

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD ABEPURA**

KARYA TULIS ILMIAH

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura*



OLEH :

RAMAYANA BUTAR - BUTAR
NIM. PO.71.24.4.09.095

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA”

Telah mendapat Persetujuan Pembimbing dan dapat diajukan dihadapan Penguji

Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, Juli 2011

Pembimbing I



Saaty Kadiwaru, S. ST

NIP. 19510101 197208 2 001

Pembimbing II



Ruth Yogi, S. ST

NIP. 19770617 200604 2 002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH

NIP. 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya kebidanan pada :

Hari : Jumat
Tanggal : 5 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

SEKRETARIS



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Susana Ramandey, S.Sos. M.Kes
NIP. 19640419 198903 2 003

2. Flora Niu, S.ST
NIP. 19761118 200812 2 003


(.....)
(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

Segala sesuatu bila dikerjakan dengan sungguh - sungguh akan menghasilkan sesuatu yang baik dan bermanfaat bagi diri kita sendiri

(Bidan Ramayana, 2011)

PESRSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus yang selalu memberikan kesehatan dan kekuatan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Buat Ayahanda (T. Butar Butar) dan Mama (S. Manik Sihotang) yang selalu mendukungku untuk mencapai keberhasilan.
3. Buat Suamiku yang kucintai dan kusayangi (P. Panjaitan) beserta ketiga anakku tersayang (Charles Panjaitan, Abednego dan Excel) yang membuat semangat dalam perkuliahanku yang membuatku berarti menjadi seorang istri dan ibu yang baik.
4. Rekan - rekan seperjuangan Angkatan 2009 Tugas Belajar Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
5. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Karena berkah dan anugrah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang Penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Inpartu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Abepura”.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., NS Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes mantan Ketua Jurusan Kebidanan dan Konsultan Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura
3. Heni Voni Rerey, SKM, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura.
4. Saaty Kadiwaru, S.ST selaku Dosen pembimbing I dan Ruth Yogi, S.ST selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Direktur RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada Penulis untuk melakukan Asuhan kebidanan.

7. Teman-teman se-Angkatan Tugas Belajar 2009 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

8. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Dengan segala kerendahan hati, Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu kiritik dan saran sangatlah Penulis harapkan demi perbaikan ke depan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari Penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa, selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Jayapura, Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan	3
1.4. Manfaat Penulisan	4

BAB II LANDASAN TEORI

2.1. Ketuban Pecah Dini (KPD)	6
2.2. <i>Inpartu</i>	11
2.3. Manajemen Kebidanan.....	25

BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS

3.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	32
3.2. Tinjauan Kasus	37

BAB IV PEMBAHASAN..... 72

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan.....	75
5.2. Saran.....	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Kematian dan kesakitan ibu hamil, bersalin dan nifas masih merupakan masalah besar negara berkembang termasuk Indonesia. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, dan nifas (Depkes RI, 2008).

WHO (2008), memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010 angka kematian ibu 228/100.000 hal ini disebabkan oleh partus lama (37%), KPD (17%), perdarahan (9%), infeksi (7%), eklampsia (2%), dan lain – lain (28%). Sedangkan angka kematian bayi (AKB) 0 – 6 hari 34/100 kelahiran hidup yang disebabkan *asfiksia* (36,9%), *prematuritas* (32,4%), *sepsis* (12%), *hipotermi* (6,8%), *ikterus* (6,6%), 7 – 8 hari; *sepsis* (20,5%) kelainan *kongenital* (18,1%), *pneumonia* (15,4%), prematuritas dan berat badan lahir rendah (BBLR) (12,8%) (www.kemendes.go.id/2010). Angka kematian ibu di Papua sebesar 362/100.000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian bayi sebanyak 41/1000 kelahiran hidup (Profil Dinkes Papua, 2009).

Salah satu penyebab seperti yang diuraikan di atas adalah ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini adalah sebelum adanya tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan. Pada

umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4%. Bahaya ketuban pecah dini adalah kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan *prematunitas* yang dapat meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas* ibu dan bayi. Oleh karena itu, pemeriksaan dalam perlu dibatasi sehingga penyulit makin ditekan sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

Berdasarkan Data dari rekam medik yang diperoleh di ruang bersalin RSUD Abepura pada bulan Januari sampai dengan Desember 2010 jumlah ibu yang bersalin sebanyak 2478, dimana 132 (5,32%) persalinan normal dengan ketuban pecah dini dan persalinan dengan seksio sesarea indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 33 persalinan (1,33%). Pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011 jumlah persalinan sebanyak 638 dan persalinan normal dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 22 (3,48%) persalinan, sedangkan dengan operasi seksio sesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 12 (1,88%) persalinan.

