menentukan tinggi fundus dan apa yang teraba pada fundus uteri,
  - b) Leopold II: untuk menentukan dimana letak punggung anak dan bagian ekstermitas janin
  - c) Leopold III: untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan pada bagian bawah anak sudah atau belum ter[egang oleh PAP
  - d) Leopold IV: untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
3. Perkusi adalah melakukan ketukan langsung atau tidak langsung pada permukaan tubuh tertentu untuk memastikan informasi tentang organ atau jaringan yang ada dibawahnya. Menggunakan palu perkusi: ketuk lutut dan amati ada tidaknya refleks atau gerakan pada kaki bawah, memeriksa refleks kulit perut apakah ada kontraksi dinding perut atau tidak.
4. Auskultasi adalah mendengarkan bunyi dalam tubuh dengan bantuan stetoskop maupun Doppler dengan menggambarkan dan menginterpretasikan bunyi yang terdengar.
- Mendengar: mendengarkan bunyi denyut jantung janin.

5. Pemeriksaan penunjang:
  - a) Pemeriksaan darah: untuk mengetahui HB ibu
  - b) Pemeriksaan urine: dapat diteksi dengan pemeriksaan urine positif atau tidak positif pada ibu hamil.
  - c) Pemeriksaan USG: untuk mengetahui janin yang ada dalam kandungan ibu .

## **2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar.**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosis keduanya digunakan, karena masalahnya tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan:

1. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Trisnawati, 2016).

## **3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah

diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Trisnawati, 2016).

#### **4. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau tenaga konsultasi atau ditangani bersama dengan tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak. Data yang baru saja dikumpulkan mungkin dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu

intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari preeklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes, atau masalah medis yang serius, bidan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu, seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain, seperti seorang ahli gizi, atau perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan (Trisnawati, 2016).

#### **5. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh.**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat

dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya(Trisnawati, 2016).

#### **6. Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman.**

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruh oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatnya mutu dan asuhan klien(Trisnawati, 2016).

#### **7. Langkah VII : Mengevaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini

merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Trisnawati, 2016).

## **2.5 Konsep Asuhan Kebidanan Ketuban Pecah Dini > 12 jam + BSC**

### **2.5.1 Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)**

Pengumpulan atau pengkajian data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

#### **A. Data Objektif**

##### **1. Biodata yang mencakup identitas pasien**

###### **a. Nama**

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

###### **b. Umur**

Umur < 18 tahun dan > 40 lebih tinggi resiko terjadinya ketuban pecah dini.

###### **c. Agama**

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

d. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e. Suku/bangsa

Berpengaruh terhadap adat istiadat sehari-hari.

f. Pekerjaan

Ibu yang pekerjaan ibu rumah tangga di bandingkan dengan ibu yang kerja perkantoran lebih tinggi resiko terjadinya ketuban pecah dini karena ibu kelelahan dimana ibu sibuk melakukan aktivitas di rumah.

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah dalam mencari informasi jika terjadi suatu masalah dalam pendokumentasian asuhan kebidanan (Marmi, 2012)

2. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan yang dirasakan pada ketuban pecah dini yaitu keluar air-air dari jalan lahir (sujiatini, 2009).

3. Riwayat menstruasi

a. Menarche adalah terjadinya haid pertama kali menarche terjadi pada usia pubertas yaitu usia 12-16 tahun.

b. Hari pertama haid terakhir (HPHT)

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid kurang lebih 28 hari rumus yang dipakai adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3 tahun +1 (Marmi, 2012).

4. Riwayat perkawinan

Ditanyakan kepada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. Ini untuk menentukan bagaimana alat kelamin ibu itu (Marmi, 2012).

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Apakah ada masalah dalam kehamilan dan persalinan sebelumnya, berat badan paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu, apakah ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya. Kehamilan yang memiliki riwayat KPD sebelumnya kemungkinan besar dapat terjadi pada kehamilan sekarang (Mitiyani 2009).

6. Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji untuk mengetahui apakah pernah diperiksa ANC, apakah pernah ada masalah selama kehamilan (perdarahan). Kehamilan yang memiliki riwayat perdarahan, infeksi beresiko terjadinya KPD (Sujiyatini, 2009).

7. Riwayat hubungan seksual

Pada pasien dengan ketuban pecah dini, hubungan seksual perlu untuk dikaji karena salah satu penyebab dari KPD adalah trauma yang didapat dari hubungan seksual.

8. Riwayat kesehatan yang lalu / penyakit yang pernah di derita

Riwayat kesehatan yang dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit akut yang mempunyai pengaruh terhadap persalinan ini.

9. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh keluarga

Riwayat penyakit dalam keluarga di kaji untuk mengidentifikasi gangguan genetik dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita dan janin.

10. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, jenis apa, berapa lama, alasan berhenti, apakah ada keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi setelah masa nifas dan jenis apa yang diinginkan.

11. Latar belakang budaya

Dikaji untuk mengetahui kemungkinan pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang merugikan atau menguntungkan pasien.

12. Keadaan psikososial

Perubahan psikososial pada trimester 1 yaitu ambivilensi atau ketakutan dan fantasi, pada trimester 2 adanya ketidaknyamanan kehamilan.pada trimester III klien merasa tidak feminim lagi karena perubahan tubuhnya, ketakutan akan kelahiran bayinya.

13. Pola aktifitas sehari-hari

a. Nutrisi

Aspek ini adalah komponen yang penting dalam riwayat perinatal, status nutrisi seorang wanita memiliki efek

samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2012).

b. Istirahat

Dikaji untuk mengetahui bagaimana pola tidur /istirahat pasien selama hamil.

c. Eliminasi

Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB kandung kemih penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga dapat sesering mungkin BAK.

d. Personal hygiene

Data ini perlu dikaji karena bagaimana juga hal ini akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya nanti. Jika pasien mempunyai kebiasaan kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan KIE mengenai cara perawatan diri dan bayinya sedini mungkin.

e. Aktifitas sosial

Pada kebanyakan budaya, aktifitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Akan tetapi riwayat abortus spontan dan perdarahan merupakan peringatan untuk tidak dilakukan koitus dan orgasme (Marmi 2012).

f. Kebiasaan Hidup

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan pasien selama kehamilan seperti merokok, minum minuman beralkohol, mengkonsumsi obat terlarang yang dapat mengganggu

pertumbuhan dan perkembangan janin selama hamil. Kebiasaan hidup yang kurang baik sering berisiko terjadinya KPD (Mitiyani, 2009).

## **B. Data Obyektif**

Data objektif didapatkan melalui pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang.

### **1. Vital sign**

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

#### **a. Temperatur / suhu**

Peningkatan suhu tubuh  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  terjadi pada ibu dengan ketuban pecah dini sehingga menyebabkan ibu infeksi.

#### **b. Tekanan darah**

Tekanan darah diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklampsia yaitu apabila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg. Pada pasien KPD data yang ditemukan tekanan darahnya masih dalam batas normal (Fadlum, 2011).

#### **c. Nadi**

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 kali/menit (Marmi, 2012).

#### **d. Penapasan**

Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan normalnya orang dewasa adalah 16-24 kali/menit (Marmi, 2012).

### **2. Pemeriksaan fisik**

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu

bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis digunakan dalam membuat keputusan klinik (menentukan diagnosa, mengembangkan rencana, pemberian asuhan yang sesuai).

a. Inspeksi

1) Wajah

Apakah ada oedema atau tidak, sianosis atau tidak

2) Mata

Konjungtiva merah muda, sklera putih.

3) Hidung

Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada sekret atau tidak

4) Mulut dan gigi

Bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada karies atau tidak

5) Leher

Ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak, dan ada bendungan vena jugularis atau tidak.

6) Dada

Payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi atau tidak.

7) Abdomen

Ada bekas sc atau tidak, ada linea atau tidak ada striae atau tidak.

8) Genitalia

Vulva vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, flour albus tidak, ada kemerahan atau tidak, perinium ada luka bekas episiotomi atau tidak

9) Anus

Anus ada benjolan atau tidak, ada keluar darah atau tidak

10) Ekstermitas

Ekstermitas dan bawah simetris atau tidak, oedema atau tidak (Marmi, 2012).

b. Palpasi

1. Leher : Ada bendungan vena jugularis atau tidak

2. Dada : Ada massa atau tidak

3. Abdomen

Leopold 1 : dilakukan untuk mengetahui tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan atau tidak, difundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II: normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil.

Leopold III : Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu apakah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV : dilakukan jika pada leopold III teraba teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan sympisis ibu, berfungsi untuk mengetahui presentasi (Marmi, 2012).

c. Auskultasi

Terdengar denyut jantung janin dibawah pusat ibu (baik kiri atau kanan) normalnya 120-160 kali/menit (Marmi, 2012).

d. Perkusi

Terdengar gerakan refleks pada kaki kiri maupun kaki kanan (Marmi, 2012).

3. Pemeriksaan penunjang

Data penunjang didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium terdiri dari pemeriksaan darah urin. Pemeriksaan darah dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin pasien, jika kadar Hb, pasien kurang dari normal maka akan berbaya bagi ibu dan janin yang di kandung. Sedangkan pemeriksaan urin dilakukan untuk menilai protein urin, dan glukosa di dalam urin karena akan menimbulkan komplikasi ibu dan janin.

