

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PADA MULTIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 16 S/D 28 MEI 2016**



OLEH :

BEATRIX MEGO KOLIN
NIM 132111154

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PADA MULTIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 16 S/D 28 MEI 2016**

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



OLEH :

BEATRIX MEGO KOLIN
NIM 132111154

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa karya tulis ilmiah adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan perguruan tinggi manapun.

Kupang, Desember 2016

Yang menyatakan

BEATRIX MEGO KOLIN
NIM : 132111154

LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR
GAMBARAN ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PADA MULTIGRAVIDA DI RUANG
BERSALIN RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 16-28 MEI 2016

OLEH

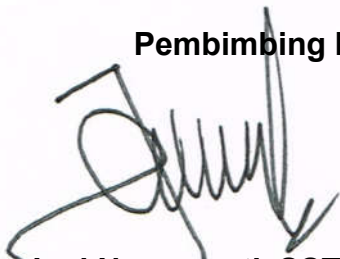
BEATRIX MEGO KOLIN

132111154

Kupang, Desember 2016

Menyetujui,

Pembimbing I



Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

Pembimbing II



Endah Dwi Pratiwi, SST

Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PADA MULTIGRAVIDA DENGAN KPD
DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 16-28 MEI 2016

OLEH
BEATRIX MEGO KOLIN

NIM: 132111154

Telah Diujikan Didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilimiah SekoTinggi Ilmu
 Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang

Pada tanggal : 17 Desember 2016

Ketua : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., Ns., MH.Kes :.....

Anggota : 1. Jeni Nurmawati, SST., M.Kes :.....

2. Endah Dwi Pratiwi, SST :.....

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi D III Kebidanan


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

1. Biodata

Nama : Beatrix Mego Kolin
Tempat Tanggal Lahir : Toda, 22-11-1995
Agama : Kristen Katolik
Alamat : Jln. Manafe No 27 Kayu putih

2. Riwayat pendidikan

a. Tahun 2007 : Tamat SDK Watuapi Aesesa Nagekeo
b. Tahun 2010 : Tamat SMPN II Boawae Nagekeo
c. Tahun 2013 : Tamat SMAN I Bajawa Ngada
d. Tahun 2013 : Saat ini sedang menyelesaikan program studi Diploma III Kebidanan di Stikes CHM-K.

Motto

**Rancangan orang rajin semata-mata mendatangkan
kelimpahan, tetapi setiap orang yang tergesa-gesa
hanya akan mengalami kekurangan.**

Amsal 21:5

Persembahan

**Laporan Tugas Akhir ini Saya Persembahkan Untuk Tuhan Yesus,
Kedua Orang Tua, Saudara, Keluarga,
Dan Almamater Tercinta.**

Abstrak
Sekolah tinggi ilmu kesehatan CHMK
Jurusan Kebidanan, tanggal 16-28 Mei 2016
Nama : Beatrix Mego Kolin/ 132111154

ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL PADA MULTIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri Hidayat, 2010). Ada beberapa persalinan patologis yang bisa terjadi, salah satunya adalah ketuban pecah dini. Di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes 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 sektio cesarea (SC) sebanyak 13,44%, gawat janin 53,90%, persalinan lama 8,58%. (Rekam Medic RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2015).

Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan, serta kompetensi mahasiswa terhadap ibu bersalin dengan ketuban pecah dini. Adapun beberapa tujuan khusus yaitu mampu melakukan asuhan 7 langkah varney, mengetahui kesenjangan antara teori dengan kasus serta menarik kesimpulan.

Jenis penelitian kualitatif, dan teknik sampel dengan menggunakan purposive sampling. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu Inpartu yang sedang dirawat di ruang bersalin RSUD Prof.W.Z.Johanes Kupang dan sampel pada penelitian ini adalah satu ibu Intrapartal pada Multigravida dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD Prof.W.Z.Johanes Kupang.

Pemeriksaan dilakukan pada Ny. S.H dengan hasil yang didapatkan yaitu: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 21x/menit, N: 91x/menit, keluar air-air banyak dari jalan lahir sudah 16 jam, hal ini menunjukkan pasien telah mengalami ketuban pecah dini. Penanganan terhadap ibu dengan ketuban pecah dini adalah pasang infus RL 500 cc 20 tpm, skin test cefotaksime dilanjutkan pemberian cefotaksime 1x1 gr IV/selang. Setelah dievaluasi keadaan ibu baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Asuhan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 16-28 Mei 2016 pada Ny. S.H dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu semua diagnosa dan masalah yang ada, bisa diatasi dan ibu tidak mengalami komplikasi, keadaan ibu dan bayi baik, ibu dirawat selama 3 hari. Ibu dan bayi pulang dengan keadaan yang sehat.

Kata kunci: Asuhan Kebidanan, Ketuban Pecah Dini

‘KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 16-28 Mei 2016”**dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Studi kasus ini disusun dengan maksud untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku, Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes. selaku, Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan studi kasus ini.
3. Ummu Zakiah, S.ST.M.Keb selaku ketua Prodi Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang
4. Jeni Nurmawati, SST.,M.Kes selaku pembimbing I dan Endah Dwi Pratiwi, SST selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi saya dalam penyusunan studi kasus ini.
5. Para dosen program studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan motivasi dalam penyelesaian studi kasus ini.
6. Keluarga Ny. S.H yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini.

7. Bapak Yohanes Ola Kolin dan mama Magdalena Fono selaku orangtua, mama uli, mama mia, om endi, uri nina yang telah memberikan dukungan material maupun nonmateri, bapa alex, mama febby, om alo, tanta mia, bapa felix dan mama ansy, kedua kakak kandung, kaka (febby, yofin, yuni, sarti, ika) yang telah memberikan semangat dan support yang luar biasa.
8. Sahabat terbaik saya osin, lin, vin, vira, yolana, meri, ningsy, lia, sandry, teman dekat, teman kamar 5, dan kekasih saya herson lalu yang selalu membantuu saya, memberikan semangat dan support.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis membuka saran demi kemajuan dan kesempurnaan studi kasus ini. Penulis berharap semoga studi kasus ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi tenaga kesehatan lain pada khususnya.

Kupang, Desember 2016

Beatrix Mego Kolin

DAFTAR ISI

Halaman

Lembar Sampul Luar.....	i
Lembar Sampul Dalam dan Persyaratan Gelar.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan tim Penguji	v
Biodata Penulis	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi.....	xii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Singkatan	xv
Daftar Lampiran	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan	3
1.4. Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini.....	7
2.2. Konsep Dasar Persalinan	26

2.3. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	77
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	99
3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian	99
3.2. Populasi, Sampel dan Sampling	100
3.3. Kerangka Kerja Penelitian	101
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	102
3.5. Instrumen Studi Kasus	103
3.6. Teknik Pengumpulan Data.....	103
3.7. Etika Penelitian	106
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHSAN	109
4.1. Hasil Penelitian	109
4.2. Pembahasan.....	120
BAB V PENUTUP	131
5.1. Simpulan.....	131
5.2. Saran	134

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Halaman
	<hr/>
	<hr/>
Gambar 3.1. Kerangka Kerja.....	102

DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus
AH	: Anak Hidup
APD	: Alat Pelindung Diri
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
G	: Gravida
IV	: Intravena
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IU	: Internasional Unit
KB	: Keluarga Berencana
KPD	: Ketuban Pecah Dini
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
O	: Objektif
P	: Para
PAP	: Pintu Atas Panggul
RR	: Respirasi Rate (pernapasan)
RL	: Ringer Laktat
R	: Rasional
S	: Suhu
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TP	: Tafsiran Partus
TTV	: Tanda-Tanda Vital

UK : Usia Kehamilan
UUK : Uzun-Uzun Kecil

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Permintaan Menjadi Responden

Lampiran 3 Asuhan Kebidanan

1.1. Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri Hidayat, 2010). Ada beberapa persalinan patologis yang bisa terjadi, salah satunya adalah ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten), hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2010). Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban atau infeksi pada cairan ketuban, serviks yang inkompetensia, tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat, trauma misalnya hubungan seksual atau pemeriksaan dalam, dan kelainan letak misalnya letak sungsang (Nugroho, 2010).

World Health Organisation (WHO) mencatat pada tahun 2012 bahwa tiap tahunnya lebih dari 500 hingga 400/kelahiran hidup, perempuan meninggal yang disebabkan perdarahan 28%, eklamsi 12%, abortus 13%, sepsis 15 %, partus lama 8% dan penyebab lain 24%. 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 %.(Profil Kesehatan Indonesia 2014). Berdasarkan data di Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2013, cakupan penanganan komplikasi kebidanan sebesar 52,12 % dan penyebab langsung komplikasi maternal adalah perdarahan 28%, eklamsia (24%), dan infeksi 11% (Profil kesehatan NTT tahun 2013). Di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes 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 sektio cesarea (SC) sebanyak 13,44%, gawat janin 53,90%, persalinan lama 8,58%. (Rekam Medic RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2015).

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, lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini kalau ada faktor-faktor predisposisi. Penjelasan tentang manfaat istirahat berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring ditempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurang. Peran sektor kesehatan pada upaya penurunan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir meliputi tersedianya tenaga kesehatan terlatih setiap persalinan, yang mampu menangani persalinan aman, bersih serta pelayanan yang adekuat di fasilitas rujukan termasuk tersedianya fasilitas tranfusi darah dan tindakan seksio sesarea dan dapat meningkatkan

kemampuan ibu dalam mengambil keputusan, persiapan biaya, perilaku terhadap pelayanan kesehatan dan lain-lain (Prawiroharjo, 2007).

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis mengangkat penelitian dengan judul Asuhan Kebidanan Intrapatal Pada Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penulisan ini yaitu “Bagaimana Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang?”

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney.

1.3.2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada klien diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengidentifikasi pengkajian pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. menginterpretasikan data hasil pengkajian pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3. Mengidentifikasi diagnosa masalah potensial pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera kolaborasi pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Merumuskan rencana asuhan kebidanan yang tepat pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
6. Mengimplementasikan asuhan kebidanan sesuai rencana asuhan pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
7. Mengevaluasi keefektifan asuhan kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan ketuban pecah dini di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.4. Manfaat

1.4.1. Secara Teori

Hasil penulisan dapat digunakan untuk mengidentifikasi ibu Intrapartal Multigravida dengan Ketuban Pecah Dini.

1.4.2. Secara Praktis

1. Bagi Penulis

Agar mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata pada asuhan kebidanan pada kasus ibu Intrapartal Multigravida dengan Ketuban Pecah Dini.

2. Bagi profesi

Agar dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu Intrapartal dengan Ketuban Pecah Dini.

3. Bagi Rumah Sakit

Agar dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu Intrapartal dengan Ketuban Pecah Dini.

4. Bagi Institusi pendidikan

Agar dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdarutan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu Intrapartal dengan Ketuban Pecah Dini.

2.1. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini**2.1.1. Pengertian**

Ketuban pecah dini di defenisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini preterem adalah ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu. Ketuban pecah dini yang memanjang adalah ketuban pecah dini yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan (Sujiyatini, 2009).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan /sebelum inpartu, pada pembukaan < 4cm (fase laten), hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2010). Ketuban pecah dini adalah rupturnya membrane ketuban sebelum persalinan berlangsung (Manuaba, 2002).

Fadlun (2011), ada beberapa definisi dari ketuban pecah dini yaitu sebagai berikut:

1. Ketuban pecah dini adalah didefenisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan (Asuhan Patologi Kebidanan,2009)

2. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau Ketuban Pecah Dini atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses persalinan.
3. Ketuban premature yaitu pecahnya membrane khorio-amniotik sebelum persalinan atau di sebut juga *Premature Ruptur Of Membrane/Prelabour Ruptur Of Membrane /PROM*.
4. Ketuban pecah premature pada preterm yaitu pecahnya mambran chorio-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan 37 minggu atau di sebut juga *Pretem Premature Of Membran/Pretem Prelabour Ruptur of Membran/PROM*

2.1.2. Etiologi

Nugroho, (2010), Walaupun banyak publikasi tentang Ketuban pecah dini, namun penyebabnya masih belum di ketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor - faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predesposisi adalah :

a. Infeksi

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

b. Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri.

- c. Tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan misalnya trauma, hidramnion, gemelli.
- d. Trauma yang dilipat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya Ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- f. Keadaan sosial ekonomi
 - 1. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan kulit ketuban.
 - 2. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu
 - 3. Faktor multigraviditas, merokok dan perdarahan antepartum
 - 4. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

Pada sebagian besar kasus, penyebabnya belum di temukan. Faktor yang disebutkan memiliki kaitan dengan KPD yaitu riwayat kelahiran prematur, merokok, dan perdarahan selama kehamilan beberapa faktor risiko dari Ketuban pecah dini :

- 1. Inkompetensi serviks (leher rahim)
- 2. Polihidramion (cairan ketuban berlebihan)
- 3. Riwayat Ketuban pecah dini 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 Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis
8. Infeksi pada kehamilan seperti bacterial vaginosis.

2.1.3. Patofisiologi

Ketuban pecah dini biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membrane atau penambahan tekanan intra uteri ataupun di sebabkan oleh kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intra uteri yang kuat adalah penyebab independen dari ketuban pecah dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

Taylor dkk. Terjadinya ketuban pecah dini ternyata ada hubungannya dengan hal – hal berikut:

1. Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah. Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, servisititis dan vaginitis.
2. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)
3. Infeksi (amnionitis atau korio amnionitis)
4. Faktor–faktor lain yang merupakan predisposisi ialah: multi para, malposisi, disproporsi, cerviks inkompeten dan lain–lain.
5. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), di mana ketuban dipecahkan terlalu dini (Mochtar F, 1998)

2.1.4. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala ada ketuban pecah dini adalah:

- a) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b) Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- c) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala kebocoran janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” untuk sementara.
- d) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Dwi dan Norma, 2013).

2.1.5. Diagnosa Ketuban Pecah Dini

Nugroho (2010), diagnosa ketuban pecah dini ditegakan dengan cara sebagai berikut:

1. Anamnesa

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

2. Inspeksi

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

3. Pemeriksaan dengan speculum

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

4. Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu di pertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau Ketuban Pecah Dini sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan di batasi sedikit mungkin.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan Phnya, cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urin atau secer vagina.

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan yang dimaksud untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus Ketuban Pecah Dini terlihat jelas cairan ketuban yang sedikit, namun sering terjadi kesalahan pada penderita polihidamnion.

2.1.6. Komplikasi.

Pengaruh Ketuban Pecah Dini terhadap ibu dan janin adalah sebagai berikut (Fadlun, 2011) :

1. Ibu

- a. Infeksi intrapartal /dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.
- b. Infeksi puerperalis masa nifas
- c. Partus lama
- d. Perdarahan postpartum
- e. Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya Sc
- f. Morbiditas dan mortalitas

2. Janin

- a. Hypoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu dapat terjadi :

- 1) Infeksi intrauterine
 - 2) Tali pusat menubung
 - 3) Distosia bahu
- b. Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) yang dapat mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, perdarahan intrakarnial.
- c. Morbilitas dan mortalitas perinatal.

2.1.7. Penatalaksanaan

- a. Menurut Dwi dan Norma (2013), penatalaksanaan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan yang beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola Ketuban pecah dini akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan ketuban pecah dini masi dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan, selama masih beberapa masalah yang masih belum terjawab. Kasus Ketuban pecah dini yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis.

Kasus Ketuban pecah dini yang kurang bulan kalau menempuh cara- cara aktif harus di pastikan bahwa tidak akan terjadi RDS (*Respiration Distress Syndrome*). Dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksut untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan Ketuban

pecah dini tergantung pada umur kehamilan tidak di ketahui secara pasti segera di lakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada ketuban pecah dini dengan janin kurang bulan adalah RDS di bandingkan dengan sepsis oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu di evaluasi secara hati- hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang chorioamnionitis yang di ikuti dengan sepsi pada janin merupakan sebab utama meningginya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil dua faktor yang harus di pertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita ketuban pecah dini yaitu umur kehamilan dan ada tidaknya tanda - tanda infeksi pada ibu.

b. Penatalaksanaan

Penanganan pada ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2000) dalam (Norma, 2013).Bila ketuban pecah dini pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu dilakukan tindakan konservatif. Pada usia kehamilan 36 minggu dilakukan tindakan aktif. Tindakan konservatif yang dimaksud adalah istirahat baring, pemberian antibiotika, pematangan paru dan penilaian tanda-tanda infeksi secara klinik maupun laboratorik.

Tindakan konservatif berubah menjadi aktif bila umur kehamilan telah mencapai 36 minggu dan terdapat tanda-tanda infeksi seperti demam, takikardi, ketuban berbau dan peningkatan leukosit $> 15.000/\text{mm}^3$. Tindakan aktif yang dimaksud adalah partus pervaginam dengan atau tanpa induksi oxytosin, partus pervaginam dengan embriotomi dan seksio sesarea.