Data ini mengidentifikasi adanya suatu kondisi yang perlu diambil tindakan segera yang cepat dan tepat secara sistematis terencana dan berkesinambungan oleh tenaga kesehatan baik bidan maupun dokter. Tindakan tersebut dapat memperkecil komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin. Tingginya kasus ketuban pecah dini ini, maka penulis tertarik memilih judul **“Manajemen Asuhan kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura”**.

1.2. Rumusan Masalah

Sesuai dengan kasus *inpartu* dengan ketuban pecah dini, maka penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut :

1.2.1. Bagaimana mengkaji data pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.2. Bagaimana menginterpretasi data dasar kasus *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada kasus ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.4. Bagaimana melaksanakan tindakan segera pada kasus ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.5. Bagaimana membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.6. Bagaimana melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.2.7. Bagaimana mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu dengan ketuban pecah dini ?

1.2.8. Bagaimana mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini ?

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Agar penulis dapat melaksanakan dan menerapkan Manajemen Asuhan Kebidanan pada klien dengan kasus ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.

1.3.2. Tujuan Khusus

Agar Penulis dapat :

1. Melaksanakan pengkajian pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
2. Menginterpretasi data dasar pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
3. Menentukan diagnosa potensial pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
4. Melaksanakan tindakan segera pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
5. Membuat rencana asuhan secara komprehensif pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
7. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.
8. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi dan acuan untuk penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan ketuban pecah dini secara komprehensif.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber informasi bagi pembaca khususnya mahasiswa kebidanan dalam menerapkan asuhan kebidanan khususnya pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

1.4.3. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan serta ketrampilan dalam penerapan manajemen asuhan kebidanan khususnya pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini (KPD).

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.1.1. Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan tunggu 1 jam belum di mulainya tanda persalinan (Manuaba, 2010).

Ketuban pecah dini adalah keluarnya air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu, terjadi sebelum proses persalinan berlangsung dan dapat terjadi pula pada kehamilan *preterm* sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan *aterm* (Saifuddin, 2006).

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Yeyeh dan Rukiyah, 2010).

2.1.2. Etiologi

1. *Servix inkompeten*.
2. Ketegangan rahim berlebihan; kehamilan ganda.
3. *Malpresentasi* janin (kelainan letak).
4. Kemungkinan kesempitan panggul.
5. Kelainan bawaan dari selaput ketuban.
6. Infeksi vagina.
7. Kurangnya vitamin C (Saifuddin, 2006).

2.1.3. Klasifikasi

Klasifikasi menurut umur kehamilan dan penanganannya, adalah :

1. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan $>22 - 28$ minggu.
2. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan $> 28 - 36$ minggu.
3. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan > 37 minggu
(Saifuddin, 2006).

2.1.4. Gambaran Klinik

Gambaran klinik ketuban pecah dini (Saifudin, 2006) adalah sebagai berikut :

1. Tentukan pecahnya selaput ketuban

Ditentukan dengan adanya cairan ketuban di vagina, jika tidak ada dapat dicoba dengan gerakan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan :

2. Tes *lakmus*

Pengetesan dengan kertas lakmus pada cairan ketuban, bila menjadi biru (basa) dinyatakan air ketuban, namun bila menjadi merah dinyatakan air kemih. Darah dan infeksi dapat memberikan hasil tes positif yang palsu.

3. Tes *pakis*

Dengan menetes cairan ketuban pada objek gelas dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopis menunjukkan kristal cairan *amnion* dan gambaran daun pakis.

4. Tentukan usia kehamilan bila perlu dengan USG; terjadi pada usia kehamilan > 22 minggu.
5. Tentukan ada tidaknya infeksi.
 - 1). Suhu badan ibu $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
 - 2). Air ketuban yang keruh dan berbau.
 - 3). Pemeriksaan tes LED (laju endap darah) $> 15.000/\text{mm}^3$. Janin yang mengalami *tachikardi*, atau mengalami infeksi intra uterin.
6. Tentukan tanda – tanda *inpartu*
 - 1) Rasa sakit oleh datangnya *his* yang lebih kuat, sering dan teratur.
 - 2) Keluar lendir campur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
 - 3) Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
 - 4) Pada pemeriksaan dalam teraba *serviks* lunak, mendatar mulai terjadi pembukaan *serviks*.