### 2.5.2 Interpretasi Data Dasar

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti di diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien.

Diagnosa kebidanan yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yaitu :G..P..A..AH. janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini. G: Gravida, P: partus, A: abortus, AH: anak hidup

### **2.5.3 Identifikasi masalah potensial**

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, pada kasus ketuban pecah dini, hal ini membutuhkan antisipasi masalah potensial yaitu resiko terjadi infeksi, partus lama, persalinan dengan tindakan serta terjadi gawat janin (Marmi, 2012).

### **2.5.4 Tindakan Segera**

Langkah memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh dokter atau bidan dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien yaitu bedresttotal, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi TTV dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, dan pemberian antibiotik.

### **2.5.5. Perencanaan Tindakan**

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh yaitu bedrest total, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi TTV dan serta lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan antibiotik.

### **2.5.6 Pelaksanaan Tindakan**

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman yaitu menganjurkan kepada ibu untuk bedrest total,

menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, mengobservasi TTV dan DJJ serta melakukan injeksi cefotaxime sesuai dengan instruksi dokter.

### **2.5.7 Evaluasi**

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi dari keefektifan dari asuhan yang diberikan yaitu seperti hasil asuhan yang diberikan seperti di observasi lanjut, tindakan selanjutnya yaitu harus melakukan operasi untuk mencegah komplikasi lain yang akan terjadi.

**3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian****3.1.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus. (Setiadi, 2013).

Oleh karena itu, pada penelitian ini menggambarkan asuhan kebidanan pada Ibu intrapartal multigravidadengan Ketuban Pecah Dini > 12 jam + BSC di kamar bersalin RSUD Prof .Dr. W. Z. Johannes Kupang.

**3.1.2 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian deskriptif bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi berdasarkan karakteristik tempat, waktu, umur, jenis kelamin, sosial ekonomi, pekerjaan, status perkawinan, cara hidup (pola hidup), dan lain-lain. Atau dengan kata lain rancangan ini mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi populasi saat itu. Deskripsi tersebut dapat terjadi pada lingkungan individu di suatu daerah tertentu, atau lingkup kelompok pada masyarakat di daerah tertentu (Hidayat, 2012).

## **3.2 Populasi Sampel Dan Sampling**

### **3.2.1 Populasi**

Populasi menurut Notoadmojo adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Setiadi, 2007) Populasi pada penelitian ini adalah ibu inpartu di ruangan bersalin RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang.

### **3.2.2 Sampel**

Sampel terjemahan dari bahasa Inggris *sample* yang artinya comotan atau mengambil sebagian dari yang banyak (*studi population*). Sampel merupakan subset yang di cuplik dari populasi yang akan diamati dan diukur peneliti. Peneliti tidak mungkin meneliti langsung populasi yang luas, mengingat keterbatasan dana, waktu dan tenaga, maka perlu mengambil sampel. Sampel yang diambil harus betul-betul mewakili populasinya (representatif) karena data dan kesimpulan dari peneliti terhadap sampel yang representatif akan dapat menggambarkan dengan tepat keadaan sebenarnya dari populasi (Sulistyaningsih, 2011).

Sampel dari penelitian ini adalah seorang ibu inpartu multigravida dengan KPD > 12 jam + BSC di ruangan bersalin RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang.

### **3.2.3 Sampling**

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016)

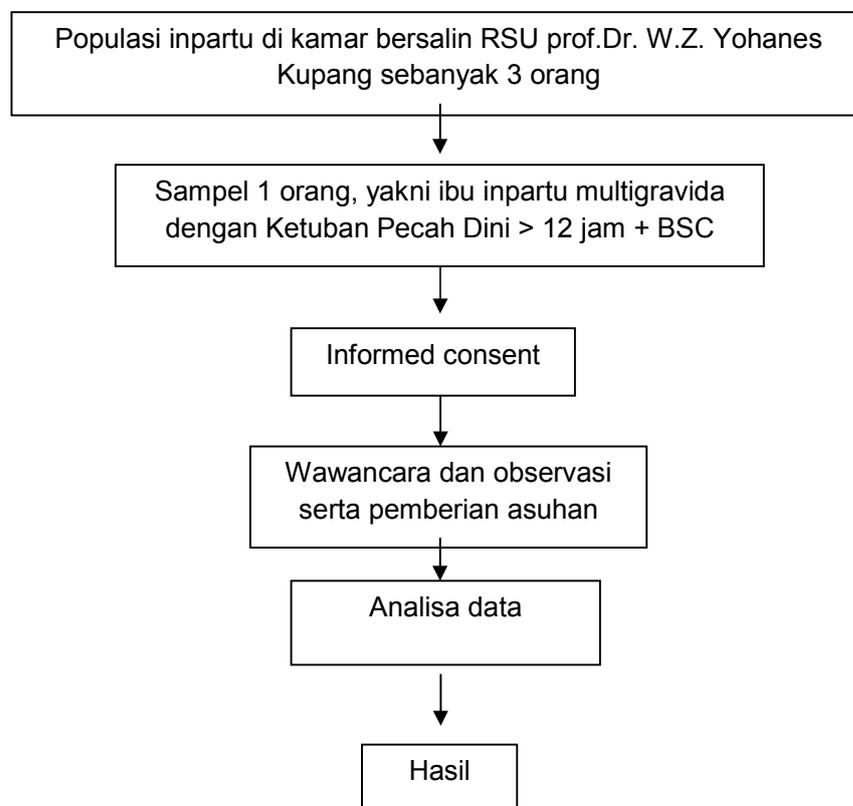
Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan carapeneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden

tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Nursalam, 2016).

### 3.3. Kerangka Kerja

Kerangka kerja adalah tahapan atau langkah-langkah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang diteliti untuk mencapai tujuan penelitian (Setiadi, 2007)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu inpartu multigravida dengan ketuban pecah dini. > 12 jam + BSC

### **3.4 Pengumpulan Data Dan Analisa**

#### **3.4.1 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data tersebut antara lain dapat berupa kuesioner/angket, observasi, wawancara, atau gabungan kegiatannya (Hidayat, 2012).

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah:

1. Data Primer

Data primer adalah materi atau kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat berlangsung suatu penelitian (Nursalam, 2011). Data primer diperoleh melalui pertanyaan tertulis dengan menggunakan kuesioner atau lisan dengan menggunakan metode wawancara (Jonathan, 2006). Data primer didapat dari pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik atau terapi diperoleh dari keterangan keluarga dan lingkungannya, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi kasus (Notoatmodjo, 2005). Data sekunder didapat dari hasil pemeriksaan.

#### **3.4.2 Proses Pengumpulan Data**

Setelah mendapatkan izin untuk mengambil studi kasus di ruangan bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent.

Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Kemudian penulis melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, lalu data yang diperoleh tersebut kemudian diolah dan dianalisa.

### **3.4.3 Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung. Metode ini dapat dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal – hal dari responden secara mendalam. Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan penelitian untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti (Hidayat, 2012).

Lembar pengkajian terdiri dari data subjektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedangkan data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

### **3.4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilaksanakan di ruangan bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

### **3.4.5 Analisa Data**

Analisa data secara kualitatif.

### 3.5 Etika Penelitian

Etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika yang harus diperhatikan antara lain:

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain - lain (Hidayat, 2012).

2. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2012).

### 3. Kerahasiaan (confidentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2012).

**TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN****4.1 Tinjauan Kasus****4.1.1 Pengkajian**

Tanggal pengkajian :09-05-2016  
Oleh mahasiswa :Selviana Ngoa Nano  
Nim : 132111038

**A. Data Subyektif**

Ny. E.I berusia 32 tahun, agama Kristen protestan, ibu berasal dari suku sabu,warga negara Indonesia, pendidikan terakhir SMA, ibu tinggal di Kuanino. Suami bernama Tn.H.M berusia 33 tahun,agama Kristen protestan, berasal dari Alor, warga Negara Indonesia, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai satpam, tinggal bersama istri di Kuanino.Pasien datang ke UGD, dengan keluhan keluar lendir darah dan air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih, dan berbau amis sejak jam 09.00 wita tanggal 08-05-2016 dan semakin banyak pada sore harinya. Ibu mengatakan terakhir kali berhubungan seksual pada tanggal 07-05-2016. Ibu juga mengatakan bahwa aktivitas rumah cukup padat, sehingga ibu sering merasa kecapean. Pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun haid berlangsung teratur selama 3-4 hari dengan sifat darah encer, menggantikan pembalut 3 kali perhari dan hari pertama haid terakhir pada tanggal 29 agustus 2015. Pasien mengatakan sudah menikah sah selama 6 tahun, umur pada saat kawin 26 tahun dan mengatakan ini perkawinannya yang pertama kali. Pasien mengatakan ini kehamilannya