Penatalaksanaan KPD secara rinci sebagai berikut :

- 1) Kehamilan kurang dari 36 minggu, tindakan aktif.
- 2) Kehamilan < 32 minggu (taksiran berat janin < 2000 gr) :
 - a) Janin mati dengan letak lintang maupun memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oxytosin..
 - b) Janin hidup dengan letak memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oxytosin.
 - c) Janin hidup dengan letak lintang memanjang dilakukan persalinan dengan SC
- 3) Kehamilan 32-36 minggu (taksiran berat janin < 2000 gr-2500 gr)
 - a) Janin mati jika letak lintang : partus pervaginam dengan embriotomi
 - b) Janin mati jika letak memanjang : partus pervaginam dengan induksi oxytosin
 - c) Janin hidup jika letak lintang memanjang terdapat prolapsus tali pusat dilakukan persalinan dengan SC
 - d) Janin hidup jika letak memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oxytosin
- 4) Kehamilan > 36 minggu

- a) Janin hidup jika letak memanjang, tidak ada disproporsi sepalo pelvic, nilai pelvic > 5, dilakukan partus pervaginam dengan induksi oxytosin
 - b) Janin hidup jika letak memanjang, terdapat disproporsi sepalo pelvic, nilai pelvic <5, terdapat prolapsus tali pusat atau terjadi kegagalan induksi oxytosin maka dilakukan SC.
 - c) Janin mati jika letak memanjang, terdapat disproporsi sepalo pelvic, letak lintang, dilakukan embriotomi.
 - d) Janin mati jika letak memanjang, tidak ada disproporsi sepalo pelvic, dilakukan partus pervaginam dengan induksi oxytosin.
- c. Penatalaksanaan Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm (> 37 minggu).

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi Ketuban pecah dini keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari Ketuban pecah dini. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaanya persalinan disebut periode latent= L.P="lag" periode. Makin muda umur kehamilan makin memanjang L.P-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 caesar.

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun anti biotik tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnionitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberi antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis ketuban pecah dini ditegakkan dengan pertimbangan; tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam, kemungkinan infeksi telah terjadi proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu sampai 6 jam- 8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi ketuban pecah dini dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop score jika >5 induksi dapat dilakukan, sebaliknya < 5 , dilakukan pematangan serviks, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksiosesaria.

d. Penatalaksanaan Ketuban pecah dini pada kehamilan preterem (< 37 minggu).

Pada kasus- kasus ketuban pecah dini dengan umur kehamilan yang kurang bulan tidak di jumpai tanda-tanda infeksi pengelolanya bersifat konservatif di sertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksis. Penderita perlu di rawat di rumah sakit, di tidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu di lakakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan di usahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uteroneklasen atau tocolitik agent di berikan juga tujuan menunda proses persalinan. Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita ketuban pecah dini kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan.

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi yang kadang-kadang tidak ringan. Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, ruptura uter, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi.

Kegagalan dari induksi persalinan biasanya di selesaikan dengan tindakan bedah cecar. Seperti halnya pada pengelolaan Ketuban pecah dini yang cukup bulan, tindakan bedah cecar hendaknya di kerjakan bukan semata - mata karena infeksi intrauterin. Tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin. Partus tak maju.

Selain komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga dikatakan pengelolaan konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterin.

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tepi setiap hari, pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperatur tiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotik mulai saat diagnosis ditegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam.

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm Ketuban pecah dini telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS (*Respiration Distress Syndrome*). (*The National Institutes Of Health (NIH)*) Telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm ketuban pecah dini pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intramion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg im tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing masing 6 mg tiap 12 jam.

e. Penatalaksanaan KPD menurut Morgan dan Hamilton (2009) sebagai berikut :

1. Pencegahan

- a. Obati infeksi gonokokus, klamidia, dan vaginosis bakterial.
- b. Diskusikan pengaruh merokok selama kehamilan dan dukung usaha untuk mengurangi atau berhenti.
- c. Motifasi untuk menambah berat badan yang cukup selama hamil

- d. Anjurkan pasangan agar menghentikan koitus pada trimester terakhir bila ada faktor predisposisi.
2. Panduan mengantisipasi yaitu menjelaskan kepada pasien yang memiliki riwayat berikut ini saat prenatal bahwa mereka harus segera melapor bila ketuban pecah.
 - a. Kondisi yang menyebabkan ketuban pecah dapat mengakibatkan prolaps tali pusat (letak kepala selain vertex, polihidramnion).
 - b. Herpes aktif
 - c. Riwayat infeksi streptococcus betahemotikus sebelumnya.
 3. Bila ketuban telah pecah
 - a. Anjurkan pasien untuk pergi ke RS
 - b. Catat terjadinya ketuban pecah dengan melakukan pengkajian secara seksama. Upayakan mengetahui waktu terjadinya pecah ketuban. Bila robekan ketuban tampak kasar maka saat pasien berbaring terlentang, tekan fundus untuk melihat adanya semburan cairan dari vagina, basahi kapas hapusan dengan cairan dan lakukan polesan pada slide untuk mengkaji ferning dibawah mikroskop, sebagian cairan diusap ke kertas nitrazin. Bila positif, pertimbangkan uji diagnostik bila pasien sebelum tidak melakukan hubungan seksual, tidak ada perdarahan dan tidak melakukan pemeriksaan pervaginam menggunakan jeli.
 - c. Bila pecah ketuban dan/atau tanda kemungkinan infeksi tidak jelas, lakukan pemeriksaan spukulum steril yaitu dengan mengkaji nilai bishop serviks dan hanya bila ada tanda infeksi serta mendapat

spesimen cairan lain dengan lidi kapas steril yang dipoleskan dengan slide untuk mengkaji feming di bawah mikroskop.

d. Bila usia gestasi <37 minggu atau pasien terjangkit herpes tipe 2, rujuk ke dokter.

f. Penalaksanaan Konservatif

- 1) Kebanyakan persalinan di mulai dalam 24-72 jam setelah ketuban pecah dini.
- 2) Kemungkinan infeksi berkurang bila tidak ada alat yang dimasukkan kedalam vagina kecuali speculum steril dan jangan melakukan pemeriksaan vagina
- 3) Saat menunggu, tetap pantau pasien dengan ketat. Ukur suhu tubuh 4 kali sehari, bila suhu tubuh meningkat secara signifikan dan/atau mencapai 38°C, berikan 2 macam antibiotik dan persalinan harus diselesaikan. Observasi pada vagina: bau menyengat, purulent atau tampak kekuningan menunjukkan adanya infeksi. Catat bila ada nyeri tekan dan iritabilitas uterus serta laporkan perubahan apapun.

g. Penatalaksanaan Agresif

- 1) Jel prostaglandin atau misoprostol (meskipun tidak di setujui penanganannya) dapat diberikan setelah konsultasi dengan dokter.
- 2) Mungkin dibutuhkan rangkaian induksi Pitocin bila serviks tidak berespon
- 3) Beberapa ahli menunggu 12 jam untuk terjadinya persalinan. Bila tidak ada tanda, mulai pemberian Pitocin.
- 4) Berikan cairan per IV dan pantau janin

- 5) Peningkatan resiko seksio sesarea bila induksi tidak efektif.
- 6) Bila pengambilan keputusan bergantung pada kelayakan serviks untuk diinduksi, kaji nilai bishop setelah pemeriksaan speculum. Bila diputuskan untuk menunggu persalinan, tidak adalagi pemeriksaan yang dilakukan, baik manipulasi dengan tangan maupun speculum, sampai persalinan dimulai atau induksi di mulai.
- 7) Periksa hitung darah lengkap bila ketuban pecah. Ulangi pemeriksaan pada hari berikutnya sampai persalinan atau lebih sering bila ada tanda infeksi.
- 8) Lakukan NST setelah ketuban pecah. Waspada adanya takikardia jann yang merupakan salah satu tanda infeksi.
- 9) Mulai induksi setelah konsultasi dengan dokter bila suhu tubuh ibu meningkat signifikan, terjadi takikardia janin, lochea tampak keruh, iritabilitas atau nyeri tekan uterus yang signifikan, kultur vagina menunjukkan streptokokus beta haemolitikus, hitung darah lengkap menunjukkan kenaikan sel darah putih.

h. Penatalaksanaan persalinan lebih dari 24 jam setelah ketuban pecah

1) Persalinan spontan

Ukur suhu tubuh pasien setiap 2 jam, berikan antibiotic bila demam, anjurkan pemantauan janin internal, beritahu dokter spesialis obstetrik dan spesialis anak atau praktisi perawat neonatus, lakukan kultur sesuai panduan.

- 2) Induksi persalinan dilakukan secara rutin setelah konsultasi dengan dokter,ukur suhu setiap 2 jam, antibiotik pemberiannya beragam

panduan, banyak yang memberikan 1-2 gram ampicillin/IV atau 1-2 gr mefoxin /IV setiap 6 jam sebagai profilaksis. Beberapa panduan lainnya menyarankan untuk mengukur suhu tubuh ibu dan DJJ untuk menentukan kapan antibiotik mungkin di perlukan.

2.2. Konsep Dasar Persalinan

2.2.1. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (APN, 2008)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Syaifudin, 2002).

Persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks dan janin turun kedalam jalan lahir (Bobak; dkk, 2004).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Mochtar, 2002).

2.2.2. Klasifikasi Persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1. Jenis Persalinan Berdasarkan Cara Persalinan
 - a. Persalinan spontan

Bila persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

b. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari tenaga luar misalnya ekstraksi dan Forcep atau dilakukan operasi section caesarea (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

c. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

2. Menurut Usia Kehamilan Dan Berat Janin Yang Dilahirkan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan berumur 22 minggu atau Bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi Dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c. Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

d. Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram atau lebih.

e. Partus postmaturus atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap (Sarwono, 1995).

2.2.3. Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut

1. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Marmi, 2012).

2. Teori oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerja sama (Manuaba, 2001).

3. Teori penurunan progesterone

Penuaan placenta telah dimulai sejak umur kehamilan 30 – 36 minggu, sehingga terjadi penurunan konsentrasi progesterone yang menimbulkan kontraksi Braxton –Hicks, yang selanjutnya akan bertindak sebagai kontraksi persalinan (Manuaba, 2001).

4. Teori prostaglandin

Menjelang persalinan, diketahui bahwa prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua. Diperkirakan terjadinya penurunan

progesterone dapat memicu interleukin-1 untuk melakukan “hidrolis gliserofoslipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin. Terbukti pula bahwa saat mulanya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua dan korion leave.

Prostaglandin dapat melunakan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infuse atau secara intravaginal. Oleh karena itu, dapat dikemukakan bahwa proses mulainya persalinan merupakan inisiasi pertama yang masih belum diketahui dengan pasti (Manuaba, 2001).

5. Teori placenta menjadi tua

Dengan bertambah tuanya usia kehamilan, placenta menjadi tua dan menyebabkan villi chorialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone turun. Hal ini menyebabkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahi (Marisah dkk, 2011).

6. Teori distensi Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus, sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter (Marisah dkk, 2011).

7. Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Marisah dkk, 2011).

8. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikal dari fleksus frankenhauser yang terletak dibelakang servikal. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Wiyati dkk, 2009).

2.2.4. Tanda Dan Gejala Menjelang Persalinan

Ada sejumlah tanda dan gejala peringatan yang akan meningkatkan kesiagaan bahwa seorang wanita tersebut akan mengalami beberapa kondisi berikut, mungkin semua atau malah tidak sama sekali. Dengan mengingat tanda dan gejala tersebut, kita akan terbantu ketika menangani wanita yang sedang hamil tua sehingga kita dapat memberikan konseling dan bimbingan antisipasi yang tepat.

Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain adalah sebagai berikut :

1. Lightening

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening, yang biasanya oleh wanita awam disebut “kepala bayi sudah turun”. Sesak napas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III akan berkurang, penurunan kepala menciptakan ruang yang lebih besar didalam abdomen atas ekspansi paru. Lightening menimbulkan perasaan tidak nyaman yang lain akibat tekanan pada struktur diarea pelvis minor.

Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

- a. Ibu jadi lebih sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- b. Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi trus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau perlu defekasi.
- c. Kram pada tungkai yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada syaraf yang menjalar melalui foramina isciadika mayor menuju tungkai.
- d. Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah.

Ligthening menyebabkan TFU menurun ke posisi yang sama dengan posisi TFU pada UK 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat lagi melakukan pemeriksaan ballote pada kepala janin yang mengalami sebelumnya dapat digerakan diatas shympisis pada palpasi abdomen. Pada Leopold IV jari – jari bidan yang sebelumnya rapat sekarang akan memisah lebar. Pada primigravida biasanya lightening terjadi sebelum persalinan. Hal ini kemungkinan disebabkan peningkatan intensitas Braxton hicks dan tonus otot abdomen yang baik, yang memang lebih sering ditemukan pada primigravida (Hidyat, 2010).

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang. Jika sebelumnya selama hamil, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding dan

mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan (Varney dkk, 2007).

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan pada serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang terjadi sekitar enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari – hari atau secara intermiten bahkan 3 – 4 minggu sebelum terjadi persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat (Varney dkk, 2007).

4. Ketuban pecah dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah dini pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum persalinan kondisi tersebut dengan KPD. Hal ini dialami oleh wanita hamil. Kurang lebih 80 % wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan dalam 24 jam (Varney dkk, 2007).

5. Bloody show

Plak lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud dengan bloody show (Varney dkk, 2007).

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24–48 jam sebelum terjadinya persalinan. Umumnya para wanita ini merasa energy selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktivitas yang akibatnya mereka merasa letih ketika memasuki persalinan dan seringkali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah , yang memungkinkan wanita memperoleh energy yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan (Varney dkk, 2007).

2.2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Asri dewi (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

A. Power (tenaga yang mendorong anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

- I. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan
 - a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks;
 - b. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri;

c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

II. Tenaga mengejan

a. Kontraksi otot-otot dinding perut

b. Kepala didasar panggul merangsang mengejan

c. Paling efektif saat kontraksi/his

B. Passage (panggul)

I. Bagian bagian tulang panggul

Tulang Panggul terdiri dari empat buah tulang, yaitu: dua os coxae, satu os sacrum, satu os coccygis.

a. Dua os coxae

1. *Os illium*

Titik penting:

a) Spina iliaca anterior superior: tempat perlekatan ligamentum inguinale.

b) Spina iliaca posterior superior: setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.

c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior kespina illiaca posterior superior.

2. *Os ischium*

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior.

a) *Corpus* membentuk acetabulum

b) Ramus superior terletak di belakang dan bawah korpus

c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior pubis

- d) Spina isciadika memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura isciadika minor
- e) Tuber isciadikum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia.

3. *Os pubis*

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai medial yang kasar. Bagian ini menjadi bagian yang satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus levator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus.
- c) Tuberculum pubis adalah ujung lateral crista pubica.
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea illiopectinae. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior osis ischii

4. *Os sacrum*

- a) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah.
- b) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu
- c) Di antara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulation sacroiliaca.
- d) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5

- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung
- f) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol ke dalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.

5. *Os cossygis*

Pelvis mayor di sebelah atas pelvis minor, superiordari linea terminalis. Fungsi obstetrinya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

- a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
- b) Permukaan atas vertebra coccygis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke-5, sehingga membentuk artikulasi coccygis. Dari atas kebawah pada coccygis melekat otot m.coccygis, m.levator ani dan m.spinter ani eksternus.
- c) Tulang-tulang tersebut (os coxae,os sacrum,os cocyges) bersendi pada empat buah artikulasio.
- d) Artikulasio sacroiliaka: sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os ilium. Simpisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygys menghubungkan os sacrum dengan os coccygis.

b. Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

a. Pintu Atas Panggul

- 1) Diameter transversa (13,5 cm)
- 2) Konjugata obstetrica normal >10 cm
- 3) Konjugata anatomica
- 4) Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis), 11,5 cm
- 5) Konjugata obstetrica
- 6) Jarak antara pertengahan promontorium dengan margo superior posterior superior symphysis pubis 11 cm.
- 7) Konjugata diagonalis
- 8) Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium, 12,5 cm.
- 9) Diameter transversa
- 10) Jarak terbesar antara linea ilipectinae kanan dan kiri 13,5 cm.
- 11) Diameter oblik dekstra
- 12) Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia ilipectinea sinistra, 12,5 cm
- 13) Diameter sagitalis posterior
Jarak antara persilangan diameter anterior posterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5 cm.

b. Bidang Luas Panggul

- 1) Diameter interspinosum (10 cm)
- 2) Bidang terkecil dari kavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

Batasannya adalah:

- a) Anterior: titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral: sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.
- c) Posterior: hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga.