2.1.5. Diagnosa

Diagnosa ketuban pecah dini ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas. Selain keterangan yang disampaikan di atas dapat pula dilakukan beberapa pemeriksaan yang menetapkan bahwa cairan yang dikeluarkan adalah cairan ketuban (Manuaba, 2010).

Langkah – langkah pemeriksaannya adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan speculum untuk mengambil sampel cairan ketuban di *servix posterior* dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan *bakteriologi*.

2. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan infeksi dan persalinan. *Prematuritas* dapat meningkatkan *morbiditas* dan mortalitas ibu dan bayi.

a. Tanda dan gejala :

- 1) Keluarnya cairan ketuban.
- 2) Cairan tampak di *introitus vagina*.
- 3) Tidak ada his dalam 1 jam.

b. Tanda dan gejala *amnionitis* :

- 1) Cairan vagina berbau.
- 2) Demam atau menggigil dengan $SB \geq 38^{\circ} C$.
- 3) Denyut jantung janin lebih cepat.
- 4) Perdarahan pervagina sedikit (Manuaba, 2010).

2.1.6. Penanganan

1. *Konservatif*

- a. Rawat dirumah sakit.
- b. Berikan antibiotic (ampisilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari atau eritromisin bila tak tahan ampisilin).
- c. Umur kehamilan < dari 32 – 34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika umur kehamilan 32 – 37 minggu, belum *inpartu*, tidak ada infeksi, hasil tes negatif : beri dexametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.

- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah *inpartu*, tidak ada infeksi maka berikan tokolitik (salbutamol), desametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda – tanda infeksi (suhu, *leukosit*, tanda – tanda infeksi *intra uterin*).
- h. Pada usia kehamilan 32 – 34 minggu, berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin dan kalau memungkinkan periksa kadar *lesitin* dan *spingomielin* tiap minggu. Deksa betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason 5 mg IM setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

- a. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin 5 iu drip melalui infus bila gagal *seksio sesarea*. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg *intra vagina* 6 jam maksimal 4 kali.
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi (Ampicilin 4 x 500 mg atau eritromisisin) dan persalinan di akhiri.
- c. Bila skor pelvis < 5, lakukan pematangan servix, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan *seksio sesarea*.
- d. Bila skor pelvis > 5, induksi persalinan, partus pervagina (Saifuddin, 2006).

2.1.7. Komplikasi

Adapun komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini adalah :

1. Pada ibu

- a. Infeksi *intrapartum* (*korioamnionitis*) ascendes dari vagina ke intrauterine
- b. Persalinan *preterm*, peningkatan kejadian melalui bedah sesar akibat malpresentasi dan prolaps tali pusat.
- c. Infeksi *intraamnion* dan *endometrios* pasca persalinan.

2. Pada janin

Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi *asfiskia* atau *hipoksia*. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, semakin sedikit air ketuban, maka janin semakin gawat (Saifudin, 2008).

2.2. Inpartu

2.2.1. Definisi

Persalinan atau *inpartu* adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu) lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2008).

Persalinan atau *inpartu* adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan alat atau kekuatan sendiri (Manuaba, 2010).

2.2.2. Etiologi

Selama kehamilan terjadi *braxton hicks* (kontraksi yang tidak teratur tanpa rasa nyeri), yang mungkin mendekati persalinan berubah menjadi kontraksi yang terkoordinasi disertai rasa nyeri dan sangat efisien untuk membuka *servix uteri*. Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan pasti/jelas (Manuaba, 2010).

Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil (Manuaba, 2010), yaitu :

1. *Estrogen*

- a. Meningkatkan sensitivitas otot rahim.
- b. Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan *oxitosin*, *prostaglandin*, dan mekanis.

2. *Progesteron*

- a. Menurunkan sensitivitas otot rahim.
- b. Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan *oxitosin*, *prostaglandin* dan mekanis.
- c. Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Perubahan – perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus adalah penurunan kadar *hormone progesterone* dan *estrogen* 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan *oxitosin* yang dikeluarkan *hypofisis posterior* menimbulkan kontraksi dalam bentuk *braxton hicks* (Manuaba, 2010).