yang ketiga, anak pertama lahir pada tahun 2011 secara normal dan ditolong oleh bidan di rumah sakit, anak kedua lahir pada tahun 2014 melalui operasi sesar karena letak lintang dan ditolong oleh dokter di rumah sakit. Pasien mengatakan selalumemeriksakan kehamilannya di Puskesmas bakunase sebanyak 6 kali, dan merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 5 bulan. Selama hamil trimester I ibu mengeluh mual, dan pusing dan ibu mendapatkan therapy dari ibu bidan yaitu Antasida, vitamin B6 sebanyak 10 tablet. Pada kehamilan trimester II dan trimster III ibu tidak ada keluhan, dan terapi yang diberikan sulfat ferosus kalak dan vitamin c. Pasien tidak pernah mengalami penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, penyakit jiwa, campak, malaria, HIV/AIDS, pasien pernah mengalami operasi sesar 2 tahun yang lalu, keluarga tidak ada yang mengalami atau menderita penyakit jantung, hepatitis, penyakit jiwa, malaria, HIV/AIDS, dan asma, hipertensi, pernah dioperasi, tidak mempunyai keturunan kembar. Ibu dan keluarga senang dan menerima kehamilan ini serta keluarga mendukung yaitu selalu mengantarkan ibu ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya setiap bulan. Jenis kelamin yang diharapkan pada kehamilan ini adalah laki-laki atau perempuan sama saja. Pengambilan keputusan didalam keluarga selalu dimusyawarakan secarabersama-sama (suami dan istri). Perilaku kesehatan ibu selama hamil, ibu tidak pernah merokok, tidak pernah mengkonsumsi obat terlarang, tidak pernah minum minuman keras, dan tidak pernah minum kopi. Ibu tidak memiliki pantangan makan dan tidak ada kepercayaan tertentu yang berhubungan dengan kehamilan persalinan dan masa nifas. Ibu mengatakan selama hamil melakukan hubungan seksual dengan frekuensi 2-3kali perbulan. Ibu mengatakan

bahwa pola makan dan pola minum selama hamil baik, jenis makanannya seperti: nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan. Frekuensi makan 3 kali sehari dalam porsi yang cukup (1 piring makan). Jenis minuman air putih dalam jumlah  $\pm$  8 gelas sehari dan susu ibu hamil 1 gelas sehari. Pola istirahat / tidur ibu baik (tidur siang 1-2 jam, tidur malam 7-8 jam). Pola eliminasi ibu baik yaitu buang air besar: 1 kali sehari warna kuning, konsistensi lembek, bau khas feces. Buang air kecil: 4-5 kali sehari warna kuning konsistensi cair, bau khas amoniak. Pola kebersihan diri yaitu mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, cuci rambut 2 kali seminggu ganti pakaian dalam 2 kali sehari, pakaian luar 1 kali sehari.

#### **B. Data obyektif**

Pada pemeriksaan sebagai data obyektif yang telah dilakukan pada ibu dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut: Pemeriksaan umum yaitu : keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/70 mmhg, Suhu 36.8°C, Nadi 82 kali permenit, Pernapasan 20 kali permenit, Tinggi badan ibu 157 cm, berat badan 65 kg, Lila 24,5 cm. Pada pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya wajah terlihat tidak pucat dan tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, hidung tidak ada polip, mukosa bibir lembab, gigi tidak ada caries, leher tidak terlihat pembengkakan kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, tidak terlihat pembendungan vena jugularis, payudara simetris ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol. Abdomen ada bekas operasi, ada linea nigra, ekstremitas tidak ada oedema dan tidak ada varises, genitalia ada pengeluaran lendir darah dan air- air berwarna putih keruh. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3

jaridiatas pusat, pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong janin). Leopold II : hasilnya pada perut ibu bagian kiri, teraba punggung anak dan pada bagian kanan ibu teraba bagian-bagian terkecil janin. Leopold III hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba kepala janin. Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala janin sudah masuk pintu atas panggul dengan menggunakan sistem perlima-an, dan hasilnya adalah 4/5. Pada pengukuran TFU dengan pita cm berdasarkan Mc Donald hasilnya 28 cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2635 gram. Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin (+) terdengar jelas, kuat dan teratur di bagian kiri bawah pusat ibu dengan frekuensi 145 kali / menit memakai Doppler mini.

Sesuai data dari ruangan triase, pemeriksaan dalam hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, ada pengeluaran lendir dan darah, keluar cairan berwarna putih berbau amis, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban negatif melekat, bagian terendah kepala, molase tidak ada, kepala turun hodge I.

#### **4.1.2 Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan diagnosa yaitu G3P2A0AH2Usia Kehamilan 36minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentese kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD > 12 jam + BSC di kamar bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang. Data dasar yang mendukung diagnosa ini adalah data subyektif yang diperoleh yaitu ibu hamil anak ketiga, belum pernah keguguran, ibu mengeluh keluar lendir darah dan air-air berwarna jernih sedikit dari jalan lahir sejak pagi jam 09.00 wita pada tanggal 08 Mei 2016 dan semakin banyak pada sore harinya. Ibu mengatakan terakhir kali berhubungan

seksual pada tanggal 07-05-2016. Ibu juga mengatakan bahwa aktivitas rumah cukup padat, sehingga ibu sering merasa kecapean. Hari pertama haid terakhir tanggal 29 Agustus 2015. Data obyektif yang menunjang diagnosa adalah hari tafsiran persalinan tanggal 05 Juni 2016, usia kehamilan ibu sekarang 36 minggu 2 hari, keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/70 mmhg, Suhu 36.8°C, Nadi 82 kali permenit, Pernapasan 20 kali permenit, Tinggi badan ibu 157 cm, berat badan 65 kg, Lila 24,5 cm. Pada pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya wajah terlihat tidak pucat dan tidak oedema, conjunctiva merah muda, sclera putih, hidung tidak ada polip, mukosa bibir lembab, gigi tidak ada caries, leher tidak terlihat pembengkakan kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, tidak terlihat pembendungan vena jugularis, payudara simetris ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol. Abdomen ada bekas operasi, ada linea nigra, ekstremitas tidak ada oedema dan tidak ada varises, genitalia ada pengeluaran lendir darah dan air-air berwarna putih keruh. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari di atas pusat, pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong janin). Leopold II: hasilnya pada perut ibu bagian kiri, teraba punggung anak dan pada bagian kanan ibu teraba bagian-bagian terkecil janin. Leopold III hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba kepala janin. Leopold IV untuk menentukan seberapa jauh kepala janin sudah masuk pintu atas panggul dan hasilnya 4/5. Pada pengukuran TFU dengan pita cm berdasarkan Mc Donald hasilnya 28 cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2635 gram. Pemeriksaan auskultasi hasilnya

denyut jantung janin (+) terdengar jelas, kuat dan teratur di bagian kiri bawah pusat ibu dengan frekuensi 145 kali / menit memakai Doppler mini.

Sesuai data dari ruangan triase, pemeriksaan dalam hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, ada pengeluaran lendir dan darah, keluar cairan berwarna putih berbau amis, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban negatif melekat, bagian terendah kepala, molase tidak ada, kepala turun hodge I.

#### **4.1.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah, maka dapat ditegaskan antisipasi masalah potensial yang akan terjadi pada ibu dengan ketuban pecah dini adalah : resiko infeksi intra uterin dan infeksi post partum serta resiko terjadi partus lama dan persalinan dengan tindakan, serta sindroma gawat napas pada bayi.

#### **4.1.4 Tindakan Segera**

Tindakan segera yang dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial yang terjadi pada ibu dengan ketuban pecah dini untuk kehamilan 34 minggu atau lebih, bila tidak terjadi tanda tanda persalinan, dilakukan induksi persalinan bila tidak ada kontraindikasi. Seksio sesarea dilakukan bila ada indikasi obstetri, termasuk gagal induksi persalinan. Tindakan kolaborasi dengan dokter SpoG yaitu advis dari dokter untuk pemberian antibiotik yaitu injeksi sefotaxime dan siap Sc.

#### **4.1.5 Perencanaan Tindakan**

Perencanaan pada Ny. E.I G3P2AOAH2 uk 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC yaitu lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga. Pendekatan merupakan cara yang tepat untuk

menjalin hubungan yang baik dan saling rasa percaya antara ibu dengan petugas kesehatan. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Informasi yang jelas merupakan hak ibu dan agar ibu lebih kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan. Lakukan observasi tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah tiap 4 jam, suhu tubuh tiap 2 jam, merupakan indikator untuk mengetahui keadaan umum pasien dan mendeteksi keadaan patologis yang mungkin terjadi pada ibu, berkaitan dengan peningkatan suhu tubuh yang mungkin karena terjadi infeksi. Lakukan observasi DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit, Observasi DJJ dan his, merupakan langkah atau cara untuk mengetahui kondisi dan perkembangan janin serta mendeteksi kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin terjadi pada bayi dan ibu. Ajarkan ibu berbaring dalam posisi miring kiri merupakan langkah awal untuk menghindari terjadinya sirkulasi darah kotor dari ibu ke plasenta yang dapat menyebabkan hipoksia berat karena dapat menekan vena kava inferior, anjurkan pada ibu untuk bedrest total atau istirahat total, merupakan langkah untuk mencegah terjadinya gawat janin. Pantau tetesan cairan infus RL drip duvadilan 12 tetes/menit pada pasien. Berikan KIE pada ibu dan keluarga tentang tindakan praseksio sesarea, dengan adanya KIE pada ibu dan keluarga dapat memberikan kenyamanan dan pemahaman pada ibu dan keluarga, lakukan persiapan seksio sesarea yaitu konsultasi dengan dr SpoG, persiapan yang baik memperlancar proses kerja di ruang operasi. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan tindakan, dapat digunakan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat atas asuhan yang dilakukan.