Diameter yang penting

a. Diameter antero posterior

Jarak anatar titik tengah permukaan belakang os pubis 12,75 cm

b. Diameter transversa

Jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut 12,5 cm. Bidang terkecil dari cavum pelvis. Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan. Terbentang dari apek arkus subpubis, melalui spina isciadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5).

- a) Batas-batas: tepi bawah simpisis pubis; spina ischiadica; lig sacrospinosum; os sacrum.

b) Diameter penting

- (1) Diameter anteroposterior (tepi bawah simpisis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5). 12,5 cm.
- (2) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri 10,5 cm.
- (3) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm.

c. Pintu Bawah Panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distansia inetrspinosum.

- 1) Batas segitiga depan: basisnya: distansia intertuberosum: apexnya: angulus subpubicus; sisinya: ramus osis pubis dan tuber ischiadicum
- 2) Batas segitiga belakang; basisnya: distansia interspinosum; Apexnya: articulato sacrococygealis; sisinya: ligamentum sacrotuberosum

Diameter Pintu Bawah Panggul

- 1) Diameter antero posterior anatomis
Dari margo inferior symphysis pubis ke ujung os coccygis, 9,5 cm
- 2) Diameter antero posterior obstetric. Dari margo inferior symphysis pubis ke articulatio sacrococcygealis 9 cm.
- 3) Diameter transfersa.
Jarak antara permukaan dalam tuber isciadicum kanan-kiri 11 cm.
- 4) Diameter sagitalis posterior.
Dari pertengahan diameter transfersa ke artikulasio sacro coccygealis 9 cm.
- 5) Diameter sagitalis.
Dari pertengahan diameter transfersa ke angulus subpubicus 6 cm.

d. Bidang Sempit Panggul

- 1) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan.

- 2) Terbentang dari apek arcus subpubicus, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5)
- 3) Batas-batas:
 - a) Tepi bawah simpisis pubis
 - b) Spina ischiadica
 - c) Ligamentum sacrospinorum
 - d) Os sacrum
- 4) Diameter penting
 - a) Diameter antero posterior (tepi bawah simpisis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5). 12,5 cm.
 - b) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri. 10,5 cm.
 - c) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm

C. Passenger (fetus)

- 1) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- 2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram

7) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah:

1. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- a. Presentasi kepala (vertex, muka dan dahi)
- b. Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
- c. Presentasi bahu (letak lintang)

2. Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*, dll.

3. Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a. Sisi panggul ibu: kiri, kanan dan melintang
- b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
- c. Bagian panggul ibu: depan, belakang

4. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

Bentuk-bentuk oval janin

- a) Bentuk oval kepala diameter antero posterior lebih panjang
- b) Bahu dan badan diameter transversa lebih panjang

c) Dua bagian oval tersebut tegak lurus satu sama lain

Kepala janin

Dari sudut pandang obstetric kepala janin adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah jani, sehingga jika kepala suda lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya.

a) Atap tengkorak: cranium terdiri dari: os occipital (belakang); os parietal (kedua sisi), 2 buah; os temporal, 2 buah; os frontale (depan), 2 buah.

b) Cranium terdapat pada satu membrane

c) Waktu lahir tulang ini tipis, lunak dan hanya di hubungkan dengan membrane tersebut, ruang di sebelahnya saling overlapin/merubah bentuk untuk saling menyesuaikan diri dengan panggul bila ada tekanan.

Sutura pada tengkorak:

Sutura adalah sela-sela di antara tulang yang ditutupi oleh membran.

Kegunaan: memungkinkan terjadinya *moulage*; dengan meraba sutura akan dapat mengetahui posisi kepala janin.

a) Sutura sagitalis

Terletak diantara ossa parietal, berjalan pada arah antero posterior di anatar frontanel dan membagi kepala menjadi bagian kanan dan kiri.

b) Sutura lambdoidea

Berjalan transversal dari fontanella posterior dan memisahkan os occipital dari kedua ossa parietal.

c) Sutura coronalis

Berjalan transversal dari fontanella anterior dan terletak diantara os parietalis dan os frontalis

d) Sutura fontalis

Terletak diantara kedua ossa frontalis dan merupakan lanjutan kedepan sutura sagitalis. Berjalan dari glabella ke bregma.

Diameter kepala janin

a) Diameter biparietalis: antara tuber parietal kanan-kiri (diameter transfersa yang terbesar; 9,5 cm)

b) Diameter bitemporalis: terletak diantara os temporalis (diameter transfersa terpendek: 8 cm)

c) Diameter occipitofrontalis: berjalan dari pertemuan antara permukaan bawah os occipital dengan leher ke pusat bregma (diameter antero posterior waktu kepala masuk panggul dalam keadaan fleksi maksimal: 9,5 cm).

d) Diameter occipitofrontalis: terbentang antara protuberantia occipitalis eksterna dan glabella. 11 cm. diameter anteroposterior bila kepala masuk panggul dalam sikap militer/antara fleksi dan ekstensi.

e) Diameter verticomentalis, berjalan dari dagu ke vertex, 13,5 cm, diameter antero posterior kepala terpanjang. Penting pada presentasi dahi/kepala setenga ekstensi.

- f) Diameter sub mentobregmetika: berjalan dari pertemuan leher dengan rahang bawah ke pusat bregma. 9,5 cm. diameter pada presentasi muka (kepala ekstensi maksimal)

Lingkar kepala

- a) Pada bidang occipitofrontalis lingkaran kepala 34,5 cm.
b) Pada bidang suboccipitobregmetika 32-34 cm.

Hubungan janin dengan panggul

1. Letak: hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu
2. Presentasi: menunjukkan pada bagian janin yang ada di atas PAP

Presentasi bokong, presentasi kepala, presentasi bahu

1. Bagian terendah: bagian terbawah janin dan terletak paling dekat dengan serviks. Pada periksa dalam bagian yang terabach pertama kali.
2. Sikap: Hubungan antara bagian janin yang satu dengan yang lainnya
Fleksi, ekstensi.
3. Penunjuk: titik yang telah ditentukan pada bagian terendah janin yang digunakan untuk menyebutkan kedudukan.
4. Kedudukan: hubungan antara penunjuk dengan bagian depan, belakang atau samping panggul ibu.

D. Plasenta

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim.

E. Psychologic

Psychologic adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu dan strategi adaptasi/coping Marmi (2011).

1. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 1988).

Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

1) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 3 cm

2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase lagi, yaitu :

1. Fase Akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm tadi menjadi 4 cm

2. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu dua jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

3. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu dua jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

Dalam fase aktif ini frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm, hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu, 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida (APN, 2008).

Faktor yang mempengaruhi membukanya serviks :

- a. Otot – otot serviks menarik pada pinggir ostium dan membesarkannya.
- b. Waktu kontraksi, segmen bawah rahim dan serviks diregang oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks
- c. Waktu kontraksi, bagian dari selaput yang terdapat diatas kanalis servikalis adalah yang disebut ketuban, menonjol kedalam kanalis servikalis dan membukanya.

Asuhan pada kala I

1. Menghadirkan orang yang di anggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekatdukungan yang dapat diberikan :
 - a. Mengusap keringat
 - b. Menemani atau membimbing jalan – jalan (mobilisasi)
 - c. Memberikan minum
 - d. Merubah posisi dan sebagainya
 - e. Memijat atau menggosok punggung
2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu
 - a. Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya

- b. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus
3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
Ibu di minta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his
4. Menjaga privasi ibu
Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien atau ibu.
5. Penjelasan tentang kemajuan persalinan
Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serit prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil – hasil pemeriksa.
6. Menjaga kebersihan diri
Membolehkan ibu mandi untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil atau besar
7. Mengatasi rasa panas
Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat di atasi dengan cara : Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar, Menggunakan kipas biasa, Menganjurkan ibu untuk mandi
8. Massasejika ibu suka, lakukan pijatan atau massase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut
9. Pemberian cukup minum
10. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah rehidrasi
11. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong

Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin

12. Sentuhan

Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.

2. Persalinan kala II (kala pengeluaran janin)

a. Definisi

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (APN 2008). Gejala dan tanda kala II persalinan:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya Kontraksi
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum/pada vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (APN 2008)

Pada kala ini his terkoordinir, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan, karena tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala, membuka pintu, dahi, hidung, mulut dan muka dan seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian

kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit.

b. Asuhan pada kala II

- 1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu
- 2) Menjaga kebersihan diri
- 3) Mengipasi dan massase
- 4) Memberikan dukungan mental
- 5) Mengatur posisi ibu dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi berikut : Jongkok, Menungging, Tidur miring, setengah duduk
- 6) Menjaga kandung kemih tetap kosong
Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala kedalam rongga panggul
- 7) Memberikan cukup minum mencegah dehidrasi dan memberi tenaga.
- 8) Memimpin meneran
Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal
- 9) Bernafas selama persalinan
Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi ketika kepala akan lahir. Hal ini menjaga agar perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan
- 10) Pemantauan denyut jantung janin

Periksa DJJ setelah setiap kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120) selama mengedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin

11) Melahirkan bayi

a. Menolong kelahiran kepala : Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat, Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan, Mengusap kepala bayi untuk membersihkan dari kotoran/lender.

b. Periksa tali pusat : Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, di klem pada dua tempat kemudian di gunting diantara kedua klem tersebut sambil melindungi leher bayi

c. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya :Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi, Lakukan tarikan lembut kebawah untuk melahirkan bahu depan, Lakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang, Selipkan satu tangan ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya, Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh

12) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh.

Setelah bayi lahir segera keringkan dan selimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan berikan bayi untuk menyusui

13) Merangsang bayi : Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi, dilakukan dengan cara mengusap – usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi

3. Persalinan kala III (kala uri/plasenta)

a. Definisi

Kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta) yang bgerlangsung tidak lebih dari 30 menit(JNPK-KR 2008).

Tanda – tanda pelepasan plasenta :

- a. Semburan darah. Semburan darah ini disebabkan karena penyumbatan retroplasenter pecah saat plasenta lepas
- b. Pemanjangan tali pusat. Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina
- c. Perubahan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular (bulat). Perubahan bentuk ini disebabkan oleh kontraksi uterus
- d. Perubahan dalam posisi uterus yaitu uterus naik ke dalam abdomen

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU akan naik, hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

b. Asuhan pada kala III

- 1) Pemberian suntik oksitosin

- a) Letakkan bayi baru lahir di atas kain bersih yang telah disiapkan diperut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut
 - b) Pastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus
 - c) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik
 - d) Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar
 - e) Dengan mengerjakan semua prosedur tersebut terlebih dahulu maka akan memberi cukup waktu pada bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dan setelah itu (setelah dua menit) baru dilakukan tindakan penjepitan dan pemotongan tali pusat
 - f) Serahkan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk inisiasi menyusui dini dan kontak kulit dengan ibu
 - g) Tutup kembali perut bawah ibu dengan kain bersih. Alasan kain akan mencegah kontaminasi tangan penolong persalinan yang sudah memakai sarung tangan dan mencegah kontaminasi oleh darah pada perut ibu.
- 2) Penegangan tali pusat terkendali
- a) Berdiri di samping ibu
 - b) Pindahkan klem (penjepit untuk memotong tali pusat pada saat kala II) pada tali pusat sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
 - c) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus

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

- d) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekita 2 – 3 menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali
- e) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan dorso – kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan
- f) Tetapi jika langkah 5 diatas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan lanjutkan penegangan tali pusat. (pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu pindahkan klem lebih dekat dengan perineum pada saat tali pusat memanjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta. Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorsokranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus)

- g) Setelah plasenta lepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir)
 - h) Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu
 - i) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban
 - j) Jika selaput robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati – hati periksa vagina dan serviks dengan seksama. Gunakan jari – jari tangan atau klem DTT atau forsep untuk mengeluarkan selaput ketuban yang teraba.
- 3) Massase fundus uteri
- Segera setelah plasenta lahir, lakukan massase fundus uterus:
- a) Letakkan telapak tangan pada fundus uterus
 - b) Menjelaskan tindakan kepada ibu, bahwa ibu mungkin merasa agar tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam dan perlahan serta rileks
 - c) Dengan lembut tapi mantap gerakan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak

berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri

- d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh (periksa plasenta sisi maternal yang melekat pada dinding uterus untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh, tidak ada bagian yang hilang. Pasangkan bagian – bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak adanya kemungkinan lobus tambahan. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya
- e) Periksa kembali uterus setelah 1 – 2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi massase fundus uetri. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase fundus uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik
- f) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua psaca persalinan.

4. Kala IV

1) Definisi

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1- 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

2) Asuhan pada kala IV

- a) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat

- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uterus setinggi atau beberapa jari di bawah pusat
- c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum
- e) Evaluasi keadaan umum ibu. Pantau keadaan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat
- f) Dokumentasi semua asuhan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan persalinan dilakukan (APN. 2008)

2.2.6. Mekanisme Persalinan

Menurut Asri dwi (2012, hlm. 14) gerakan utama pada kepala janin pada proses persalinan:

1. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparetal (diameter lebar paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala: pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan; pada multi terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).

Masuknya kepala ke dalam PAP→dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang.

Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: synklitismus

Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asynklitismus

Asynklitismus posterior: SS mendekati simfisis

Asynklitismus : SS mendekati promontorium.

2. Desent

Penurunan kepala janin sangat bergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3. Flexion

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul → membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala → fleksi bertambah → ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahapan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): serta turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil kearah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau kearah posterior (jarang) disebabkan; his selaku tenaga/gaya pemutar; ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstrasi. Pemutaran bagian depan ke bawah simfisis.

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam: pada fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah; Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitilis); ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior.

5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas → resultan keduanya kekuatan ke depan atas
- c. Pusat pemutar: hipomoklien.
- d. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior, lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6. External Rotation (restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang di lahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

2.2.7. Penatalaksanaan persalinan normal dengan 58 langkah APN

58 langkah APN :

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua yaitu
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obat esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi : tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt yang bercarak 60 cm dari tubuh bayi

- a. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
- b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
3. Pakai celemek plastik
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir bersih kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %)
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap bila ketuban belum pecah dan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/m), mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal dan mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin, dan jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk, atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi terbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan talipusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi, jika talipusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali

pusat melilit leher bayi secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepongung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.
25. Lakukan penilaian (selintas) :
 - a. Apakah bayi cukup bulan?
 - b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
 - c. Apakah bayi menangis kuat dan / bernapas tanpa kesulitan ?
 - d. Apakah bayi bergerak aktif

Bila salah satu jawaban "TIDAK", Inajut kelangkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir (melihat penutun berikutnya)

Bial semua jawaban "YA" lanjut ke – 26

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk / kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

27. Perisa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembalibenang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain

c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegakkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang – atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan dorsokranial).
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit penegangan tali pusat :
 1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 2. Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh

3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam katung plastik atau tempat khusus.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah satu jam lakukan penimbangan / pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis. Dan vitamin K₁ 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan tiap 30 mnit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/m) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5 °C)
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci bilas peralatan setelah dekontaminasi).
52. Buang bahan – bahan yang terdekontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

58. Lengkapi paragraf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.3.1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode memecahkan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Hidayat, 2009).

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 1997).

2.3.2. Prinsip

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney merupakan proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari:

1. Sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukann pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya
5. Membuat asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien 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 dengan kebutuhan.

2.3.3. Tujuan

Tujuannya yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan anak melalui upaya yang terintegrasi,

lengkap, serta intervensi yang minimal sehingga prinsip dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Estiwidani, dkk, 2008).

2.3.4. Konsep Asuhan Kebidanan dengan pendekatan Manajemen Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida dengan Ketuban Pecah Dini

Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

- 1) Dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-social-piritual serta pengetahuan klien.
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:
 - a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi).
 - b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi/USG dan cacatan terbaru serta cacatan sebelumnya).

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid.

a. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari hasil wawancara atau anamnesa secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lain. Data subyektif ini mencakup semua keluhan-keluhan dari klien terhadap masalah kesehatan yang dialami meliputi hal-hal berikut:

1) Biodata

Berisi tentang identitas klien beserta suaminya, meliputi:

a) Umur

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi atau resiko tinggi. Umur ibu dapat mempengaruhi faktor terjadinya KPD dimana umur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dapat meningkatkan insiden terjadinya KPD pada ibu.

b) Pendidikan

Pendidikan dikaji untuk menyesuaikan dalam pemberian pengetahuan sesuai dengan tingkat pendidikannya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan seseorang (Wulandari, 2008).

c) Pekerjaan

Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan klien. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada

saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi 3 jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga terjadi ketuban pecah dini (Notoatmodjo, 2010).

d) Alamat

Alamat dikaji dengan maksud mempermudah hubungan atau komunikasi bila dalam keadaan mendesak. Dengan diketahui alamat tersebut, bidan mengetahui tempat tinggal pasien dan lingkungannya (Wulandari, 2008).

2) Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihal yang mendorong klien datang ke bidan. Menanyakan tentang keluhan ibu agar dapat menegakkan diagnosa berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien.

Keluhan subyektif ketuban pecah dini yaitu semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya cairan yang terus menerus (kadang-kadang cairan berwarna putih, keruh, jernih, dan hijau) dan perasaan basah pada celana dalamnya (Varney (2008). Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak (Nugroho, 2010).

Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Riwayat persalinan premature dan riwayat ketuban pecah dini (KPD) sebanyak dua kali atau lebih merupakan faktor predisposisi terjadinya KPD (Morgan dan Hamilton, 2009).

3) Riwayat Kehamilan, Persalinan sekarang

Masalah selama kehamilan, mulai kontraksi, gerakan janin: untuk mengkaji kesejahteraan janin, ketuban utuh atau sudah pecah merupakan tanda menjelang persalinan dan faktor predisposisi menyebabkan peningkatan resiko intra uterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir (Manuaba, 2007).

4) Kebiasaan sehari-hari

a) Kebiasaan merokok selama kehamilan dapat menyebabkan terjadinya KPD. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm (Manuaba, 2007).

b) Konsumsi alkohol telah dihubungkan dengan deficit neurologik pada bayi baru lahir dan berat badan bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol (Manuaba, 2007).

c) Kebersihan diri: pecahnya kulit ketuban kadang-kadang didahului *cervicitis* atau *amnionitis* akibat higiene (genetalia) yang kurang (Manuaba, 2007).

d) Riwayat hubungan seksual: hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan berisiko terjadi ketuban pecah dini (Manuaba, 2007).

b. Data Obyektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan dapat diukur termasuk informasi yang diperoleh selama pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik. Data diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi (Yulaikah, 2009).

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Pasien dengan ketuban pecah dini maupun partus lama tampak gelisah, letih, nadi dan napas cepat serta berkeringat (Nugroho, 2010).

b) Status kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran, yaitu apakah composmentis, apatis, samnolen atau koma.

- i. Composmentis yaitu pasien mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus Keadaan umum yang diberikan.
- ii. Apatis yaitu pasien acuh tak acuh terhadap keadaan di sekitarnya.
- iii. Somnolen yaitu pasien memiliki kesadaran yang rendah yang ditandai dengan pasien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberikan respons terhadap rangsangan kuat.
- iv. Sopor yaitu pasien tidak memberikan respons ringan maupun sedang, tetapi masih memberikan respons terhadap

rangsangan kuat dengan adanya reflek pupil cahaya yang masih positif.

- v. Koma yaitu pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada.
- vi. Delirium merupakan tingkat kesadaran paling rendah yang ditandai dengan disorientasi sangat iritatif, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

Status kesadaran pasien dengan KPD umumnya composmentis (Manuaba, dkk. 2006).

c) Tanda vital

i. Tensi

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi (Saifuddin, 2007).

Batas normal 110/60-140/90 mmHg (Lynn, 2008).

ii. Suhu

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam (peningkatan suhu tubuh di atas normal) sebagai tanda adanya infeksi. Pada ketuban pecah 6 jam, resiko infeksi meningkat 1 kali. Ketuban pecah 24 jam, resiko infeksi meningkat sampai 2 kali (Manuaba, 2008).

iii. Nadi

Batas normal 60 - 80 kali per menit (Wulandari, 2009).
Ditemukan frekuensi nadi cepat ketuban pecah lebih dari 6 jam (Manuaba, 2006).

iv. Respirasi

Batas normal 12 - 20 kali per menit (Wulandari, 2009).
Ditemukan pernapasan cepat pada kasus KPD/persalinan macet (Manuaba, 2006).

2) Pemeriksaan fisik

a) 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.

b) Palpasi

Pemeriksaan khusus

i. Leopold I

Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipat paha. Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita, dan melihat kearah muka penderita. Rahim dibawah ke tengah. Tinggi fundus uteri ditentukan. Tentukan bagian apa yang terdapt dalam fundus.

ii. Leopold II

Tangan pemeriksa dipindahkan kesamping perut ibutangan satu mendorong perut dan tangan lain menentukan bagian

apa yang ada disamping perut ibu, dan dilakukan secara bergantian.

iii. Leopold III

Gunakan satu tangan saja. Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya dan cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

iv. Leopold IV

Pemeriksa berubah sikapnya yaitu melihat kearah kaki penderita dan dengan kedua tangan tentukan apa yang menjadi bagian bawah serta tentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam pintu atas panggul, dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul MC Donald adalah: TFU menggunakan pita sentimeter dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus: Kepala sudah masuk PAP (Divergen) TFU-11 x 155, dan kepala belum masuk PAP (Convergen) TFU-12 X 155.

Lakukan palpasi abdomen untuk menentukan volume cairan amnion. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi berkurangnya cairan karena terdapat peningkatan molase uterus dan dinding abdomen di sekitar janin dan penurunan kemampuan balotemen

dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban.

c) Auskultasi

Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negatif pada persalinan macet. Dapat terjadi kematian janin dalam rahim (Nugroho, 2010).

d) Pemeriksaan Inspekulo

Akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum dan akan terkumpul pada fornix anterior

e) Pemeriksaan dalam

Hal-hal yang perlu dinilai pada saat melakukan pemeriksaan dalam (Sujiyatini, 2009):

(1) Vulva vagina: ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Idealnya setelah daerah vulva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar –lebar, kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk dan salah satu tangan membuka lebar-lebar untuk menyingkap muara vagina dengan mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam labia. Menilai bentuk normal atau tidak, labia mayora menutupi labia minora atau tidak, ada/tidak infeksi menular seksual, ada/ tidak kelainan pada vagina

atau varices, ada/tidak varices. Varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan. Apakah ada/tidak masa, termasuk kondilomata, luka, menilai cairan di vagina, apakah ada parut di vagina.

- (2) Konsistensi portio : portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10cm).
- (3) Pembukaan serviks: dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disapukandari tepi satu serviks disatu sisi ke sisi yang berlawanan pembukaan (fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm).
- (4) Air ketuban (utuh/pecah): ibu hamil sebaiknya di instruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukan speculum dengan hati-hati, dan cairan di fornix posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.
- (5) Presentasi dan posisi janin
- (6) Penurunan bagian terbawah janin: menentukan bagian terbawah janin dengan metode “zero station”.
- (7) Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian

terbawah janin setinggi spina isciadika, keadaan ini disebut station nol.

(8) Penyusupan kepala janin/molase.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Nugroho, 2010).

3) Pemeriksaan penunjang diagnostik

Menurut Saifuddin (2009), pemeriksaan penunjang diagnostik yang dilakukan meliputi:

a) Uji laboratorium

(1) Uji pakis positif

Apus spesimen pada kaca objek mikroskop dan biarkan seluruhnya kering minimal selama 10 menit. Inspeksi kaca objek dibawah mikroskop untuk memeriksa pola daun pakis.

(2) Uji kertas *nitrazin* positif

Kertas berwarna mustard-emas yang sensitif terhadap pH ini akan berubah warna menjadi biru gelap jika kontak dengan bahan bersifat basa. Nilai pH vagina normal adalah $\leq 4,5$. Selama kehamilan terjadi peningkatan jumlah sekresi

vagina akibat *eksfoliasi epitelium* dan bakteri, sebagian besar *Lactobacillus*, yang menyebabkan pH vagina menjadi lebih asam. Cairan amnion memiliki pH 7,0 sampai 7,5.

(3) Spesimen untuk kultur Streptokokus Grup B

Jika wanita antara minggu ke-35 dan ke-37 gestasi, hasil kultur negatif dalam 5 minggu sebelumnya didokumentasikan, set spesimen lainnya untuk kultur tidak diperlukan dan antibiotik profilaksis tidak dianjurkan (Varney, 2008).

b) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

(1) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri.

(2) Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita nologohidramnion.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan yang dituangkan dalam asuhan terhadap klien.

Diagnosa yang ditegakkan dalam kasus ketuban pecah dini adalah: inpartu kala I fase laten pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan partus lama.

Diagnosa tersebut dirumuskan sesuai dengan interpretasi data sesuai teori berikut ini:

a. Data subjektif

Keluhan subyektif: semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya cairan yang terus menerus berwarna putih, keruh, jernih, dan hijau, perasaan basah pada celana dalam, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, ada riwayat persalinan premature dan riwayat ketuban pecah dini (KPD) sebanyak dua kali atau lebih, riwayat persalinan terdahulu *sectio caesarea, IUFD (Intra Uterine Fetal Death)*. Defisiensi vitamin C, kebiasaan merokok selama kehamilan, higiene (genetalia) yang kurang, ada riwayat hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan.

b. Data objektif

Status generalis baik atau lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital abnormal. Pengamatan tampak keluarnya cairan dari vagina, jumlah banyak/sedikit, jika dipalpasi ada peningkatan molase uterus dan dinding abdomen di sekitar janin dan penurunan kemampuan balotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban, pemeriksaan inspekulo akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum dan akan terkumpul pada fornix anterior, hasil VT Didalam: didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan laboratorium: hasil uji pakis dan kertas nitrazin positif (+). Hasil USG: terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit

Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Pada diagnosa potensial kita menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa aktual. Masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu dan bayi dengan ketuban pecah dini adalah:

Pada Ibu yaitu : Infeksi intrapartal /dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan tindakan operatif obstetric, morbiditas dan mortalitas dan pada Janin yaitu :Prematuritas. Masalah yang dapat terjadi yaitu gangguan pernapasan, perdarahan intraventikular, gangguan otak, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis. penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) yang dapat mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, perdarahan intrakarnial, morbiditas dan mortilitas perinatal, pada perpanjangan kala I fase aktif berisiko terjadinya partus lama/partus macet (Manuaba, 2008).

Langkah IV : Tindakan Segera

Identifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Data yang dikumpulkan dapat menunjukkan suatu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter (Varney, 1997).

Kebutuhan tindakan segera pada kasus ketuban pecah dini menurut Saifudin (2006) yaitu: Rawat di rumah sakit, pemberian antibiotik dan oksitosin drip, pemantauan kesejahteraan janin, tirah baring, pemberian nutrisi yang cukup, dan kolaborasi dengan spesialis obstetri dan ginekologi.

Langkah V : Perencanaan Asuhan Kebidanan

Widan dan Hidayat (2008) langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin kala II awal dengan ketuban pecah dini 16 jam adalah:

Saifuddin (2006), terapi atau tindakan segera yang diberikan yaitu: Pada kasus-kasus KPD dengan umur kehamilan yang kurang bulan dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaannya sebagai profilaksis. Penderita perlu dirawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uterotonelaksen atau tocolitic agent diberikan juga, tujuan menunda proses persalinan (Sujiyanti dkk, 2009). Tujuan dari pengolahan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita KPD kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan (Sujiyanti dkk, 2009).

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, ruptur uteri, emboli air ketuban dan juga mungkin terjadi intoksikasi (Sujiyanti dkk, 2009). Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah sesar. Seperti halnya pada pengelolaan KPD yang cukup bulan, tindakan bedah sesar hendaknya dikerjakan bukan semata-mata karena infeksi intrauterine tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin, partus tak maju, dan lain-lain (Sujiyanti dkk, 2009).

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tapi setiap hari pemeriksaan tanda-tanda vital terutama aprematur setiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotic mulai saat diagnosis ditegakan dan selanjutnya setiap 6 jam (Sujiyanti dkk, 2009).

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. The National Institut Of Health (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30 -32 minggu yang tidak infeksi intramnion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg IM tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap 12 jam (Sujiyanti dkk, 2009).

Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama

dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lainnya, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien (Tresnawati, 2012).

Bila diputuskan bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin inpartu kala I fase aktif dengan KPD adalah dengan melaksanakan semua asuhan yang telah direncanakan yaitu sesuai dengan keadaan pasien dimana jika ibu dapat melahirkan spontan dilakukan pertolongan persalinan secara spontan.

Langkah VII : Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan (Tresnawati, 2012).

Hasil evaluasi akhir tatalaksana ketuban pecah dini menurut Varney (2006) adalah persalinan berjalan normal atau bayi lahir secara spontan, tidak terjadi infeksi atau partus lama, keadaan umum bayi dan ibu normal. Selain itu, gejala dan tanda patologis dapat dikenali serta tatalaksanaan sesuai kebutuhan, penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan, agar tercapai penurunan kematian/kesakitan ibu/bayi dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik secara tepat.

METODOLOGI PENELITIAN**3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian****3.1.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian dan merupakan sesuatu yang penting bagi peneliti (Hidayat, 2010). Desain dari penelitian ini adalah rancangan bagaimana penelitian dilaksanakan. Studi kasus adalah meneliti permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Laporan studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang di hadapi pada situasi sekarang. Studi kasus merupakan rancangan penelitian secara intensif misalnya satu klien, Keluarga, Kelompok, Komunitas, atau Institusi. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian(Notoatmodjo,2005).

Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara rinci meskipun jumlah respondennya sedikit sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2008). Laporan studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu untuk menggambarkan asuhan kebidanan pada pada Intrapartal Multigarvida dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang 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 adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Populasi pada studi kasus ini semua ibu inpartu yang dirawat di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

3.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Subyek studi kasus (sampel) adalah penderita yang memenuhi inklusi dan bersedia mengikuti protokol asuhan yang di berikan (Sugiyono, 2010). Sampel pada studi kasus ini adalah sampel tunggal yaitu Intrapartal Pada Multigravida Dengan Ketuban Pecah Dini.

3.2.3 Sampling

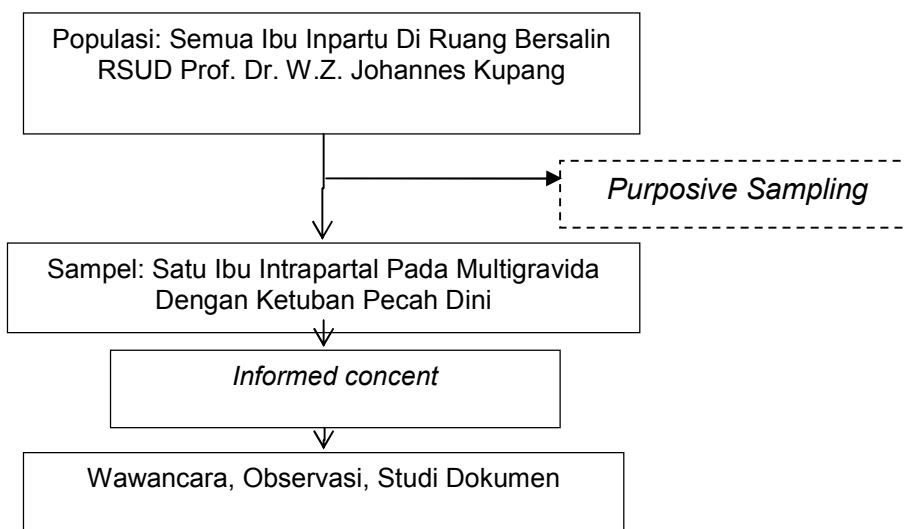
Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016)

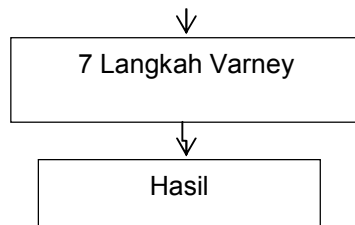
Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Nursalam, 2016)

3.3 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian. Penulisan kerangka kerja disajikan dalam bentuk alur penelitian mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja penelitian kasus ini adalah sebagai berikut:





Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian Pada Inpartu Dengan KPD

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan tempat dimana pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2005). Penelitian dilaksanakan di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Waktu studi kasus adalah rentang waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus (Notoatmojo, 2005). Penelitian dilaksanakan pada tanggal 16-28 Mei 2016.

3.5 Instrument Studi Kasus

Instrument studi kasus merupakan alat pantau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti kata lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Notoatmojo, 2005). Pada studi kasus ini penulis menggunakan instrumen format asuhan kebidanan 7 langkah Varney.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang di gunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain data primer dan sekunder (Riwidikdo, 2007).

1. Data Primer

Data primer yaitu materi atau kumpulan fakta yang di kumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat berlangsungnya penelitian (Varney, 2007).

a. Wawancara

Suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana pewawancara mendapat keterangan penelitian secara lisan dari seorang sasaran studi kasus (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmojo, 2005). Pada pengambilan kasus ini penulis melakukan wawancara dengan pasien dan tenaga medis

b. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subyek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang di ambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Notoatmodjo, 2005).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan 4 cara (Nursalam, 2001) yaitu:

1) Inspeksi

Suatu proses observasi yang dilaksanakan untuk observasi secara sistematis, dengan menggunakan indrapenglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data inspeksi dilakukan secara berurutan mulai kepala sampai kaki (Nursalam, 2001).