#### 4.1.6 Pelaksanaan Tindakan

Pelaksanaan pada Ny. E.I G3P2AOAH2 uk 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD + BSC, pada hari senin tanggal 09-05-2016 jam 00.45 yaitu Melakukan pendekatan terhadap ibu dan keluarga dan sudah terjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dengan petugas kesehatan. Menginformasikan kepada ibutentang kondisinya, ibu mengerti dan memahami tentang kondisinyasaat ini. Melakukan observasi KU ibu, dan tanda-tanda vital dengan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD:120/70 mmhg,S: 36,8°c, N: 82 kali / menit,RR: 20 kali / menit. Melakukan observasi DJJ dan his tiap 1 jam, tekanan darah tiap 4 jam pada ibudan hasil Observasinya sebagai berikut: pada hari Senin, 09 mei 2016 pukul 01.00 wita, Observasi his (-), DJJ 140 kali / menit. Jam 02.00 wita observasi His (-), DJJ 144 kali/menit, Jam 03.00 wita observasi His (-), DJJ 138 kali/menit, pada pukul 04.00 wita DJJ 138 kali / menit, pada pukul05.00 wita observasi his (-), DJJ 140kali / menit, dan tekanan darah ibu 120/70 mmHg. Jam 06.00 wita his (-) , DJJ 140 kali/menit. Jam 07.00 wita His (-), DJJ 140 kali / menit, Jam 08.00 wita his (-), DJJ 138 kali /menit. Mengajarkan ibu berbaring dalam posisi miringkiri dan ibu melakukannya. Menganjurkan ibu untuk bedrest total dan ibu sudah istirahat. Memantau tetesan infus RL drip duvadilan sejak jam 01.00 wita sampai dengan pukul 05.00 wita, dan cairan infus berjalan lancar.Memberikan KIE pada ibu dan keluarga preseksio sesarea dan meminta keluarga menandatangani surat persetujuan dilakukannya operasi sesar, keluarga telah menandatangani surat persetujuan. Persiapan preseksio sesarea yaitu konsultasi dengan dokter SpoG yaitu

melakukan pemasangan kateter, membersihkan daerah operasi, melakukan konsultasi ke anastesi, acc untuk dilakukan operasi, memberikan injeksi sefotaxime sesuai dengan instruksi dokter , sudah di layani injeksi sefotaxime 5ml / iv, mempersiapkan obat-obatan dan cairan infus, mempersiapkan pakaian ibu dan bayi, memindahkan pasien ke brankar, mengantar pasien ke OK pada pukul 08.30 wita. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada buku register.

Hari senin tanggal 09 mei 2016. Pukul 11.00wita pasien keluar dari ruangan operasi dan tiba di ruangan rawat (ruang sasando) terpasang RL drip oksitosin 10 IU 20 tetes / menit dan D5% drip analgetik (ketorolac, metronidazol) 20 tetes / menit, terpasang DC dengan jumlah urine 350 cc. Tanda-tanda vital ibu :pada jam 11. 20 wita tekanan darah120/90 mmhg, Suhu 38°celsius, Nadi 86 X/ menit, pernapasan 22 X/menit. Kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri setinggi pusat, luka operasi tertutup kasa steril. Membuang urine, urine telah di buang sebanyak 400 cc pada jam 14.30 wita. Pada pukul 15.00 wita memberitahu ibu dan keluarga untuk memberi ibu minum air hangat sedikit-sedikit setelah 6 jam post operasi, dan jika ibu tidak muntah, boleh makan bubur. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi bertahap dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan-lahan.

Melayani injeksi cefotaksime 5 ml/ iv,jam 18.00 wita mengobservasi TTV ibu,TD: 120/ 70 mmHg, S: 37,5° C, N: 80x/menit,RR: 20x/menit, pada jam 18.30 melayani makan malam dan obat oral pada ibu yaitu asam mefenamat,SF, dan vitamin C, jam 23.00 wita melayani injeksi sefotaxime 5 ml/ iv, motivasi ibu untuk istirahat malam. Mendokumentasikanhasil pemeriksaan dan hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan.

Hari Selasa, tanggal 10 Mei 2016 jam 05.00 wita memandikan ibu dan membuang urine dengan jumlah 300 cc, jam 06.00 wita mengobservasi TTV ibu, KU ibu baik, kesadaran Composmentis, tekanan darah 120 / 80 mmHg. Suhu 36,8°C, nadi 80 kali /menit, pernapasan 20 kali / menit, luka operasi tertutup kasa steril, terpasang infus RL drip oksitosin 20 iu dan D5% drip analgetik (ketorolac, metronidazol). terpasang Dc, urine positif, lochea rubra, TFU 2 jari dibawah pusat. Melakukan perawatan infus, dan tetesan infus berjalan dengan lancar, membantu ibu melakukan mobilisasi, dan ibu sudah bisa miring kiri miring kanan. Pada jam 08.15 wita membantu melayani injeksi cefotaxime 5ml / iv, pada pasien. Jam 09. 00 wita melakukan terapi keluarga untuk menjaga personal hygiene dan mobilisasi bertahap pada ibu, Jam 11.45 mengikuti visite dokter SpoG, advis terapi lanjut. Jam 12.15 melakukan observasi TTV, tekanan darah 110/80 mmHg, S: 37°C, N: 80x/menit. Memberikan KIE pada ibu dan keluarga untuk menjaga personal hygiene terutama pada luka operasi, mobilisasi bertahap, motivasi ibu untuk menyusui bayinya, serta istirahat yang cukup, ibu dan keluarga menerima dan melakukannya. Pada jam 16.00 wita melayani injeksi sefotaxime, jam 16.15 wita melayani injeksi kalneks, pada jam 18.00 wita melakukan observasi TTV, yaitu tekanan darah: 120/70 mmHg, S: 36,6°C, N : 80x/ menit, RR : 20x/ menit. memonitor kebutuhan nutrisi, ibu sudah menghabiskan makan malam pada jam 19.00 wita. Jam 19.30.00 wita membuang urine 150 cc. Pada jam 21.00 wita mengobservasi keadaan umum pasien, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, terpasang infus RL, terpasang DC produksi urine (+), luka operasi tertutup kasa steril kontraksi uterus baik, pengeluaran

pervaginam ada tapi sedikit, jam 21.30 wita mengganti cairan infus RL dengan RL, jam 23.00 wita melayani injeksi sefotaxime 5 ml / iv, motivasi pasien untuk istirahat malam.

Hari rabu 11 mei 2016 jam 05.15 wita, mengobservasi TTV ibu, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital, tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 36,7 °c, nadi 82 kali / menit, pernapasan 20 kali/menit. Jam 06.00 wita monitor kebutuhan cairan , 06.30 wita melakukan balance cairan, jam 08.00 melayani injeksi sefotaxime 5 ml / iv. Jam 09.00 wita melakukan KIE pada ibu dan keluarga yaitu : makan makanan yang bergizi, menjaga personal hygiene, istirahat yang cukup, menyusui bayinya sesering mungkin, melakukan mobilisasi dini, ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan mau melakukannya. Pada jam 10.00 wita mengikuti visite dokter, advis yaitu aff DC dan lanjut terapi oral. Jam 13.00 mengobservasi TTV ibu, keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, S: 36,7° C ,N: 80x/menit, RR: 20x/ menit, kontraksi uterus baik, luka operasi tertutup kasa steril. Melakukan terapi keluarga yaitu menjaga personal higine, istirahat yang teratur dan cukup dan mobiliasi. Jam 19.00 wita, memonitor pemberian nutrisi pada ibu, memotivasi ibu untuk istirahat malam.

Kamis tanggal 12 mei 2016 jam 05.00 wita, mengobservasi tanda-tanda vital KU ibu baik, kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,7 °c, nadi 82 kali / menit, pernapasan 20 kali/menit, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, luka operasi tertutup kasa steril, PPV (+) lochea rubra. Mengaff infus sesuai instruksi dokter, membantu ibu melakukan perawatan payudara,

memposisikan menyusui dengan benar, dan memotivasi ibu untuk menyusui. Jam 12.15 wita mengobservasi TTV ibu, tekanan darah 120/80 mmHg, S: 36,6°C, N: 80x menit, RR: 20 x/ menit, memonitor asupan nutrisi pada ibu dan melayani obat oral asam mefenamat 500 mg pada ibu. Jam 12.45 wita dr.yuni SpoG visite, advise yaitu terapi oral, rawat luka, dan boleh pulang. Jam 14.15 wita memberikan KIE pada ibu dan keluarga yaitu ibu harus menjaga kebersihan, khususnya pada luka operasi tidak boleh terkena air, kotoran, debu atau asap, serta tidak boleh di kompres air panas, mengonsumsi makanan bergizi, istirahat yang cukup, menganjurkan pada ibu untuk sering menyusui bayinya atau tiap 2 jam sekali, dan melakukan asi eksklusif, menganjurkan ibu untuk mengontrolkan bayinya ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi HBo sebelum 7 hari, menganjurkan pada ibu untuk minum obat sesuai dosis yang di berikan, menganjurkan ibu untuk ber KB, dan menganjurkan ibu menggunakan jenis kontrasepsi jangka panjang, karena ibu sudah dua kali melahirkan dengan cara operasi sesar, menjelaskan pada ibu mengenai tanda bahaya pada masa nifas yaitu terjadi perdarahan yang banyak, suhu tubuh meningkat, sakit kepala hebat dan penglihatan kabur, bengkak pada wajah, jika mengalami tanda bahaya seperti diatas, maka harus segera ke rumah sakit, menganjurkan pada ibu untuk datang kontrol pada tanggal 15 mei 2016 di poli kebidanan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang. semua KIE yang dijelaskan dan di anjurkan ibu dan keluarga mau dan bersedia melakukan sesuai dengan penjelasan yang diberikan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan semua telah tercatat dengan baik.

#### **4.1.7 Evaluasi Tindakan**

Evaluasi pada Ny. E.I P3A0AH3 post SC atas indikasi ketuban pecah dini > 12 jam + BSC dilakukan pada hari Kamis 12 Mei 2016 jam 08.00. Wita didapatkan data sebagai berikut, data subyektif ibu mengatakan nyeri luka operasi ada, tapi berkurang dan data obyektif, KU ibu: baik, kesadaran komposmentis, TTV : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu: 36,7°C, nadi 82x/menit, memberikan KIE tentang jaga kebersihan diri, makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, tanda bahaya masa nifas, menyusui bayinya, menggunakan KB, kontrol di poli kebidanan tanggal 15 Mei 2016, mengikuti visite dr Yuni SpOG terapi di rumah cefadroxil 2 x 1, asam mefenamat 3 x 1, SF 2 x 1, dan vitamin C 2 x 1. Keadaan ibu dan bayi baik, pasien boleh pulang.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengkajian**

Pada langkah ini tahap pengumpulan data dilakukan dengan observasi, tanya jawab, dan dokumentasi. Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua data yang berkaitan dengan kondisi pasien. Untuk memperoleh data dilakukan melalui anamnesa atau data subyektif. Data yang dikumpulkan guna melengkapi data yang ada untuk menegakkan diagnosis. Melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi, (Gery Morgan 2002). Menurut Sarwono, 2005 dalam pengkajian yang dilakukan pada ketuban pecah dini yaitu: anamnesa, inspeksi, palpasi, dan pemeriksaan dalam. Tanda dan gejala yang terjadi seperti: keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air

ketuban yang berbau amis tidak seperti bau amoniak, demam, adanya nyeri perut, denyut jantung janin bertambah. Menurut sujiyatini, 2009 penyebab terjadinya KPD ialah infeksi, trauma, hidramnion, gameli. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam yang menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.

Hal ini ada kesesuaian antara teori sarwono, 2005 dan teori sujiyatini, 2009 dengan kasus yang saya temukan, yaitu pada pengumpulan data Ny E.I di dapatkan data subyektifnya yaitu ibu berumur 32 tahun dan ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ketiganya. Ibu mengeluh keluar lendir darah dan air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih, dan berbau amis sejak jam 09.00 wita tanggal 08-05-2016 dan semakin banyak pada sore harinya. Ibu mengatakan terakhir kali berhubungan seksual pada tanggal 07-05-2016. Ibu juga mengatakan bahwa aktivitas rumah cukup padat, sehingga ibu sering merasa kecapean. Pada pemeriksaan sebagai data obyektif yang telah dilakukan pada ibu dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut: Pemeriksaan umum yaitu : keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/70 mmhg, Suhu 36.8°C, Nadi 82 kali permenit, Pernapasan 20 kali permenit, Tinggi badan ibu 157 cm, berat badan 65 kg, Lila 24,5 cm. Pada pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya wajah terlihat tidak pucat dan tidak oedema, kunjungtiva merah muda, sclera putih, hidung tidak ada polip, mukosa bibir lembab, gigi tidak ada caries, leher tidak terlihat pembengkakan kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, tidak terlihat pembendungan vena jugularis, payudara simetris ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol. Abdomenada bekas operasi, ada linea nigra,

ekstremitas tidak ada oedema dan tidak ada varises, genitalia ada pengeluaran lendir darah dan air- air berwarna putih keruh. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari diatas pusat, pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong janin). Leopold II : hasilnya pada perut ibu bagian kiri, teraba punggung anak dan pada bagian kanan ibu teraba bagian-bagian terkecil janin. Leopold III hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba kepala dan kepala janin sudah masuk pintu atas panggul. Leopold IV dilakukan dengan menggunakan sistem perlimaan dan hasilnya 4/5. Pada pengukuran TFU dengan pita cm berdasarkan Mc Donald hasilnya 28 cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2.635 gram. Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin (+) terdengar jelas, kuat dan teratur di bagian kiri bawah pusat ibu dengan frekuensi 145 kali / menit memakai Doppler mini. Sesuai data dari ruangan triase, pemeriksaan dalam hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, ada pengeluaran lendir dan darah, keluar cairan berwarna putih berbau amis, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban negatif melekat, bagian terendah kepala, molase tidak ada, kepala turun hodge I.

Pada pemeriksaan palpasi pada abdomen yakni pemeriksaan Leopold, ditemukan adanya perbedaan antara teori dan kasus yang saya temui yakni pada kasus Ny. E.I. Menurut teori (Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung, 1983) mengatakan bahwa Tinggi Fundus Uteri pada umur kehamilan 36 minggu atau akhir bulan ke ix adalah sampai arcus costarum atau 3 jari dibawah Proc. Xyphoideus. Pada pengukuran tinggi fundus uteri dalam centimeter (cm) sesuai dengan usia kehamilan adalah UK 20 minggu, TFU 20 cm,

UK 24 minggu TFU 23 cm, UK 28 minggu TFU 26 cm, UK 32 minggu TFU 30 cm, dan UK 36 minggu TFU 33 cm.

Berdasarkan pada langkah pertama yaitu pengkajian data subyektif dan data obyektif antara tinjauan teori dan tinjauan kasus ketuban pecah dini di peroleh adanya perbedaan pada data obyektif.

#### **4.2.2 Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan. Pada tinjauan teori dengan tanda dan gejala diatas, didapatkan dan ditegakkan diagnosa ketuban pecah dini, yaitu pada tinjauan teori disebutkan ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan / sebelum inpartu kurang dari 4 cm (fase laten), Nugroho (2010). Kriteria menentukan diagnosa Ketuban Pecah Dini yaitu: Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba –tiba dari jalan lahir, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah. (Sujiatini, 2009).

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah pertama, maka diagnosa yang dapat ditegakan pada Ny. E.I yaitu G3P2A0AH2 UK 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC. Diagnosa ini ditegakan berdasarkan data subyektif yang diperoleh yaitu: ibu mengatakan hami anak ketiga, tidak pernah keguguran, haid terakhir 29-08-2015, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan oleh Ny. E.I. Ibu mengeluh keluar lendir darah dan air-air dari jalan lahir sejak pagi jam 09.00 wita tanggal 08-05-2016,

dan semakin banyak pada sore harinya. Dan data objektif yaitu pemeriksaan fisik head to toe, difokuskan pada keluhan yaitu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir dan dilakukan pemeriksaan yaitu dari jalan lahir tampak keluar air-air. Jadi langkah kedua, tidak ada kesenjangan antara teori yang telah dikemukakan dengan praktek yang telah dilakukan.

#### **4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Pada langkah ini membutuhkan antisipasi masalah yang dilakukan untuk pencegahan. Pada tinjauan teori, potensial ketuban pecah dini adalah: resiko infeksi intra uterin dan infeksi post partum serta resiko terjadi partus lama dan persalinan dengan tindakan (sarwono, 2005), serta sindroma gawat napas pada bayi (sujiyatini, 2009). Berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahap pengkajian, maka dapat disimpulkan bahwa resiko yang terjadi Pada kasus Ny. E.I ialah resiko terjadinya infeksi dan persalinan dengan tindakan. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.4 Tindakan Segera**

Tindakan segera berdasarkan tinjauan teori yaitu pemberian anti biotika hendaknya di berikan segera setelah diagnosa KPD ditegakkan dengan pertimbangan tujuan profilaksis lebih dari 6 jam ketuban pecah dini kemungkinan infeksi telah terjadi dan proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam ( sujiyatini, 2009 ). Tindakan segera yang dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial yang terjadi pada ibu dengan ketuban pecah dini untuk kehamilan 34 minggu atau lebih, bila tidak terjadi tanda tanda persalinan, dilakukan induksi persalinan bila tidak ada kontraindikasi. Seksio sesarea dilakukan bila ada indikasi obstetri, termasuk gagal induksi persalinan (krisnadi, dkk 2009).

Pada kasus Ny. E.I ini, pasien di berikan antibiotik atas instruksi dokter untuk pemberian profilaksis antibiotika, dan tidak dilakukan induksi persalinan karena Ny. E.I mempunyai riwayat obstetri, yaitu pernah menjalani operasi sesar 2 tahun yang lalu karena letak lintang. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan.

#### **4.2.5 Perencanaan**

Perencanaan pada kasus pasien dengan ketuban pecah dini dengan kehamilan 34 minggu atau lebih, berdasarkan tinjauan teori adalah bila dalam 24 jam setelah kantong ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka di lakukan induksi persalinan bila tidak ada kontraindikasi. Seksio Cesare dilakukan bila ada indikasi obstetri, termasuk gagal induksi, dan Pemberian antibiotik profilaksis, (krisnadi Dkk, 2009).