2) Palpasi

Suatu teknik yang menggunakan indera peraba tangan dan jari, dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi uterus (Nursalam, 2001)

3) Perkusi

Suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk untuk membandingkan kaki kiri dan kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suatu perkusi untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsisten jaringan. Dalam hal ini pemeriksaan dilakukan di daerah reflek patella (Nursalam, 2001).

4) Auskultasi

Pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah dokumentasi catatan medis yang merupakan sumber informasi yang penting bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi masalah, menegakkan diagnosa dan merencanakan asuhan.

Data sekunder terdiri dari:

a. Kepustakaan

Sekaran (2006), studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan penelitian. Studi kepustakaan yang baik akan menyediakan

dasar untuk menyusun kerangka teoritis yang komperhensif dimana hipotesis dapat dibuat untuk diuji.

Dua macam pustaka yang dapat dijadikan bahan pustaka dalam penelitian adalah pustaka primer yang merupakan daftar bacaan dari hasil penelitian atau studi pustaka yang diperoleh dari jurnal penelitian/jurnal ilmiah dan pustaka primer yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, teks, indeks, ensiklopedia (Hidayat, 2011).

b. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pada studi kasus ini menggunakan buku register yang ada di ruangan bersalin RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang.

Instrument penelitian adalah alat-alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dapat berupa kuesioner (pertanyaan), formulirobservasi, formulir-formulir yang berkaitan dengan pencatatan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Instrumen penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada Ibu intrapartal sebagai data untuk catatan perkembangan.

3.7 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan (Hidayat, 2010). Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Program Studi Diploma III Kebidanan

diterima oleh pihak RSUD Prof. DR. W.Z.Johannes Kupang. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subyek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

3.7.1 *Informed concent* (Persetujuan)

Informed concent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed concent* diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan *informed concent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan 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 concent* antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2010).

3.7.2 *Anonimity* (Tanpa nama)

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, 2010).

3.7.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah sakit umum daerah (RSUD) Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang adalah rumah sakit daerah tipe B yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub-spesialis dan menerima pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten di seluruh wilayah propinsi NTT. Penelitian dilaksanakan di ruang VK (Bersalin) RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang sejak tanggal 02 Mei 2016 s/d 28 Mei 2016. Ketenagakerjaan ruang VK (Bersalin) terdiri dari dokter spesialis kandungan 5 orang, bidan 55 orang, Pekarya 4 orang. Sistem kerja menggunakan 3 giliran (sift) jaga. Giliran pagi dimulai dari pukul 07.00 s/d 14.00 WITA, siang pukul 14.00 s/d 21.00 WITA, dan malam pukul 21.00 s/d 07.00 WITA. Jumlah tenaga bidan yang dinas sesuai sift sebanyak 5-6 orang bidan dan 2 orang dokter Muda pergiliran jaga setiap harinya.

Fasilitas yang tersedia di ruang VK RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yaitu 8 ruangan yaitu :Ruangan (VK, kepala Ruangan VK, paviliun VK, Petugas VK, Edelweys, ganti petugas edelweys, Administrasi, dan USG) ,Tempat tidur di ruangan VK sebanyak 7Tempat tidur, sedangkan tempat tidur di Ruangan Edelweys ada 4 sekat yang terdiri dari 17 TT: (sekat 1 ada 4 TT:(1a, 1b, 1c, 1d), (sekat 2 ada 3 TT: (2a, 2b, 2c), (sekat 3 ada 6 TT: (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f), (sekat 4 ada 4 TT: (4a, 4b, 4c, 4d), 1 buah lemari penyimpanan obat-obatan, troli

tempat penyimpanan alat pemeriksaan tanda-tanda vital (tensimeter, stetoskop) gunting, plester, alkohol, larutan klorin, *safety box*, tempat sampah medis dan non-medis masing-masing 1 buah pada masing-masing tempat tidur, meja 1 buah, dan 8 buah kursi untuk petugas kesehatan, 1 lemari kecil, 1 kamar mandi khusus petugas, 2 kamar mandi untuk pasien ruangan VK dan Edelweys.

4.1.2. Tinjauan Kasus

4.1.2.1. Pengkajian Data Dasar

Pasien masuk lewat triage dengan keluhan di triage pasien sudah di pasang infus RL 500 ml-20 tpm, di lakukan skin test cefotaksime dan suntik cefotaksime 1 gr/IV selang. Kemudian pasien di pindahkan ke ruangan VK pada pukul 05.00 wita. Pengkajian data dasar dilakukan pada tanggal 25 Mei 2016, jam 05.15WITA di ruang VK RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Hasil pengkajian data subjektif: Pasien Ny. S. H. umur 34 tahun, agama Katolik, suku Timor, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Suami Tn.F.K. umur 34 tahun, bekerja sebagai Wiraswasta. Pendapatan per bulan ± 550.000. Keluarga ini tinggal di desa Haukoto. Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, dan keluar air-air banyak dari jalan lahir, perut kencang-kencang sejak jam 08. 00 WITA, tanggal 24mei 2016. Ibu juga mengatakan keluar air-air banyak dari jalan lahir pada jam 14.00 WITA.

Ibumenarche umur 14 tahun, siklus 30 hari, haid teratur setiap bulan, lama haid 7 hari, tidak ada nyeri haid, banyaknya haid 2-3 kali ganti pembalut dalam sehari, HPHT 19-08-2015. Ibu tidak pernah mengalami keputihan yang berlebihan dan perdarahan diluar waktu haid, status perkawinan sudah syah,

hidup bersama selama kurang lebih 8 tahun, kawin pertama kali pada usia 27 tahun. Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi yaitu KB Suntik 3 bulan selama 6 bulan, ibu berhenti menggunakan KB dengan alasan ingin punya anak lagi. Ibu mengatakan tidak memiliki pantangan atau larangan terhadap makanan tertentu, pantangan seksual dan lain-lain pada masa nifas yang berkaitan dengan latar belakang sosial budaya. Ibu mengatakan, di masa lalu tidak pernah menderita penyakit diabetes, masalah kardiovaskuler, hipertensi, malaria, ginjal, asma dan lain-lain. Ibu mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit kronis atau penyakit menular. Ibu mengatakan keluarga turut mendukung ibu selama masa hamil dan di rumah sakit.

Riwayat kehamilan sekarang: Selama hamil ibu sering memeriksa kehamilannya di Pustu Fatukoa dan puskesmas Sikumana sebanyak 8 kali dan dengan keluhan keluar air-air banyak dari jalan lahir (KPSW) ibu datang dengan sendirinya ke RSUD W.Z. Johanes tanpa dirujuk dari fasilitas kesehatan terdekat. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari: ibu tidak memiliki pantangan terhadap makanan tertentu, mandi dan mengganti pakayan secara teratur. Pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) normal. Tingkat aktivitas ibu berkurang: Ibu hanya bisa berbaring miring kiri dan kanan karena perut terasa kencang dan ibu merasa pusing. Ibu kurang tidur dan istirahat karena merasa gelisah.

Hasil pengkajian data objektif: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Hasil ukur tanda-tanda vital: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,8⁰celcius, frekuensi nadi 91 kali per menit, frekuensi pernapasan 21 kali per

menit. Tinggi badan 143 cm. Berat badan 54 kg. Lingkar lengan atas 27 cm. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan Inspeksi dan palpasi: rambut bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe, tidak ada lesi. Wajah bentuk oval, tidak pucat, ada cloasma, tidak ada oedema. Konjungtiva mata merah muda, sklera putih, tidak ikterus, tidak ada oedema kelopak mata, akomodasi baik, pupil normal. Hidung: tidak ada reaksi alergi, tidak ada sinus, tidak ada sekret dan polip. Mulut dan gigi: mukosa bibir lembab, lidah bersih, tidak ada karies gigi, tidak ada stomatitis, tidak ada kesulitan menelan. Tenggorokan: tidak ada pembesaran tonsil. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada benjolan atau nyeri tekan. Payudara simetris, puting susu menonjol, ada hiperpigmentasi areola mammae, ASI/colostrum ada, tidak ada tanda-tanda infeksi. Abdomen: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi. Leopold I: TFU 3 jari di bawah processus xyphodeus, bagian fundus teraba lunak dan tidak melenting. Leopold II: Bagian perut kiri ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting. Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP. Auskultasi denyut jantung janin terdengar jelas pada perut bawah ibu bagian kiri, teratur dengan frekuensi 150 kali per menit. Perkusi: reflek patella kanan kiri +/+, tidak ada kelainan. Ekstremitas atas: tidak ada oedema atau kelainan, tidak ada sianosis. Ekstremitas bawah: tidak ada oedema, tidak ada varises.

Pemeriksaan dalam tanggal 25-05-2016, jam 05. 30 WITA: Vulva tidak ada kelainan, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah dan air ketuban kering, posisi UUK depan kiri, molase tidak ada, kepala turun Hodge IV. Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan urin lengkap: warna jernih, pH 6,5; leukosit esterase (-). HB 11,6 gr/dL. Darah lengkap: Jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 38,9 L%, Jumlah leukosit 7,46 uL, jumlah trombosit 248 uL.

4.1.2.2. Interpretasi Data Dasar dan Diagnosa

Diagnosa yang ditegakkan yaitu: G2P1A0AH1, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, intrapartalmultigravidadengan ketuban pecah dinipada tanggal 25 Mei 2016 Jam 05.00 WITA. Diagnosa ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif berikut ini:

- a. Data subjektif: Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, merasakan pergerakan anak dalam 24 jam terakhir aktif dan ada keluar air-air banyak dari jalan lahir sejak jam 14.00 WITA, tanggal: 24-05-2016. HPHT: 19-08-2015.
- b. Data objektif: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Hasil ukur tanda-tanda vital: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,8⁰celcius, frekuensi nadi 91 kali per menit, frekuensi pernapasan 21 kali per menit. Abdomen: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi. Leopold I TFU 3 jari di bawah processus xyphodeus, bagian fundus terada lunak dan tidak melenting. Leopold II: Bagian perut kiri ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan pada bagian kanan teraba bagian-

bagian kecil janin. Leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting. Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP. Auskultasi denyut jantung janin terdengar jelas pada perut bawah ibu bagian kiri, teratur dengan frekuensi 150 kali per menit. Perkusi: reflek patella kanan kiri +/+, tidak ada kelainan. Ekstremitas atas: tidak ada oedema atau kelainan, tidak ada sianosis. Pemeriksaan dalam tanggal 25-05-2016 : Vulva tidak ada kelainan, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah dan air ketuban kering, posisi UUK depan kiri, molase tidak ada, kepala turun Hodge IV. Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan urin lengkap: warna jernih, pH: 6,5: leukosit esterase (-) : HB 11,6 gr/dL. Darah lengkap: Jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 38,9 L%, Jumlah leukosit 7,46 uL, jumlah trombosit 248 uL.

4.1.2.3. Antisipasi Masalah Potensial

Masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu dan bayi dengan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

Pada Ibu yaitu : Infeksi intrapartal/dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan tindakan operatif obstetric, morbiditas dan mortalitas dan pada Janin yaitu : Prematuritas. Masalah yang dapat terjadi yaitu gangguan pernapasan, perdarahan intraventikular, gangguan otak, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis. penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) yang

dapat mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, perdarahan intrakarnial, morbilitas dan mortilitas perinatal, pada perpanjangan kala I fase aktif berisiko terjadinya partus lama/partus macet (Manuaba, 2008).

4.1.2.4. Tindakan Segera

Tindakan segera dan kolaborasi yang dilaksanakan pada kasus intrapartal pada multigravida dengan KPD adalah: kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi yaitu : pasang infus RL 500 cc 20 tpm, skin test cefotaksime 1 gr, dan layani Cefotaksime 1gr/ IV serta Pemantauan DJJ, tirah baring, pemberian nutrisi yang cukup.

4.1.2.5. Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan pada kasus intrapartal pada multigravida dengan KPD adalah sebagai berikut: Informasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan. Agar ibu dan keluarga kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Berikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan. Sebagai bukti persetujuan tindakan yang akan dilakukan. Berikan asuhan sayang ibu yang meliputi: dukungan moril pada ibu agar ibu tidak khawatir karena persalinan normal bisa terjadi: anjurkan ibu untuk mengambil posisi berbaring yang nyaman mungkin untuk mengurangi kecemasan ibu sebelum persalinan. Lakukan observasi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, DJJ dan pengeluaran pervaginam. Memantau keadaan umum ibu dan bayi. Lakukan kolaborasi dengan dokter. Agar ibu dan bayi mendapat perawatan yang intensif. Pasang cairan infus RL. Mencegah dehidrasi dan mempermudah

perawatan dan pemberian terapi. Dengar DJJ pada perut ibu sebelah kanan dengan menggunakan dopler. Agar dapat mengetahui perkembangan janin. Lakukan skin tes cefotaxim 1 gram. Untuk mengetahui tingkat alergi obat cefotaksime pada ibu. Layani injeksi cefotaksime 1 gram/IV. Untuk mencegah infeksi pada ibu dan janin. Mengambil darah (DL) dan urine (UL), untuk pemeriksaan laboratorium. Untuk mendeteksi tingkat infeksi dan keadaan ibu dan janin. Dokumentasikan asuhan. Rasional: sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat bidan atas asuhan yang diberikan.

4.1.2.6. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada kasus intrapartal pada multigravida dengan KPD sesuai dengan rencana asuhan pada tanggal 25 Mei 2016, jam 05.25 WITA adalah sebagai berikut:

Menginformasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan: Keadaan ibu baik, ibu memasuki usia kehamilan 40 minggu, ibu mengalami ketuban pecah dini (sudah keluar air-air) dari jalan lahir. Keadaan janin baik, denyut jantung (+) 150 x/menit dan letak janin normal. Memberikan *informed consent* pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan: Keluarga sudah menandatangani *informed consent*. Memberikan asuhan sayang ibu yang meliputi: dukungan moril pada ibu agar ibu tidak khawatir karena persalinan normal bisa terjadi; posisi berbaring yang nyaman mungkin untuk mengurangi kecemasan ibu sebelum persalinan: Ibu merasa senang dan lebih tenang dengan dukungan moril yang diberikan. Melakukan observasi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, DJJ dan pengeluaran pervaginam: KU ibu baik,

kesadaran: composmentis, TTV: T: 120/80mmHg, N: 91x/menit, S: 36, 8 °C, RR: 21 x/menit, pengeluaran pervaginam ada sisa cairan ketuban. Melakukan kolaborasi dengan dokter. Advis dokter yaitu: Pantau kesejahteraan janin, dan lakukan penanganan konservatif. Advis dokter siap dilaksanakan. Memantau DJJ pada perut ibu sebelah kanan dengan menggunakan dopler: DJJ terdengar jelas pada perut ibu sebelah kanan, teratur dengan frekuensi 150 x/menit. Tolong persalinan dengan 58 langkah APN.

4.1.2.7. Evaluasi Asuhan

Pasien masuk Triage tanpa rujukan, dengan keluhan sudah keluar air-air ±16 jam, kolaborasi dokter di pasang infus RL 500 cc 20 tpm, skin test cefotaksime tidak ada reaksi, di lanjutkan dengan pemberian cefotaksime 1x1 gr IV/selang. Kala II berlangsung 40 menit, kala III berlangsung 5 menit, kala IV 2 jam post partum, setelah 2 jam observasi keadaan ibu dan bayi baik. Kemudian pasien di observasikan lanjut di Ruang Edelweys Selama 1 hari, dan di Ruang Flamboyan selama 1 hari di lakukan observasi keadaan ibu dan bayi baik dan stabil serta pasien diperbolehkan pulang, di lanjutkan kunjungan rumah selama 3 hari dan pada hari ke-4 kontrol ulang di puskesmas Sikumana.

4.2. Pembahasan

Dalam Bab ini penulis akan membahas tentang hasil penelitian dan konsep dasar teori dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Varney pada kasus intrapartal pada multigravida dengan Ketuban pecah Dini di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dimulai dari pengkajian data dasar, interpretasi data dasar, identifikasi masalah potensial, kebutuhan tindakan segera, rencana asuhan, implementasi dan evaluasi efektifitas asuhan. Secara keseluruhan, tidak ada kesenjangan yang mencolok antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

4.2.1. Pengkajian Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Jannah, 2011).

Hasil pengkajian yang diperoleh dari Ny S.H. yaitu ibu masuk di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 26-5-2016 jam 05.30 WITA dengan keluhan yaitu ibu mengatakan mau melahirkan anak kedua, tidak pernah keguguran, dan ibu mengatakan perut kencang-kencang, sudah keluar air-air banyak dari jalan lahir sejak tanggal 25-05- 2016 jam 14.00 WITA. Pada hasil palpasi didapatkan kepala sudah masuk PAP dan penurunan kepala 0/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ubun-ubun kecil kiri depan, kantong ketuban sudah pecah air ketuban kering, presentasi kepala, tidak ada molase, kepala turun hodge IV.

Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan urin lengkap: warna jernih, pH 6,5; leukosit esterase (-). HB 11,6 gr/dL. Darah lengkap: Jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 38,9 L%, Jumlah leukosit 7,46 uL, jumlah trombosit 248 uL.

Sujiyanti dkk, (2009) pengkajian yang dilakukan pada ibu bersalin dengan KPD adalah penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Keluhan subyektif ketuban pecah dini yaitu semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya cairan yang terus menerus (kadang-kadang cairan berwarna putih, keruh, jernih, dan hijau) dan perasaan basah pada celana dalamnya (Varney (2008). Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak (Nugroho, 2010). Kebiasaan sehari-hari berikut ini juga merupakan faktor predisposisi terjadinya KPD dalam kehamilan: Kebiasaan merokok selama kehamilan dapat menyebabkan terjadinya KPD. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm (Manuaba, 2007). Konsumsi alkohol telah dihubungkan dengan deficit neurologik pada bayi baru lahir dan berat badan bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol (Manuaba, 2007). Kebersihan diri: pecahnya kulit ketuban kadang-kadang didahului *cervicitis* atau *amnionitis* akibat higiene (genetalia) yang kurang (Manuaba, 2007). Riwayat hubungan seksual: hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan berisiko terjadi ketuban pecah dini dimana cairan sperma yang mengandung prostaglandin akan menembus cairan amnion sehingga menyebabkan KPD (Manuaba, 2007).

Berdasarkan hasil pengkajian ada kesesuaian antara teori dan kasus yaitu pada kasus KPD kurang lebih 1 hari yang disebabkan karena adanya trauma (hubungan seksual) dan secara teori dikatakan mengalami KPD jika tidak diikuti dengan tanda-tanda inpartu. Hal ini dikarenakan setelah 16 jam ibu mengalami KPD, lalu muncul tanda-tanda inpartu. Selain itu, berdasarkan teori salah satu penyebab dari KPD adalah adanya trauma hubungan seksual dimana cairan sperma yang mengandung prostaglandin akan menembus cairan amnion sehingga menyebabkan KPD. Dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus di lapangan.

4.2.2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan untuk menentukan masalah atau diagnose spesifik (Jannah, 2011). Diagnosa yang ditegakkan dalam kasus ketuban pecah dini adalah: Intrapartal pada multigravida dengan ketuban pecah dini. Diagnosa tersebut dirumuskan sesuai dengan interpretasi data dasar berikut ini.

Data subjektif:

ibu hamil anak kedua, belum pernah keguguran, HPHT: 19-08-2015, ibu mengatakan perut terasa kencang dan keluar air-air banyak dari jalan lahir sejak tanggal 25-05-2016 jam 14.00 WITA.

Data objektif:

Hasil palpasi didapat bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 0/5. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah

pecah, air ketuban kering presentasi kepala, UUK kiri depan, turun hodge IV. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 150 x/menit.

Sujiyanti dkk, (2009) data subyektik KPD adalah penderita merasa basah pada vagina atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas dan perlu juga diperhatikan warna, keluaranya cairan, his belum teratur atau belum ada pembukaan jalan lahir dan belum ada pengeluaran lendir darah. Pengamatan dengan mata biasa tampak keluaranya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas. Pemeriksaan dalam didapat cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Diagnosa ditegakkan sesuai dengan hasil interpretasi data dasar dan aturan diagnosa sesuai nomenklatur diagnosa kebidanan yaitu Ny. S.H. G2P1AO, usia kehamilan 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, intrapartal pada multigravida dengan ketuban pecah dini. Pada tahap asuhan ini, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lahan praktik.

4.2.3. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini, ditentukan masalah/diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa aktual (jannah, 2011). Pada ketuban pecah dini pada ibu dan bayi dapat terjadi : Masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu dan bayi dengan ketuban pecah dini adalah: Pada Ibu yaitu : Infeksi intrapartal/dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka

morbilitas dan mortalitas, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan tindakan operatif obstetric, morbilitas dan mortalitas dan pada Janin yaitu :Prematuritas. Masalah yang dapat terjadi yaitu gangguan pernapasan, perdarahan intraventikular, gangguan otak, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis. penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) yang dapat mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, perdarahan intrakarnial, morbilitas dan mortilitas perinatal, pada perpanjangan kala I fase aktif berisiko terjadinya partus lama/partus macet (Manuaba, 2008).

Antisipasi masalah potensial pada Ny. S.H. dengan KPD adalah terjadi infeksi. Menurut Sujiyanti dan kawan-kawan (2009) resiko terjadinya infeksi intrauterine meningkat pada kejadian ketuban pecah dini. Antisipasi masalah potensial antara kajian teori dan kasus di lapangan memiliki kesamaan. Dalam hal ini, penentuan antisipasi masalah potensial ini berdasarkan keadaan yang dialami oleh ibu. Ibu beresiko infeksi, prolaps tali pusat, partus preterm, dikarenakan terjadinya KPD sudah 16 jam, yaitu ibu mengatakan sudah keluar air-air sejak tanggal 24-05-2016 jam 14.00 WITA. Hal ini sesuai dengan tinjauan teori yaitu ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya (Manuaba, 2007). Jika seorang ibu mengalami KPD salah satu komplikasi yang dapat ditimbulkan adalah infeksi (Sujiyanti dkk. 2009). Fungsi air ketuban sebenarnya adalah untuk memproteksi janin dari benda-benda asing misalnya bakteri maupun virus, sebagai tempat

pertukaran oksigen dan karbondioksida, sebagai minuman janin selama dalam kandungan, sebagai pembersih jalan lahir dari bakteri-bakteri yang berada disekitar jalan lahir saat melahirkan, sebagai pelindung bayi saat terjadi trauma pada abdomen sewaktu hamil (Sujiyanti dkk. 2009).Dapat disimpulkan, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

4.2.4. Kebutuhan Tindakan Segera

Identifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Data yang dikumpulkan dapat menunjukkan suatu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter (Varney, 1997). Kebutuhan tindakan segera pada kasus ketuban pecah dini menurut Saifudin (2006) yaitu: Rawat di rumah sakit, pemberian antibiotik dan oksitosin drip, pemantauan kesejahteraan janin, tirah baring, pemberian nutrisi yang cukup, dan kolaborasi dengan spesialis obstetri dan ginekologi.

Tindakan segera yang dilaksanakan untuk mencegah terjadinya masalah potensial adalah: Observasi keadaan umum ibu dan denyut jantung janin, tirah baring, penanganan konservatif, kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Tindakan segera sudah dilaksanakan dan tatalaksana sesuai dengan kajian teori. Dapat disimpulkan, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

4.2.5. Perencanaan Asuhan

Menurut Widan dan Hidayat (2008), pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana tindakan pada kasus Ny. S.H mengacu pada kebutuhan pasien dan sesuai dengan teori yaitu memantau TTV, DJJ dan keadaan umum ibu. Menurut Sujiyanti dan kawan-kawan (2009), sikap konservatif yang dilakukan pada ibu dengan KPD meliputi pemeriksaan leukosit darah, tapi setiap hari pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperature tiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotik mulai saat diagnosis ditegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah infeksi, tirah baring dengan posisi trendelemborg.

Kesimpulan yang dapat diambil yaitu bahwa pada langkah perencanaan bidan melakukan perencanaan sesuai dengan teori dan keadaan pasien yaitu rencana yang dilakukan yaitu bersifat konservatif disertai pemberian antibiotik dan kortikosteroid agar tercapainya pematangan paru bayi. Pada kasus Ny S.H, rencana yang dilakukan adalah tirah baring, penanganan konservatif, pemantauan kesejahteraan janin, tidak dilakukan pemeriksaan dalam kecuali dengan indikasi dan dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik dan kortikosteroid. Dalam perencanaan asuhan kebidanan ini, tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.6. Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Bila diputuskan bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut (Jannah, 2011).

Implementasi asuhan kebidanan pada kasus Ny. S.H. G2P1AO, usia kehamilan 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, intrapartal pada multigravida dengan ketuban pecah dilaksanakan dengan baik sesuai rencana asuhan pada langkah sebelumnya. Implementasi asuhan meliputi pemantauan tanda- tanda vital, DJJ, kontraksi, tirah baring dan penanganan konservatif. Selain itu, dilakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian antibiotik. Pemeriksaan dalam tidak dilakukan kecuali ada indikasi karena dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi intrauterin. Dapat disimpulkan, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

4.2.7. Evaluasi Asuhan

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan

untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan (Tresnawati, 2012). Hasil evaluasi akhir tatalaksana ketuban pecah dini adalah persalinan berjalan normal atau bayi lahir secara spontan, tidak terjadi infeksi atau partus lama, keadaan umum bayi dan ibu normal. Selain itu, gejala dan tanda patologis dapat dikenali serta tatalaksanaan sesuai kebutuhan, penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan, agar tercapai penurunan kematian/kesakitan ibu/bayi dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik secara tepat (Varney, 2006).

Hasil perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. S.H. dengan KPD adalah dilakukan pertolongan persalinan secara normal dan bayi lahir dengan keadaan baik, bayi lahir hidup langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin Perempuan, *Apgar score* 8/9. Keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 50 cc, tanda-tanda vital normal. Dapat disimpulkan, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

5.1. Simpulan

Setelah dilaksanakan asuhan kebidanan inpartu pada primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan menggunakan pendekatan manajemen 7 langkah Varney yang meliputi pengkajian data dasar, analisa data dan diagnosa, antisipasi diagnosa potensial, penanganan segera, penyusunan rencana asuhan menyeluruh, implementasi asuhan dan evaluasi asuhan dan pendokumentasian asuhan kebidanan, maka disimpulkan:

1. Pengkajian data dasar didapatkan: Pasien Ny. S.H. umur 34 tahun, hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, dan keluar air-air banyak dari jalan lahir, perut kencang-kencang sejak jam 14.00 WITA, tanggal 24-05- 2016. HPHT: 19-08-2015. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Hasil ukur tanda-tanda vital: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,8⁰ celcius, frekuensi nadi 91 kali per menit, frekuensi pernapasan 21 kali per menit. Pemeriksaan dalam tanggal 26-05-2016, jam 05.00 WITA: Vulva tidak ada kelainan, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba pembukaan 10cm, kantong ketuban sudah pecah air ketuban kering, posisi, UUK depan kiri, molase tidak ada, kepala turun Hodge IV. Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan urin lengkap: warna jernih, pH 6,5; leukosit esterase (-). HB

- 11,6 gr/dL. Darah lengkap: Jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 38,9 L%, Jumlah leukosit 7,46 uL, jumlah trombosit 248 uL.
2. Data-data dasar diinterpretasikan dan disimpulkan sebuah diagnosa yaitu Ibu G2P1A0, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, intrapartal pada multigravidadengan ketuban pecah dini.
 3. Antisipasi masalah atau diagnosa potensial yang dilakukan pada kasus Ibu G2P1A0, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, intrapartal pada multigravidadengan ketuban pecah dini adalah infeksi intrauterin, partus lama, prolaps tali pusat/tali pusat menumbung, atonia uteri, pendarahan post partum, atau infeksi nifas pada ibu sedangkan pada janin dapat terjadi hipoplasia paru, distosia, , janin mati dalam kandungan, asfiksia.
 4. Tatalaksana tindakan segera dan kolaborasi pada kasus intrapartalpada multigravida dengan KPD adalah pemantauan kesejahteraan janin, tirah baring, pemberian nutrisi yang cukup, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.
 5. Rencana asuhan kebidanan yang diterapkan pada kasus intrapartal pada multigravida dengan KPD bersifat konservatif disertai pemberian antibiotik dan kortikosteroid agar tercapainya pematangan paru bayi, tirah baring, pemantauan kesejahteraan janin, tidak dilakukan pemeriksaan dalam kecuali dengan indikasi dan dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik dan kortikosteroid.
 6. Implementasi asuhan kebidanan pada kasus intrapartal pada multigravida dengan KPD dilaksanakan sesuai rencana asuhan pada langkah kelima

Implementasi asuhan meliputi pemantauan tanda- tanda vital, DJJ, kontraksi, tirah baring dan penanganan konservatif. Selain itu, dilakukan kolaborasi dengan dokter Spesialis untuk pemberian antibiotik. Pemeriksaan dalam tidak dilakukan kecuali ada indikasi karena dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi intrauterin.

7. Hasil perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. S.H. dengan KPD adalah dilakukan pertolongan persalinan secara normal dan bayi lahir dengan keadaan baik, bayi lahir hidup langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, *Apgar score* 8/9. Keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 50 cc, tanda – tanda vital normal.
8. Secara umum, tidak ditemukan kesenjangan atau perbedaan yang mencolok antara kajian teoritis dengan asuhan kebidanan pada intrapartal pada multiigravida dengan ketuban pecah dini.

5.2. Saran

- 5.2.1. Bagi mahasiswa kebidanan Kesehatan ibu dan anak adalah sasaran pokok asuhan dalam ruang lingkup kebidanan, sehingga mahasiswa kebidanan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan maupun kompetensi terutama dalam pemberian asuhan kebidanan pada intrapartal pada multigravida dengan ketuban pecah dini.

5.2.2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan dalam hal ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dapat menyediakan alat atau media pembelajaran berkaitan dengan penanganan asuhan kebidanan pada kasus obstetri maupun ginekologi.

5.2.3. Bagi lahan praktik (RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang)

Diharapkan dengan dilaksanakan penelitian (pendekatan studi kasus), pihak rumah sakit kiranya memfungsikan sarana dan prasarana yang tersedia di tempat pelayanan terutama dalam meningkatkan mutu asuhan kebidanan dalam ruang lingkup kesehatan ibu dan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, Siti. 2012. **Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini**. Jawa Timur. Jurnal Midpro.
- Fadlun dan Achmad Feryanto. 2011. **Asuhan kebidanan patologis**. Jakarta: Salemba Medika.
- Fakultas kedokteran UI Indonesia, 2010. **Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal**. Jakarta. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo., 2011.
- Buku **panduan Praktis pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatal**. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo.
- Geri morgan, dkk.2009. **Obstetric dan Patologi**, Panduan Praktik, Edisi 2
- Manuaba. 1983. **Obstetri Fisiologi**, Bandung: Eleman.
- Manuaba, dkk. 2007. **Pengantar Kuliah Obstetrik**. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Morgan, dkk. 2009. **Obstetri Dan Ginekologi**. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Norma, Nita dan Mustika Dewi. 2013. **Asuhan Kebidanan Patologi**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmojo. 2010. **Metode Penelitian Kesehatan**. Jakarta: Rineka Jaya.
- Nugroho, Taufan. 2010. **Kasus Emergensi Kebidanan**. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
- Patologi Kebidanan**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. **Ilmu Kebidanan**. Jakarta. Bina Pustaka.
- Sujuyanti, dkk. 2009. **Asuhan Patologi Kebidanan**. Yogyakarta: Nuha Litera Offset.
- Varney, Helen. 2008. **Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Jakarta. Buku Kedokteran EGC. 2010.
- Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Jakarta. Buku kedokteran EGC.
- Varney, dkk. 2003. **Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan

VI mengadakan studi kasus pada Ny. S.H, umur 30 tahun, Intrapartal pada Multigravida

dengan Ketuban Pecah

Dini. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab set

tiap pertanyaan yang diajukan dan saya jamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai,

untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

(Beatrix Mego Kolin)

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul: Gambaran Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida di Ruang Bersalin

RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG Tanggal 16-28 Mei 2016

Peneliti: Beatrix Mego Kolin

Bahwa saya dimintai berpartisipatif dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan data saya.

Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapa pun untuk berpartisipatif dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 16-Mei-2016

Responden

(Ny. S.H)

Lampiran 3

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG BERSALIN RSUD Prof dr. W. Z. JOHANES
TANGGAL 25-30 MEI 2016**

I. PENGKAJIAN

TanggalPengkajian :25-05-2016 Jam Pengkajian :05.15 WITA
 TanggalMRS :25-05-2016 JamMRS :05.00 WITA
 OlehMahasiswa :BEATRIX MEGO KOLIN
 Tempat :Ruang bersalin RSUD Prof dr. W. Z. JOHANES

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama	:Ny.S.H	NamaSuami	:Tn. F.K
Umur	:34 tahun	Umur	:34 tahun
Agama	:Katolik	Agama	:Katolik
Suku/Bangsa	:Timor/Indo	Suku/Bangsa	:Timor/Indo
Pendidikan	:SD	Pendidikan	:SD
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	:Wiraswasta
Alamat	:Haukoto	No. HP	:081246252928

2. Keluhan Utama :Ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak tanggal 24-05-2016 Jam 08.00 WITA dan keluar air-air banyak darijalan lahirpadajam 14.00 WITA

3. Riwayat Menstruasi:

- Menarche :14 tahun
- Lamanya : 7 hari
- Siklus : 30 hari
- Sifat darah : Encer
- Keluhan : Tidak ada

- HPHT : 19-08-2015
- TP : 26-05-2016

4. Riwayat Perkawinan :

- Status pernikahan : Syah
- Lamanya menikah : 8 tahun
- Umur saat menikah :27 tahun

5. Riwayat KehamilanSekarang

- Pergerakan anak dirasakan dalam 24 Jam terakhir :10-12 kali
- ANC : 8kalidi Pustu Fatukoa
- G2P1A0AH0
- HPHT : 19-08-2015
- TP : 26-05-2016
- Imunisasi TT1 dan TT2 : Sudah diberikan saat ibu hamil anak pertama dan sekarang ibu mendapat TT3.
- Keluhan selama hamil : Tidak ada
- Obat yang dikonsumsi selama hamil : SF, Kalk, dan Vit C
- Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

6. Riwayat Persalinan lalu

No	Tgl/bln /thn	UK	Penolong	penyulit	Keadaan bayi	JK	BB/ PB	Ket
1.	2012	9 bulan	Bidan	Tidak ada	LH	P	2200/48	Sehat
2	INI	G2	P1	A0	AH1			

7. Riwayat KB :

- KB yang pernah digunakan : Suntik 3 bulan
- Lamanya : 6 bulan
- Efek samping : Tidak ada
- Alasan berhenti : Ingin punya anak lagi

8. Riwayat kesehatan yang pernah diderita ibu :

- Jantung : Tidak ada

- Hipertensi :Tidak ada
- Hepatitis :Tidak ada
- Jiwa :Tidak ada
- Campak :Tidak ada
- Varicela :Tidak ada
- Malaria :Tidak ada
- PH, HIV/AIDS :Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada
- Pernah operasi :Tidak ada

9. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan :

- Jantung : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada
- Jiwa : Tidak ada
- Campak : Tidak ada
- Varicela : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- PH, HIV/AIDS : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada
- Pernah operasi : Tidak ada
- Keturunan Kembar : Tidak ada

10. Keadaan Psikososial :

- Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini ditandai dengan keluarga mengantar ibu ke Rumah Sakit Umum untuk melahirkan
- Dukungan keluarga : Keluarga sangat mendukung
- Jenis persalinan yang diharapkan : Normal
- Jenis kelamin yang diharapkan : Laki-laki atau perempuan sama saja
- Beban kerja sehari hari : Memasak, menyapu, mencuci.
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

11. Perilaku Kesehatan :

- Merokok : Tidak
- Miras : Tidak
- Obat-obatan terlarang : Tidak
- Minum kopi : Tidak

12. Riwayat latar belakang budaya :

- Pantangan makanan : Tidak ada
- Pantangan Hubungan Seksual : Tidak ada

13. Riwayat seksual : Tanggal terakhir ibu melakukan hubungan seksual pada tanggal 23-05-2016

14. Riwayat kehidupan sehari-hari

a. Pola Makan dan minum

- Jenis Makanan : Nasi atau jagung
- Porsi : 1½ Piring
- Frekuensi makanan : 3-4 x sehari
- Lauk-pauk : Ikan dan tempe
- Frekuensi minum : Minum air putih 6 gelas sehari
- Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Pola eliminasi

- BAK
 - Frekuensi : 4-5 x/hari
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas urine
 - Keluhan : Tidak ada
- BAB
 - Frekuensi : 1-2 x/hari
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas Feaces
 - Keluhan : Tidak ada

c. Riwayat pola istirahat

- Tidur Siang : 1-2 Jam (jam 13.00 wita – 14.00 wita)

- Tidur Malam : 7-8 Jam (jam 20.00 wita –04.00 wita)
 - Keluhan : Tidak ada
- d. Riwayat kebersihan diri:
- Mandi : 2x/hari
 - Sikat: : 2x/hari
 - Keramas : 2x/minggu
 - Ganti pakaian dalam : Setiap kali basah
 - Ganti pakaian luar : 2x/hari
 - Perawatan payudara : Tidak dilakukan

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Sadar penuh dan berespon terhadap rangsangan
- c. Bentuk Tubuh : Lordosis
- d. Tanda Vital :
 - TD : 120/80 mmHg Nadi : 91 x/menit
 - Suhu : 36,8 °C RR : 21 x/menit
- e. TB : 143 cm
- f. BB : Sebelum hamil : 45kg
Sesudah hamil : 54kg
- g. LILA : 27 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi dan palpasi

- Kepala : Tidak ada benjolan
- Rambut : Bersih, tidak ada ketombe
- Wajah : Bentuk oval, tidak pucat dan tidak ada cloasma gravidarum
- Mata : Konjungtiva merah muda, Skleraputih, pada kelopak mata tidak ada oedema
- Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, warna bibir merah muda
- Gigi : Karies gigi tidak ada

- Leher : Tidak ada Pembesaran kelenjar lymfe, tidak ada Pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada bendungan pada vena jugularis
- Dada : Simetris, pada areola mammae kiri dan kanan ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidak ada benjolan dan colostrum : ada tetapi masih sedikit
- Perut : Membesar sesuai usia kehamilan, ada linea nigra, tidak ada striae albicans, tidak ada bekas luka operasi
- Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold II : Pada perut sebelah kiri teraba bagian keras memanjang seperti papan, pada perut sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin
- Leopold III : Pada bagian terbawah teraba bagian bulat, keras, tidak dapat digoyangkan.
- Leopold IV : Kepala janin Sudah masuk pintu atas panggul (divergen)
- Mc donald : TFU : 32 cm
- TBBA : 3.255 gram
- Auskultasi : Jam 05.30 wita
- Denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur dengan punctum maksimum di sebelah kiri bawah pusat dengan frekuensi 150 x/menit
- HIS : Jam 05.30 wita
- 4x dalam 10 menit durasi 45-50 detik
- Ekstremitas : Tidak ada varises dan tidak ada oedema
- Genetalia : Vulva : normal, vagina : tertutup, tidak ada varises, tidak ada keputihan, pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah.
- Pemeriksaan dalam Jam : 05.30 wita pada tanggal 25-05-2016
- ❖ Portio : Tidak teraba
 - ❖ Pembukaan : 10 cm

- ❖ Kantong Ketuban : sudah pecah air ketuban kering
- ❖ Bagian terendah : Kepala
- ❖ Posisi : ubun-ubun kecil kiri depan
- ❖ Molase : tidak ada
- ❖ Turun hodge : IV

Anus : Tidak ada haemoroid

3. 1. PemeriksaanLaboratorium:

✓ HB :11,0 gr%

✓ Gol Darah :0

2. Hasil pemeriksaan penunjang:

Pemeriksaan urin lengkap: warna jernih, pH 6,5; leukosit esterase (-).

Darah lengkap: Jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 38,9L%, Jumlah leukosit

7,46 uL, jumlah trombosit 248 uL.

4. PemeriksaanKhusus :tidak dilakukan pemeriksaan khusus

5. Terapi :Cefotaksime 1x 1gr/IV Per Selang
Infus RL 500 cc →20 tetes/menit

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa	Data dasar
<p>Diagnosa : G2P1A0AH1,UK 39-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, presentase kepala. Inpartu kala II awal dengan KPD</p>	<p>Data Dasar :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Subyektif : Ibu mengatakan hamil 9 bulan, anak kedua, melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, pergerakan janin dirasakan dalam 24 jam terakhir sering, dan ibu mengeluh adanya nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak tanggal 24-05-2016 Jam 08.00 wita serta keluar air-air banyak pada jam 14.00 Wita HPHT: 19-08-2015 ➤ Obyektif : <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan umum KU : Baik Kesadaran : Sadar penuh dan respon terhadap rangsangan Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg Nadi : 91 x/menit Suhu : 36,8 °C RR : 21 x/menit b. Pemeriksaan fisik Inspeksi dan palpasi Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, kelopak mata tidak ada oedema Dada : Bentuksimetris, hiperpigmentasi pada areola mammae, dan puting susu menonjol dan colostrums sudah ada tapi masih sedikit

	<p>Perut : Membesar, ada linea nigra, tidak ada striae albicans, tidak ada luka bekas operasi</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak, kurang melenting</p> <p>Leopold II : Pada perut sebelah kiri teraba bagian keras memanjang seperti papan, pada perut sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin</p> <p>Leopold III: Pada bagian terbawah teraba bagian bulat, keras, tidak dapat digoyangkan.</p> <p>Leopold IV : kepala janin Sudah masuk pintu atas panggul (divergen)</p> <p>Mc. Donald : TFU : 32 cm</p> <p>TBBA : 3.255 gram</p> <p>Auskultasi : Jam 05.30 wita</p> <p>Denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur dengan punctum maksimum di sebelah kanan bawah pusat dengan frekuensi 150 x/menit</p> <p>HIS : Jam 05.30 wita</p> <p>4x dalam 10 menit durasi 45-50 detik</p> <p>Pemeriksaan dalam : Jam 05.30 wita</p> <p>portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban sudah pecah, air ketuban kering, bagian terendah yaitu kepala, posisi ubun-ubun kiri depan, tidak ada molase, penurunan kepala TH IV</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Infeksi, Partus lama, dan prolaps tali pusat

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi Dokter SPOG yaitu :

- ✓ Pasang infus RL 500 cc yaitu 20 tpm
- ✓ Skin test Cefotaksime
- ✓ Layaniinjeksi Cefotaksime 1 gr/IV

V. PERENCANAAN

Tanggal : 25-05-2016

Jam : 05.35 Wita

Diagnosa : G2P1A0,UK 39-40 minggu, janin hidup,tunggal, intrauteri, presentase kepala,inpartu kala II awaldengan KPD

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga
R/ Pendekatan merupakan cara efektif untuk menjalin hubungan baik dan saling percaya antara ibu dan tenaga kesehatan.
2. Lakukan observasi TTV
R/Observasi sangat penting dan mengantisipasi masalah-masalah yang akan terjadi.
3. Jelaskan pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu maupun pengaruh terhadap janin
R/ 1.Terhadap ibu :infeksi intrapartal (jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah dapat menyebabkan sepsis), infeksi puerperalis masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, morbilitas dan mortalitas
2.Terhadap janin:prematuritas (masalah yang terjadi yaitu gangguan pernapasan, perdarahan intraventikular, gangguan otak, hiperbilirubinemia, anemia dan sepsis), hypoplasia paru,

hipopksia dan afiksia sekunder, tali pusat menumbung, serta distosia.

4. Siapkan ruangan yang aman dan nyaman yaitu dengan cara memperhatikan kebersihan ruangan dan kerapian tempat tidur.
R/ Ruang yang bersih dan rapi dapat membuat pasien merasa aman dan nyaman
5. Siapkan alat dan bahan
R/ Alat dan bahan yang lengkap merupakan suatu tindakan yang di lakukan agar dapat mempermudah penolong dalam melakukan tindakan
6. Siapkan perlengkapan ibu dan bayi
R/ Perlengkapan ibu dan bayi tersedia dapat membantu mempercepat proses persalinan
7. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kantong kemih bila ibu ingin berkemih
R/ kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terendah janin
8. Anjurkan ibu untuk makan minum
R/ Makan dan minum merupakan sumber energi atau sumber tenaga dan pengaturan metabolisme dalam darah
9. Jelaskan pada ibu posisi-posisi meneran yang baik dan benar yaitu posisi jongkok, merangkak dan setengah duduk
R/ posisi yang nyaman merupakan salah satu pilihan dari ibu agar ibu lebih kooperatif dengan tindakan yang di berikan dan dapat membantu ibu dalam mengambil posisi yang baik
10. Anjurkan pada suami dan keluarga untuk mendampingi ibu pada saat persalinan
R/ pendamping saat persalinan merupakan salah satu asuhan sayang ibu sehingga ibu dapat merasa nyaman

VI. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 25-05-2016

Diagnosa : G2P1A0, UK 39-40 minggu, janin hidup, tunggal, intauterine, presentase kepala. Inpartu kala II awal dengan KPD

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga
M/ telah terjalin hubungan baik antara ibu dan tenaga kesehatan
2. Melakukan observasi KU, kesadaran dan TTV pada ibu yaitu :
M/KU: Baik, kesadaran : sadar penuh serta respon terhadap rangsangan
TTV : TD : 120/80 mmHg N : 91 x/menit
S : 36,8 °C RR : 21 x/menit
3. Menjelaskan pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu maupun pengaruh terhadap janin
M/ ibu telah mengerti dengan penjelasan yang telah di jelaskan oleh bidan
4. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan membersihkan ruangan dan menutup pintu untuk menjaga privasi sehingga ibu merasa nyaman dan aman dengan tindakan yang di berikan
M/ Lingkungan telah di bersihkan, tirai telah ditutup dan ibu merasa senang dengan keadaan yang nyaman
5. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff.
M/ **Saff I :**
 - Baki steril berisi partus set (stengah koher, 2 klem tali pusat, gunting tali pusat, gunting episiotomi, pengikat tali pusat, kasa steril, handscone) dan baki berisi Heating set
 - Funduscope 1
 - Betadine
 - Air DTT
 - Tempat Kapas DTT
 - Clorin spray 0,5 %
 - Hand sanitizer
 - Tempat berisi dispo 1 cc, 3 cc, 5 cc

- Obat-obatan esensial
- Jam

Saff II :

- Wadah plastik berisi air clorin 0,5 % untuk clorin sarung tangan bekas pakai
- Tempat plasenta
- Pengisap lendir
- Tensi meter
- Stetoscope
- Tempat ampul bekas

Saff III :

- Pakaian ibu
- Pakaian bayi
- Keranjang berisi : Infus set (abocat, cairan infus, kapas alkohol), Resusitasi set
- Tempat sampah medis dan non medis
- Ember berisi air clorin 0,5 %
- Air DTT
- Air sabun
- Air bersih

6. Menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi :

Perlengkapan ibu :pakaian bersih, celana dalam bersih, pembalut, kain sarung 2 buah

Perlengkapan bayi :kain bayi 4 buah, baju bayi, loyor, sarung kaki, sarung tangan dan topi bayi.

M/Pakaian ibu dan bayi telah di siapkan

7. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih bila ingin berkemih.

M/ibu sudah berkemih pada pukul 05.30 wita

8. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
M/ibu sudah makan dan minum pada pukul 05.20 wita
9. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi ketika meneran yang baik dan nyaman
M/ibu telah memilih posisi yang nyaman yaitu posisi setengah duduk
10. Memberitahu suami atau keluarga untuk mendampingi ibu pada saat proses persalinan berlangsung
M/suami dan keluarga telah mendampingi ibu selama proses persalinan berlangsung

11. Menolong persalinan dengan 58 Langkah APN:

S : Ibu mengatakan kontraksi semakin sering dan ada keinginan untuk meneran seperti BAB

O : Kontraksi uterus 4x dalam 10' lamanya 45"-50", DJJ(+) 150x/menit, dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka, dan ada pengeluaran lendir darah bertambah banyak dari jalan lahir.
pemeriksaan dalam: jam 05.30 wita

Indikasi: ibu merasa seperti ingin buang air besar

Tujuan: memastikan pembukaan lengkap

Hasil: vuvla/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, air ketuban kering, bagian terendah kepala posisi ubun-ubun kiri depan, tidak ada molase, TH IV

A : Kala II

P :

Pastikan alat dan bahan siap pakai

Siap ibu dan keluarga

Atur posisi

Persiapan pertolongan persalinan

I :

1. Mengamati adanya tanda–tanda kala II berupa dorongan meneran, tekanan anus, vulva membuka
2. Memastikan perlengkapan, alat dan bahan siap dipakai, mematahkan oxytocin 10 IU, masukkan dalam baki steril
3. Melepaskan semua perhiasan dan jam tangan, memakai APD yaitu topi, kacamata, masker, celemek dan sepatu bot
4. Mencuci tangan 7 langkah
5. Memakai sarung tangan kanan untuk mengisap oxytocin
6. Mengisap oxytocin dengan disposable 3 cc dengan teknik one hand dan masukan dalam baki steril
7. Menggunakan handscoen pada tangan kiri dan membersihkan daerah vulva dan perineum dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan pembukaan serviks
9. Dekontaminasi sarung tangan pada air clorin 0,5 % dengan cara membuka sarung tangan secara terbalik lalu cuci tangan alternatif
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi
11. Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap
12. Minta suami atau keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan
13. Timbul his, ibu dipimpin meneran, berikan pujian. Jika his berhenti biarkan ibu istirahat dan makan minum, cek DJJ
14. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman, dan ibu memilih posisi setengah duduk
15. Saat kepala membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bokong ibu
17. Membuka partus set dan memperhatikan kembali perlengkapan alat di dalam partus set
18. Memakai sarung tangan pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala 5-6 cm lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan tangan lainnya melindungi kepala bayi.