Pada tinjauan kasus Ny. E.I tidak di lakukan induksi persalinan karena ada kontraindikasi, dan atas intruksi dokter di lakukan Sc, dan asuhan kebidanan yang direncanakan pada Ny. E.I didasarkan pada kebutuhan saat itu juga yaitu :anjurkan ibu untuk bedrest total, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi TTV,observasi DJJ, lakukan persiapan seksio sesarea.

#### **4.2.6 Pelaksanaan Tindakan**

Pelaksanaan KPD pada tinjauan teori bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka di lakukan induksi persalinan bila tidak ada kontraindikasi dan bila gagal, di lakukan bedah sesar, pemberian antibiotic profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu walaupun antibiotik tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnionitis lebih penting dari pada

pengobatannya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu di lakukan (Norma, 2013). Pada tinjauan kasus Ny. E.I ini telah di lakukan skin test sefotaxime, dan hasilnya reaksi alergi negatif, maka lakukan injeksi sefotaxime 5ml / iv, melakukan pemasangan infus RL dan di drip duvadilan, atas instruksi dokter lakukan SC. Asuhan kebidanan yang diberikan adalah baringkan ibu posisi miring kiri, bedrest total, observasi TTV dan pantau DJJ, mengontrol cairan infus RL drip duvadilan dan melakukan persiapan seksio sesarea. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan.

#### **4.2.7 Evaluasi Tindakan**

Evaluasi tindakan adalah suatu langkah yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan asuhan yang telah di berikan. Pada kasus KPD di harapkan denyut jantung janin tetap baik dan tidak terjadi gawat janin. Pada kasus ini harapan sesuai dengan kenyataan yaitu tidak terjadinya gawat janin sampai dilakukan operasi SC. Pada kasus ini, berdsarkan data obyektif didapatkan tafsiran berat badan janin(TBBJ) adalah 2600 gram. Setelah bayi lahir, berat badan bayi 2400 gram, dalam hal ini terdapat ketidaksesuaian antara teori dan kasus yang ditemui yakni pada kasus Ny. E.I.

### **5.1 Simpulan**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. E.I langkah manajemen kebidanan Varney dapat disimpulkan :

Pada pengkajian Ny. E.I dengan ketuban pecah dini di peroleh data subyektif ibu berumur 32 tahun dan ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ketiganya, belum pernah keguguran, mengeluh keluar lendir darah dan air-air dari jalan lahir pada tanggal 08-05-2016 jam 09.00 wita, dan semakin banyak pada sore hari. Pemeriksaan sebagai data obyektif yaitu hasil pemeriksaan sebagai berikut:pemeriksaan umum yaitu: keadaan umum baik, kesadaran, composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah120/70 mmhg, Suhu 36.8°C, Nadi 82 kali permenit, Pernapasan 20 kali permenit, Tinggi badan ibu 157 cm, berat badan 65 kg, Lila 24,5 cm.Pada pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya abdomenada bekas operasi, ada linea nigra, ekstremitas tidak ada oedema dan tidak ada varises, genetalia ada pengeluaran lendir darah dan air- air berwarna putih keruh. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu leopard I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari diatas pusat, pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong janin). Leopard II : hasilnya pada perut ibu bagian kiri, teraba punggung anak dan pada bagian kanan ibu teraba bagan-bagian terkecil janin. Leopard III hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba kepala dan kepala janin sudah masuk pintu atas panggul. Leopard IV dilakukan dengan menggunakan sistem perlimaan hasinya yaitu 4/5. Pada

pengukuran TFU dengan pita cm berdasarkan Mc Donald hasilnya 28 cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2635 gram. Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin (+) terdengar jelas, kuat dan teratur di bagian kiri bawah pusat ibu dengan frekuensi 145 kali / menit memakai Doppler mini. Pada pemeriksaan dalam hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, keluar sedikit cairan berwarna putih jernih berbau amis, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban negatif melekat, bagian terendah dari janin adalah kepala, kepala turun hodgel. Pada langkah kedua diagnosa yang didapatkan yaitu G3P2A0AH2 UK36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD > 12 jam + BSC. Pada langkah ketiga antisipasi masalah potensial pada Ny E.IG3P2A0AH2 Uk 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentase kepala inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC, tindakan segera yang dilakukan berdasarkan tinjauan teori yaitu pemberian antibiotika hendaknya di berikan setelah KPD ditegakkan dengan pertimbangan tujuan profilaksis KPD < 6 jam. kemungkinan infeksi telah terjadi (Norma, 2013). Pada kasus Ny. E.I di lakukan sesuai intruksi dokter. Perencanaan yang dilakukan pada NY. E.I G3P2A0AH2 UK 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC adalah lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga. Lakukan observasi KU ibu, dan tanda-tanda vital. Lakukan observasi DJJ. Anjurkan ibu berbaring dalam posisi miring kiri. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tindakan, yakni pemberian antibiotik. Pelaksanaan Pada Ny E.I G3P2A0AH2 uk 36 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin,

presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini > 12 jam + BSC, melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, Melakukan observasi KU ibu, dan tanda-tanda vital, Melakukan observasi DJJ. Mengajarkan ibu berbaring dalam posisi miring, melakukan Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tindakan, yaitu pemberian injeksi sefotaxime 2gr/ iv, melakukan pendokumentasian. Evaluasi pada Ny E.I G3P2AOAH2 janin hidup tunggal, intrauterin, presentase kepala, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD > 12 jam + BSC di harapkan denyut jantung janin tetap baik dan tidak terjadi gawat janin. Pada kasus ini harapan sesuai dengan kenyataan yaitu tidak terjadinya gawat janin, DJJ masih dalam batas normal dan persalinan diakhiri dengan operasi SC, karena Ny. E.I pernah mengalami Sc atas indikasi letak lintang pada tahun 2014.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi penulis**

Dengan adanya laporan Karya Tulis Ilmiah ini, mahasiswa diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kasus kebidanan yang terjadi di lapangan.

### **2. Bagi profesi**

Agar dapat menambah keterampilan dan ilmu pengetahuan tenaga kesehatan, khususnya kebidanan, dapat dilakukan pelatihan asuhan kebidanan patologi khususnya pada ketuban pecah dini.

### **3. Bagi rumah sakit**

Dapat di gunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus KPD dan Gawat janin.

4. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus KPD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat asri. 2010. *Asuhan kebidanan persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Krisnadi Dkk, 2009, *Prematuritas*, Bandung : Revika Aditama.
- Manuaba Dkk, 2002 , *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*, Jakarta: EGC.
- Marmi, 2011. *Asuhan kebidanan pada persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar Rustam, 1998. *Sinopsis obstetrik Ed. 2*. Jakarta : EGC.
- Morgan Geri, Hamilton Carole, 2009. *Obstetri dan Ginekologi*, Jakarta: EGC.
- Nugroho Taufan, 2010. *Kasus Emergency Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmawati, 2011. *Ilmu Praktis Kebidanan*. Jakarta: Victory Inti Cipta.
- Saifuddin, dkk, 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Jakarta.
- Saputra Lyndon, 2014. *Asuhan Kebidanan: Kebidanan Patologi*, Tangerang Selatan : Binarupa Aksara.
- Sarwono Prawirohardjo, 2005. *Buku Kebidanan Patologi*, Jakarta:EGC
- Sarwono Prawiroharjo, 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal* . Jakarta :Yayasan Bina Pustaka
- Sujiyatini dkk, 2009. *Buku Asuhan Kebidanan Patologi*, Jakarta: Nuha Medika.

## Lampiran I

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E.I UK 36 MINGGU 2 HARI JANIN  
HIDUP, TUNGGAL, INTRAUTERIN, PRESENTASE KEPALA, INPARTU  
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI> 12 JAM+  
BSC DIRUANG BERSALIN RSUD. PROF.W.Z. JOHANNES KUPANG.**

Nama Pengkaji : Selviana Ngoa Nano

Tanggal Pengkajian : 09-05-2016

Jam Masuk : 00. 30 wita

Tanggal Masuk : 09-05-2016

### I. PENGKAJIAN

#### A. DATA SUBJEKTIF

##### 1. BIODATA

Nama ibu	: Ny. E.I	Nama suami	: Tn.H.M
Umur	: 32 tahun	Umur	: 33 tahun
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku	: Alor	Suku	: Alor
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Satpam
Alamat Rumah:	Kuanino	Alamat Rumah:	Kuanino

2. Keluhan utama masuk kamar bersalin : Ibu mengeluh keluar lendir darah dan air- air sedikit dari jalan lahir sejak pagi jam 09.00 wita dan semakin banyak pada sore harinya. Ibu mengatakan terakhir kali berhubungan seksual pada tanggal 07 mei 2016, ibu juga

mengatakan bahwa aktivitas rumah cukup padat sehingga ibu sering merasa kecapean.

3. Riwayat haid :

- a. Menarche : 14 tahun
- b. Lama : 3-4 hari
- c. Siklus : 28 hari
- d. Sifat darah : Encer
- e. Banyaknya : 3x ganti pembalut/hari
- f. HPHT : 29-08-2015
- g. Tp : 05-06-2016

4. Riwayat menikah

- a. Status pernikahan : Syah
- b. Lamanya menikah : 6 tahun
- c. Umur pada saat menikah : 26 tahun

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

N O	Tgl/bln/thn melahirkan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Keadaa n bayi LH/LM/ M	JK	BB/PB	Ket
1	2011	Normal	Aterm	Bidan	LH	L	-	Sehat
2	2014	SC	Aterm	Dokter	LH	P	-	Sehat

6. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10-12 kali

- b. ANC : 6X Teratur/Tidak, Di : Puskesmas Bakunase
  - c. HPHT : 29-08-2015 TP : 05-06-2016 UK : 36 minggu 2 hari
  - d. Imunisasi TT1 : lengkap TT2 : lengkap
  - e. Keluhan selama hamil : mual dan pusing
  - f. Obat yang dikonsumsi selama hamil :antasida, vitamin B6, SF, Kalk, Vitamin C.
  - g. Tanda-tanda bahaya : tidak ada
7. Riwayat kesehatan yang lalu/penyakit yang pernah diderita :
- a. Jantung : tidak ada
  - b. Hipertensi : tidak ada
  - c. Hepatitis : tidak ada
  - d. Jiwa : tidak ada
  - e. Campak : tidak ada
  - f. Malaria : tidak ada
  - g. PH,HIV/AID : tidak ada
  - h. Lain-lain : tidak ada
  - i. Pernah operasi : ya, pernah pada tahun 2014
8. Riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga
- a. Jantung : tidak ada
  - b. Hipertensi : tidak ada
  - c. Hepatitis : tidak ada
  - d. Jiwa : tidak ada
  - e. Campak : tidak ada
  - f. Malaria : tidak ada

- g. PH,HIV/AIDS : tidak ada
  - h. Lain-lain : tidak ada
  - i. Pernah operasi : tidak ada
  - j. Keturunan kembar : tidak ada
9. Riwayat KB
- a. KB yang pernah digunakan : suntikan bulanan
  - b. Lamanya : 1 tahun 6 bulan
  - c. Efek samping : tidak ada
  - d. Alasan berhenti : Ingin hamil lagi
10. Latar belakang budaya
- a. Kebiasaan ditolog oleh : tenaga kesehatan
  - b. Pantangan makanan : tidak ada
  - c. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : tidak ada
11. Keadaan psikososial dan sosial ekonomi
- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: ibu dan keluarga menerima kehamilan ini
  - b. Dukungan keluarga : keluarga selalu menemani ibu selama di RS.
  - c. Status perkawinan : syah
  - d. Lama nikah : 6 tahun
  - e. Kehamilan direncanakan/tidak : direncanakan
  - f. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami dan istri
12. Pola makan

- a. Frekuensi makan : 3x sehari
- b. Jenis makanan : nasi, jagung
- c. Lauk pauk : tahu, tempe, ikan, daging
- d. Keluhan : tidak ada
- e. Buah-buahan : apel, salak, pisang, papaya, jambu, jeruk
- f. Minum air : 8-10 gelas/hari

13. Pola istirahat/tidur

- a. Tidur siang : ± 1-2 jam
- b. Tidur malam : ± 7-8 jam
- c. Keluhan : tidak ada

14. Pola eliminasi

- a. BAB
  - 1) Frekuensi : 1x/ hari
  - 2) Warna : kuning kecoklatan
  - 3) Keluhan : tidak ada
- b. BAK
  - 1) Frekuensi : 3-4 x/ hari
  - 2) Warna : kuning
  - 3) Keluhan : tidak ada

15. Kebiasaan diri

- a. Mandi : 2x/ hari
- b. Keramas : 2x/ minggu



## a. Inspeksi

- 1) Postur tubuh : Lordosis
- 2) Kepala/rambut : bersih/tidak rontok
- 3) Wajah
- 4) Cloasma gravidarum : tidak ada
- 5) Oedema/tidak : ada
- 6) Mata : konjungtiva: merah muda sclera : putih
- 7) Mulut dan gigi : bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries
- 8) Leher
  - a) Pembesaran kelenjar tyroid : tidak
  - b) Ada pembengkakan Kelenjar limfe atau ada pembendungan vena jugularis : tidak ada
- 9.) Payudara
  - a) Bentuk : simetris
  - b) Putting susu : bersih, menonjol, tidak lecet
- 10.) Abdomen
  - a) Memebesar sesuai UK atau tidak : Ya, sesuai Uk
  - b) Bekas luka operasi : ada
  - c) Linea/strie : ada, linea nigra
- 11.) Vulva, vagina dan anus
  - a) Bentuk : normal
  - b) PPV : tidak ada
  - c) Haemoroid : tidak ada
  - d) Oedema : tidak ada

- e) Pengeluaran pervaginam :lendir, darah , cairan ketuban
- f) Flour albus : tidak ada
- g) Oedema : tidak ada

## 12.) Ekstremitas

- a) Atas : normal tidak ada oedema
- b) Bawah : tidak ada oedema
- c) Tungkai : tidak ada oedema
- d) Varises : tidak ada varises

## b. Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat (28 cm) pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba keras dan datar seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas) .

Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba kepala, dan kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP).

Leopold IV : Penurunan kepala 4/5

Mc Donald : 28 cm

TBBA :2.635gram

## c. Auskultasi

DJJ : teratur, dengan frekuensi : 145x/menit

## d. Pemeriksaan dalam

tanggal :08-05-2016 jam : 21.00 wita

Indikasi :

- 1) Vulva : tidak ada kelainan
- 2) Vagina : tidak ada kelainan
- 3) Portio : tebal
- 4) Pembukaan : 1cm
- 5) Kantong ketuban : negatif
- 6) Bagian terendah : kepala
- 7) Molase : tidak ada
- 8) Turun hodge : I

## II. ANALIA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
G3P2A0AH2 Uk 36 minggu 2 hari janin hidup, tunggal, intrauterin, presentase kepala, Inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini> 12 jam + BSC	<p>DS :Ibu mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir sejak pagi jam 09.00 wita tanggal 08-05- 2016 dan semakin banyak pada sore harinya.</p> <p>HPHT : 29-08-2015</p> <p>DO : TP : 05-06-2016</p> <p>KU : baik, kesadaran : komposmentis</p> <p>TTV : TD :120/70 mmHg N : 82x/menit</p> <p>S : 36,8<sup>0</sup> C, RR : 20 x/menit, BB:65 kg, TB: 157 cm.</p> <p>INSPEKSI</p> <p>Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih; mukosa bibir lembab, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembendungan vena jugularis; payudara bersih putting susu menonjol, tidak lecet, abdomen, ada bekas luka operasi, ekstremitas ada</p>

	<p>oedema pada kaki dan tidak ada varises.</p> <p><b>PALPASI</b></p> <p>Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat (28 cm) pada fundus teraba lunak,agak bulat dan tidak melenting (bokong)</p> <p>Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba keras dan datar seperti papan (punggung), pada perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)</p> <p>Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bundar, melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP</p> <p>Leopold IV : penurunan kepala 4/5</p> <p>Mc Donald : 28 cm TBBJ: 2. 635 gram</p> <p>Auskultasi : DJJ (+) 145 x/menit</p> <p>Perkusi : tidak dilakukan</p> <p>Pemeriksaan dalam : tanggal 08-05-2016, Jam :21.00</p> <p>Wita</p> <p>Indikasi : Vulva tidak ada kelainan, Vagina tidak ada kelainan Portio tebal, Pembukaan 1 cm, Kantong ketuban (-) , Bagian terendah kepala, Molase tidak ada Turun hodge : I</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

- a. Pada ibu, resiko terjadinya infeksi intrauterin,dan infeksi postpartum, partus lama, persalinan dengan tindakan
- b. Pada janin resiko terjadinya sindroma gawat nafas

#### IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter, yakni advis dokter untuk pemberian antibiotik dan persiapan untuk SC.

#### V. PERENCANAAN

Tanggal :09-05-2016

Jam : 00.45 Wita

Diagnosa :G3P2A0AH2, UK 36 minggu 2 hari janin hidup tunggal, intrauterin, presentase kepala, Inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini> 12 jam + BSC

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga  
R/ pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dengan petugas kesehatan.
2. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu  
R/ informasi yang jelas merupakan hak ibu agar ibu lebih kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan.
3. Lakukan observasi tanda- tanda vital, yaitu tekanan darah tiap 4 jam, suhu tubuh tiap 2 jam.  
R/ merupakan indikator untuk mengetahui keadaan umum pasien dan mendeteksi keadaan patologis yang mungkin terjadi pada ibu .
4. Lakukan observasi DJJ dan his setiap 1 jam .

R/ merupakan langkah atau cara untuk mengetahui kondisi dan perkembangan janin, serta mendeteksi kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi.

5. Anjurkan ibu berbaring dalam posisi miring kiri dan bedrest total.

R/ merupakan langkah awal untuk menghindari terjadinya sirkulasi darah kotor dari ibu ke plasenta yang dapat menyebabkan hipoksia.

6. Beri KIE pada ibu dan keluarga tentang tindakan preseksio sesarea, dan minta keluarga untuk menandatangani informed choice dan informed consent.