Biarkan kepala bayi lahir secara berturut-turut mulai dari dahi, mata, hidung dan mulut dan dagu

20. Cek kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ternyata tidak ada lilitan tali pusat
21. Setelah kepala bayi lahir, biarkan kepala bayi melakukan putaran paksi luar
22. Meletakkan kedua tangan pada kedua sisi kepala bayi dan leher bayi, lakukan tarikan lembut kebawah untuk melahirkan bahu bagian depan dan tarikan ke atas untuk melahirkan bahu bagian belakang
23. Setelah bahu lahir, gunakan tangan kanan untuk menyangga kepala bayi dan tangan lain menyusuri badan bayi dan memegang lengan bayi dan bahu bagian atas
24. Setelah kelahiran bahu dan tubuh bayi, sisipkan tangan bagian depan di punggung bayi kearah bokong dan kaki bayi untuk menahan kaki bayi saat kaki lahir. Sisipkan jari telunjuk dari tangan yang sama di antara kedua kaki bayi, pegang dengan mantap pada mata kaki bayi dan baru melahirkan kaki bayi dengan hati-hati
25. Menilai apakah bayi menangis spontan bernapas dan bergerak aktif dan letakkan bayi di atas perut ibu. Bayi langsung menangis dan bernapas spontan
26. Keringkan dari muka, kepala, badan dan sampai di telapak kaki bayi. Pastikan bayi dalam keadaan baik diatas perut ibu
27. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oxytocin 10 IU di paha kanan ibu secara IM setelah 1 menit bayi lahir
29. Menyuntikan oxytocin 10 IU di paha kanan ibu secara IM
30. Setelah 2 menit bayi lahir dan tali pusat tidak berdenyut lagi, jepit tali pusat 3 cm dari pangkal tali pusat dengan klem pertama dan 2 cm dari klem pertama
31. Dengan satu tangan yang memegang tali pusat yang telah dijepit dan menggantung tali pusat diantara kedua klem kemudian mengikat tali pusat dengan benang tali pusat pada satu sisi lalu lingkari kembali benang kearah

yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua dengan menggunakan simpul atau kunci sambil melepaskan klem dan simpan pada tempatnya

32. Meletakkan bayi secara telungkup di atas perut ibu dengan kepala bayi lebih rendah dari puting susu ibu dengan maksud bayi mencari puting susu ibu sendiri sehingga bayi dapat menyusui sendiri secara spontan
33. Selimuti bayi dengan kain hangat

E: Jam 06.10 wita, bayi lahir spontan pervaginam, letak kepala, tidak ada lilitan tali pusat, langsung menangis, bernapas spontan dan teratur, bergerak aktif, tonus otot baik, bayi jenis kelamin perempuan

Kala III Jam 06.10 wita

S : Ibu mengatakan lega dan senang dengan bayi yang baru saja dilahirkan

O : KU: baik, kesadaran : sadar penuh, respon terhadap rangsangan.

Ada tanda-tanda pelepasan plasenta seperti perubahan bentuk TFU, tali pusat semakin memanjang dan semburan darah tiba-tiba

A : Kala III

P : Melakukan MAK III

I :

34. Memindahkan klem dari tali pusat bayi dengan jarak 5-6 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan di atas perut ibu yang dialasi dengan kain yang diletakkan pada tepi simpisis, tangan lain memegang tali pusat
36. Saat timbul kontraksi uterus, regangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan lain mendorong uterus dengan dorongan dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri
37. Melakukan peregangan tali pusat dengan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas. Minta ibu meneran sedikit sambil menarik tali pusat sejajar lantai lalu kearah atas mengikuti arah jalan lahir
38. Setelah plasenta muncul, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil

39. Setelah plasenta dan selaput plasenta lahir, lakukan massase dengan menggunakan telapak tangan dengan gerakan melingkar hingga uterus tidak berkontraksi lagi
40. Memeriksa kedua sisi plasenta pastikan selaput plasenta lengkap dan utuh, masukan dalam tempat plasenta
41. Mengobservasi kemungkinan adanya laserasi pada perineum. Tidak ada laserasi hanya ada luka lecet pada perineum tetapi tidak berdarah jadi tidak di lakukan heating

E : Jam 06.15 Wita plasenta lahir lengkap, selaput korion dan amnion lengkap, Kotiledon lengkap, plasenta berbentuk bundar dengan tebal 1½ cm, perdarahan ± 100 cc karena pelepasan plasenta, dan tidak ada robekan jalan lahir

Kala IV Jam 06.15 wita

- S : ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir dan perutnya masih mules
- O : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan ± 100 cc, dan tidak ada robekan
- A : kala IV
- P : pasca tindakan XVII
- I :
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada perdarahan pervaginam
 43. Biarkan bayi di atas perut ibu selama 1 jam
 44. Setelah 1 jam IMD dilakukan penimbangan berat badan bayi, pengukuran panjang badan bayi, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, pemberian salap mata oxytetracyclin dan penyuntikan vitamin K 0,1 ml di paha kiri bayi
 45. Setelah penyuntikan vit K, berikan imunisasi Hb 0 di paha kanan bayi
 46. Mengevaluasi perdarahan selama 15 menit
 47. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi
 48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah

49. Memantau nadi ibu dan kandung kemih selama 15 menit jam pertama dan 30 menit jam kedua
50. Memastikan bayi bernapas dengan baik di atas perut ibu
51. Menempatkan semua alat-alat bekas pakai dalam larutan clorin 0,5 % untuk didekontaminasi
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah
54. Memberikan kenyamanan pada ibu yaitu dengan memakaikan softex, CD, dan baju
55. Dekontaminasi celemek
56. Mencelupkan sarung tangan dalam larutan clorin 0,5 % untuk didekontaminasi
57. Melepaskan celemek, masker, kacamata, topi dan sepatu boot, cuci tangan dengan air bersih dan keringkan
58. Mencatat serta melengkapi partograf. Periksa kembali tanda-tanda vital

E : Observasi keadaan umum ibu dan bayi

1 jam pertama tiap 15 menit dan 30 menit jam kedua

Ibu :

Waktu	TD	N	S	Fundus uteri	Kontraksi	Perdarahan	Kandung kemih
06.30 wita	120/80 mmHg	91 x/mnt	36,8 °c	2 jr bwh pst	Baik	± 20 cc	Kosong
06.45 wita	120/80 mmHg	88 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
07.00 wita	110/8 mmHg	86 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
07.15	110/70	84		2 jr	Baik	10 cc	Kosong

wita	mmHg	x/mnt		bwh pst			
07.45 Wita	120/80 mmHg	84 x/mnt		2 jr bwh pst	Baik	10 cc	kosong
08.15 wita	120/80 mmHg	83 x/mnt	36,5 °c	2 jr bwh pst	Baik	10 cc	kosong

Bayi :

Waktu	RR	S	Warna kulit	Gerak an	Isapa n ASI	Tali pusat	Kejang	BAB / BAK	
06.30 wita	50 x/mnt	36,5 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	+	-
06.45 wita	50 x/mnt	36,7 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	-	-
07.00 wita	50 x/mnt	37,1 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	-	-
07.15 wita	48 x/mnt	37,5 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	-	-
07.45 wita	49x/ mnt	36,8 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	-	-
08.15 wita	48x/ mnt	37,1 °c	Merah	Aktif	Baik	Bersih	Tdk	-	1x

VII. EVALUASI

✓ Jam 10.15 wita timbang dan ukur bayi (Antropometri) :

BB : 3.000 gram, PB : 48 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm,
memberikan salaf mata oxytetracyclin 0,1 gr dan vitamin K
(phytomenadione) 1 mg (0,1 ml)

✓ Pemeriksaan APGAR score pada 1 menit pertama

Aspek yang dinilai	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Jumlah menit ke-1
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Biru Pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Merah muda seluruhnya	2
<i>Pulse</i> (Detak Jantung)	Tidak ada	Lambat(dibawah 100x/menit)	di atas 100 kali/menit	2
<i>Grimace</i> (Reflek)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Reaksi melawan	2
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif	2
<i>Respiratory</i> (Usaha Napas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis dengan kuat	2 Jumlah = 10

✓ Jam 11.15 wita : pemberian Hb 0

✓ Jam 11.35 wita : pindahkan pasien ke ruang Edelweys di kamar 4b

CATATAN PERKEMBANGAN

TANGGAL	PELAKSANAAN	PARAF
26-05-2016	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="430 331 1156 590">1. Menjelaskan tanda bahaya pada masa nifas yaitu :tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, dan kontraksi uterus M/ ibu mengerti dengan penjelasan yangdiberikan <li data-bbox="430 604 976 695">2. Memberikan ibu makan dan minum M/ ibu sudah makan dan minum <li data-bbox="430 709 1156 968">3. Menjelaskan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI pada bayinya minimal tiap dua jam M/ ibu sudah memberikan ASI kepada bayinya secara rutin tiap dua jam <li data-bbox="430 982 1156 1241">4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu : malam ± 7-8 jam (21,00-05.00 wita), siang ± 1-2 jam (13.00-15.00 wita) M/ ibu menerima anjuran yang di berikan dan sudah melaksanakannya <li data-bbox="430 1255 1156 1514">5. Menjelaskan ibu cara merawat payudara yaitu mengoleskan minyak kelapa murni atau baby oil dengan kapas pada puting susu setiap hari setelah mandi M/ ibu mengerti dan sudah melakukannya <li data-bbox="430 1528 1156 1839">6. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihgkan dengan air saja tanpa membubuhi apapun pada tali pusat bayi M/ Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan 	

	<p>7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan cara selimuti bayi dan beri topi pada bayi dan apabila bayi kecing atau basah segera untuk menggantikannya dengan popok yang baru</p> <p>M/ Ibu bersedia mengikuti anjuran yang telah diberikan</p> <p>8. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memantu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berdarah, bernanah, dan berbau, bayi ikterus atau kuning serta demam tinggi</p> <p>M/ Ibu dan keluarga bersedia memantau tanda-tanda bahaya pada bayi.</p> <p>9. Jam 12.15 wita : Memberitahu ibu untuk tidak lupa minum obat</p> <p>Amoxicillin 1x 500 mg</p> <p>Asam mafenamat 1x 500 mg</p> <p>Vit B.com (2x1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tetesan infus : <p>M/ tidak terpasang infus setelah di pindahkan ke ruangan Edelweys</p> ✓ Visite dokter Jam : 14.00 wita <p>M/ Lanjut terapi oral yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicillin 1x 500 mg ○ Asam mafenamat 1x 500 mg ○ Vit B.com (2x1) ✓ TTV sore Jam : 17.15 wita <p>M/ TD :130/80 mmHg</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>N : 82 x/menit</p> 	
--	---	--

	<p>RR : 18x/menit</p> <p>Jam : 18.20 wita Pasien telah di pindahkan ke Ruang Flamboyan</p>	
27-05-2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan ibu cara menjaga Personal hygiene M/ ibu telah melakukan sesuai dengan yang diajarkan 2. Memberitahu ibu agar tetap mempertahankan mobilisasi dini M/ ibu sudah melakukan sesuai dengan yang diberitahukan 3. Menjelaskan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI pada bayinya minimal tiap dua jam dan memberikan ASI eksklusif (hanya ASI) sampai 6 bulan tanpa ada makanan tambahan lainnya. M/ ibu sudah memberikan ASI kepada 	

	<p>bayinya secara rutin tiap dua jam dan akan hanya memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai 6 bulan</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu : malam ± 7-8 jam (21,00-05.00 wita), siang ± 1-2 jam (13.00-15.00 wita) M/ ibu menerima anjuran yang di berikan dan sudah melaksanakannya</p> <p>5. Menjelaskan ibu cara merawat payudara yaitu mengoleskan minyak kelapa murni atau baby oil dengan kapas pada puting susu setiap hari setelah mandi M/ ibu mengerti dan sudah melakukannya</p> <p>6. Memberikan ibu makan dan minum M/ ibu sudah makan dan minum</p> <p>7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihkan dengan air saja tanpa membubuhi apapun pada tali pusat bayi M/ Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>8. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan cara selimuti bayi dan beri topi pada bayi dan apabila bayi kecing atau basah segera untuk menggantikannya dengan popok yang baru M/ Ibu bersedia mengikuti anjuran yang telah diberikan</p> <p>9. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memantu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berdarah, bernanah, dan berbau, bayi ikterus</p>	
--	--	--

	<p>atau kuning serta demam tinggi</p> <p>M/ Ibu dan keluarga bersedia memantau tanda-tanda bahaya pada bayi.</p> <p>10. Memberitahu ibu untuk tidak lupa minum obat</p> <p>M/ Amoxicillin 1x 500 mg</p> <p>Asam mafenamat 1x 500 mg</p> <p>Vit B.com (2x1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tetesan infus : <p>M/ tidak terpasang infus selama di ruangan Flamboyan</p> ✓ Visite dokter Jam : 14.00 wita <p>M/ 1.Lanjut terapi oral yaitu : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicillin 1x 500 mg ○ Asam mafenamat 1x 500 mg ○ Vit B.com (2x1) </p> <p>2.Pasien di perbolehkan pulang</p> <p>Jam : 14.37 wita pasien pulang sesuai visite dokter</p> 	
--	---	--

KUNJUNGAN RUMAH

TANGGAL	PELAKSANAAN	PARAF
28-05-2016	<p>S : Ibu mengatakan ASI keluar sedikit</p> <p>O : KU : baik, kesadaran : sadar penuh</p> <p>TD : 130/80 mmHg N : 84 x/ menit</p> <p>S : 36,8 °c RR :19 x/ menit</p> <p>TFU : 3 jari bawah pusat</p> <p>Kontraksi : baik</p> <p>Kandung Kemih: kosong</p> <p>A : P2 A0 AH2, PPN hari ke 4</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI terus menerus kepada bayinya. 2. Melakukan perawatan payudara kepada ibu. 3. Mengajarkan posisi menyusui yang baik dan benar. 4. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihkan dengan air saja tanpa membubuhi apapun pada tali pusat bayi 5. Mengajarkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan cara selimuti bayi dan beri topi pada bayi dan apabila bayi kecing atau basah segera untuk menggantikannya dengan popok yang baru 6. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk memantu tanda-tanda bahaya pada bayi 	

	<p>seperti tali pusat berdarah, bernanah, dan berbau, bayi ikterus atau kuning serta demam tinggi</p> <p>7. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan obat.</p>	
29-05-2016	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : KU : baik kesadaran : sadar penuh</p> <p>TD : 140/90 mmHg N : 83 x/ menit</p> <p>S : 36,8 °c RR :18 x/ menit</p> <p>TFU : 3 jari bawah pusat</p> <p>Kontraksi : baik</p> <p>Kandung Kemih : kosong</p> <p>A : P2 A0 AH2, PPN hari ke 5</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan payudara kepada ibu 2. Mengajarkan posisi menyusui yang baik dan benar 3. Menjelaskan ibu istirahat yang cukup dan teratur 4. Memberitahu ibu untuk melakukan vulva hygiene secara rutin 5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihkan dengan air saja tanpa membubuhi apapun pada tali pusat bayi 6. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan cara selimuti bayi dan beri topi pada bayi dan apabila bayi kecing atau basah segera untuk menggantikannya dengan popok yang baru 	

	<p>7. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memantu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berdarah, bernanah, dan berbau, bayi ikterus atau kuning serta demam tinggi</p> <p>8. Memberitahu ibu untuk melanjutkan obat</p> <p>9. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang di puskesmas atau puskesmas terdekat yaitu pada tanggal 30-05-2016</p>	
30-05-2016	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : KU : baik kesadaran : sadar penuh</p> <p>TD : 140/80 mmHg N : 73 x/ menit</p> <p>S : 37 °c RR : 19 x/ menit</p> <p>TFU : tidak teraba</p> <p>Kontraksi : baik</p> <p>Kandung Kemih : kosong</p> <p>A : P2 A0 AH2, PPN hari ke 6</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan posisi menyusui yang baik dan benar 2. Memberitahu ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya 3. Memberitahu ibu untuk tetap memperhatikan pola makan minum yang baik dan bergizi 4. Memberitahu ibu untuk melakukan vulva hygiene secara rutin 5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihkan dengan air saja tanpa 	

	<p>membubuhi apapun pada tali pusat bayi</p> <ol style="list-style-type: none">6. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan cara selimuti bayi dan beri topi pada bayi dan apabila bayi kecing atau basah segera untuk menggantikannya dengan popok yang baru7. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memantu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berdarah, bernanah, dan berbau, bayi ikterus atau kuning serta demam tinggi8. Memberitahu ibu untuk melanjutkan obat	
--	--	--