R/ dengan adanya KIE pada ibu dan keluarga dapat memberikan kenyamanan dan pemahaman kepada ibu dan keluarga

7. Lakukan persiapan pre seksio sesarea

R/ Persiapan yang baik memperlancar proses kerja di ruang operasi

8. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan tindakan

R/ sebagai bahan bukti dan tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

## VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 09-05-2016

Jam : 01.00 wita

Diagnosa :G3P2A0AH2, UK 36 minggu 2 hari janin hidup tunggal, intrauterin, presentase kepala, Inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini> 12 jam + BSC

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga.  
M/ sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu  
M/ ibu dan suami mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
3. Melakukan observasi tanda-tanda vital yaitu tekanan darah tiap 4 jam dan suhu tubuh tiap 2 jam.  
M/ telah dilakukan, dan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal.
4. Melakukan observasi DJJ dan his tiap 1 jam.  
M/ telah dilakukan, DJJ masih dalam batas normal dan ibu tidak ada his.
5. Menganjurkan ibu berbaring dalam posisi miring kiri dan bedrest total.  
M/ ibu sudah berbaring miring kiri.
6. Memberikan KIE pada ibu dan keluarga tentang tindakan praseskio sesarea dan meminta keluarga menandatangani surat persetujuan dilakukannya sectio sesarea

M/ Keluarga telah menandatangani surat persetujuan untuk dilakukan SC pada ibu.

7. Melakukan persiapan untuk SC, yaitu konsultasi dokter SpoG yaitu cito SC dan melakukan persiapan pre sectio sesarea
  - a. Melakukan pemasangan kateter
  - b. Membersihkan daerah operasi
  - c. Melakukan konsultasi ke anastesi, acc untuk dilakukan operasi
  - d. Memberikan injeksi cefotaxime 2 gram IV/selang
  - e. Mempersiapkn obat-obatan dan cairan infus
  - f. Mempersiapkan pakian ibu dan bayi
  - g. Memindahkan pasien ke brankar
  - h. Mengantarkan pasien ke ruang operasi
8. Mendokumentasikan hasil tindakan  
M/ hasil tindakan sudah didokumentasi.

## VII. EVALUASI

Tanggal:09-05-2016

Jam : 11.00 wita

Diagnosa:Post SC atas indikasi KPD > 12 jam +BSC

1. Keadaan ibu:

Operasi dimulai jam 09.30 wita dan selesai pada jam 10.15 wita, ibu dalam kondisi belum sadarkan diri.

2. Keadaan bayi:

Bayi lahir hidup dengan bantuan SC, berjenis kelamin perempuan, lahir pada jam 09.42 wita, A/S : 8/9, BB : 2400 gram, PB: 44 cm, LK: 32cm, LD:31 cm, LP: 29 cm.

### CATATAN PERKEMBANGAN NY. E.I

Hari/tanggal	Jam	Catatan perkembangan
Senin, 09 mei 2016	10.15 wita	Operasi selesai Membersihkan pasien
	10.45 wita	Memindahkan pasien ke berangkar Berikan analgetik 20 tetes/menit/mikro Berikan selimut hangat pada pasien Memindahkan pasien ke ruangan
	11.00 wita	Pasien tiba di ruang rawat
	11.20 wita	S : Ibu mengatakan nyeri luka operasi,dan menggigil kedinginan. O : KU: baik, kontraksi uterus baik, IUDR drip oxy pass drip analgetik, luka operasi tertutup kasa steril, TTV: TD: 120/90 mmHg, S: 38°C, N: 86 x/menit, RR: 22x/menit. A : Post SC atas indikasi KPD > 12 jam + BSC P:1. Menginformasikan pada keluarga tentang kondisi ibu saat ini, keluarga menerima informasi yang disampaikan.
	14.30 wita	2. Membuang urin, urine sudah dibuang dengan jumlah 400 cc.
	15.00 wita	3. Memberitahu keluarga untuk memberi ibu minum air hangat sedikit-sedikit, jika tidak muntah, boleh makan bubur, ibu sudah minum air hangat sedikit.
	16.15 wita	4. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi bertahap, ibu sudah mulai menggerakkan kakinya, dan pelan-pelan mulai miring ke kiri.
	18.00 wita	1. Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/IV 2. Melayani injeksi kalneks 1 gr/ IV Mengobservasi TTV ibu, TD: 120/70, S: 37,5°C,
	18.30 wita	N: 80x/menit,RR: 20x/menit.
	19.00 wita	Melayani makan malam pada ibu.

	23.00 wita 23.15 wita	Melayani obat oral pada ibu yakni, asam mefenamat, SF, vitamin C. Melayani injeksi sefotaxime dan kalneks. Motivasi ibu untuk istirahat malam.
Selasa, 10 mei 2016	05.00 wita  05.30 wita  06.00 wita  06.30 wita  08.15 wita  09.00 wita  12.00 wita  12.30 wita  16.15 wita  18.00 wita	S: Ibu mengatakan nyeri luka operasi O: ku: baik, kesadaran komposmentis, TD: 120/70, S: 37,3° C, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, kontraksi uterus baik, lochea rubra, TFU 2 jari dibawah pusat, luka operasi tertutup kasa steril, terpasang RL drip oksitosin 20 iu, dan D5% drip analgetik. A: P3A0AH3 post SC atas indikasi KPD > 12 jam + BSC. P:Memandikan pasien dan membuang urine sebanyak 300 cc Melayani makan pagi dan melayani terapi oral yakni asam mefenamat, SF, dan vitamin C. Membantu ibu untuk mobilisasi, ibu sudah bisa miring kiri miring kanan. Melayani injeksi sefotaxime 1 gr/iv Melayani injeksi kalneks 1 gr/ iv Terapi keluarga untuk menjaga personal hygiene, makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, mobilisasi bertahap. Mengobservasi TTV ibu, TD: 120/70, S: 37° C, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, kontraksi uterus baik, lochea rubra, TFU 2 jari dibawah pusat, luka operasi tertutup kasa steril. Melayani makan siang pada ibu dan melayani obat oral pada ibu. Melayani injeksisefotaxime 1gr/ iv Melayani injeksi kalneks 1 gr/ iv Mengobservasi TTV pada ibu yakni : TD: 120/70, S: 37,3° C, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, kontraksi uterus baik, lochea rubra,

Rabu, 11 mei 2016.	19.00 wita	TFU 2 jari dibawah pusat, luka operasi tertutup kasa steril.
	19.30 wita	Melayani makan malam pada ibu dan obat oral pada ibu.
	21.30 wita	Membuang urine sebanyak 400 cc
	23.00 wita	Ciran infus habis, mengganti infus RL dengan RL
	05.00 wita	Melayani injeksi sefotaxime 1 gr/ iv, dan motivasi pasien untuk istirahat malam. S: ibu mengatakan masih merasakan nyeri luka operasi. O: ku: baik, kesadaran komposmentis, TTV: TD: 12070, N: 80x/menit, RR: 20 x/menit, kontraksi uterus baik, pengeluaran pervaginam sedikit,
	05.15 wita	luka operasi ada tertutup kassa steril, ada terpasang infus RL P: Menganjurkan pasien : personal hygiene,
	06.00 wita	makan yang bergizi, mobilisasi bertahap,
	08.15 wita	istirahat yang cukup.
	10.00 wita	Melayani makan pagi dan obat oral Melayani injeksi Cesotaxime 1 gr/IV
	12.00 wita	Mengikuti visite dokter, advis dokter: aff DC dan
	12.15 wita	lanjut terapi oral. Mengobservasi TTV ibu
	17.00 wita	Melayani ibu makan siang dan melayani obat oral pada ibu. KIE pada ibu dan keluarga yaitu: menjaga kebersihan diri dan luka operasi, makan makanan bergizi, melakukan mobilisasi, istirahat yang cukup.
	18.30 wita 20.00 wita	Melayani makan malam pada ibu dan obat oral Motivasi ibu untuk istirahat malam.
Kamis, 12 mei 2016	05.00 wita	S: ibu mengatakan masih nyeri pada luka operasi, dan sudah berkurang. O: ku: baik, kesadarn : komposmentis, TD:

		<p>110/80 mmHg, S:36,7°C, N: 80 x/menit, RR: 20 x/ menit, kontraksi uterus baik, ada pengeluaran pervaginam, ada luka operasi tertutup kassa steril, terpasang infus jalan baik.</p> <p>A: P3A0AH3 Post SC atas indikasi, KPD &gt; 12 jam + BSC.</p>
	06.00 wita	P: melayani makan pagi pada ibu
	06.30 wita	Melakukan KIE Gizi, personal hygiene, mobilisasi, melakukan perawatan payudara, menyusui bayinya sesering mungkin, lanjutkan ASI eksklusif, perawatan tali pusat pada bayi.
	12.00 wita	Melayani makan siang pada ibu
	12.30 wita	Mengikuti visite dokter yuni SpoG, advise yaitu: terapi oral, rawat luka, aff infus, dan boleh pulang.
	12.45 wita	
	13.00 wita	Mengaff infus.
	13.45 wita	Merawat luka operasi.
		<p>Memberikan KIE pada ibu yaitu: menjaga personal hygiene, menjaga luka operasi agar tidak terkena air dan kotoran, serta tidak kompres air panas, dan perawatan payudara, menyusui bayinya sesering mungkin, perawatan tali pusat bayi, makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, serta menganjurkan ibu untuk berKB, memberitahu ibu untuk datang kontrol di poli kebidanan RSUD prof.Dr. W.Z.Johanes pada tanggal 15 mei 2016. Memberitahu ibu untuk membawa bayinya ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi HBO sebelum 7 hari.</p>