2.2.3. Klasifikasi

Klasifikasi persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

1. Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Bila persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Manuaba, 2010).

Klasifikasi berdasarkan tuanya kehamilan, adalah :

1. Persalinan *Prematuritas*

Pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 28 – 36 minggu dengan

Berat janin antara 1000 gram – 2500 gram.

2. Persalinan *Maturitas*

Pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 37 – 40 minggu dan berat janin diatas 2500 gram.

3. Persalinan *Postmaturitas* atau *Serotinus*

Pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi 2 minggu atau lebih dari tafsiran persalinan (Prawirohardjo, 2008).

Persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

Kala I : Mulai dari saat persalinan dimulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Terbagi dalam 2 fase yaitu fase laten (8 jam) pembukaan *servix* 0-3 cm dan fase aktif (7 jam) pembukaan 4 – 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

Kala II : Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini bisa berlangsung 2 jam pada primi dan 2 jam pada multi.

Kala III : Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung < 30 menit.

Kala IV : Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Saifuddin, 2006).

2.2.4. Gambaran Klinik

Tanda - tanda persalinan adalah sebagai berikut :

1. Persalinan kala I

a. Terjadinya *his* persalinan

Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifatnya teratur interval makin pendek kekuatan semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah (*Bloody show*)

Pendataran dan pembukaan menyebabkan lendir di kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

d. Terjadinya proses pembukaan *serviks* yang dibagi dalam 2 fase, antara lain :

1) *Fase laten*

Dari pembukaan 0 cm - 3 cm berlangsung lebih lama, kontraksi uterus ; ringan, tidak teratur, frekwensi 5-30 menit

atau 1-2 kali dalam 10-30 menit, lamanya 10 - 30 detik., lendir warna coklat/merah muda, jumlahnya sedikit.

2) Fase aktif

Pembukaan 4 – 10 cm berlangsung lebih cepat, kontraksi uterus kuat bila sudah mendekati pembukaan lengkap disertai rasa ingin mencedan teratur, jarak dari 5 menit sampai dengan 3 menit, lamanya 30-60 detik, kuat. turunnya bagian terdepan, primi dan multi sama 3 - 4 cm. penampilan ibu gelisah, dahi berkeringat, perasaan ingin meneran, anus teregang dan membuka pada menjelang pembukaan lengkap.

Kala I pada primipara berlangsung 12 jam sedangkan pada multipara 8 jam. Pembukaan pada *primipara* terjadi 1 cm/ jam dan pada multipara terjadi 2 cm/jam.

2. Persalinan kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir, Tandanya :

- 1). His lebih kuat dengan interval 2-3 menit, durasi 50-100 detik.
- 2). Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3). Tiap His disertai rasa mencedan karena kepala sudah masuk panggul dan menekan otot-otot dasar panggul dan merasa tekanan pada rectum.
- 4). Perineum menonjol dan anus melebar.
- 5). Kepala membuka pintu.

6). Suboksiput sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya, disusul oleh badan dan anggota gerak janin.

3. Persalinan kala III atau kala pelepasan uri

Pada kala tiga persalinan, otot *uterus (miometrium)* berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta, karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Wiknjosastro, 2008).

Manajemen aktif dalam kala tiga ini adalah pemberian suntikan oksitosin 10 iu/im dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri

Setelah bayi lahir kontraksi uterus berhenti 5-10 menit dengan lahirnya bayi, sudah mulai terjadinya pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot rahim. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- 1). *Uterus* menjadi bundar
- 2). *Uterus* terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3). Tali pusat bertambah panjang.
- 4). Terjadi perdarahan.

5). Plasenta akan lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir (Manuaba, 2010).

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 unit oksitosin IM dosis kedua. Periksa kandung kemih. Jika ternyata penuh, gunakan teknik aseptik untuk memasukkan kateter Nelaton disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Ulangi kembali penegangan tali pusat dan tekanan dorso-kranial seperti yang diuraikan di atas. Apabila tersedia akses dan mullah menjangkau fasilitas kesehatan rujukan maka nasehati keluarga bahwa mungkin ibu perlu dirujuk apabila plasenta belum lahir setelah 30 menit bay] lahir. Pada menit ke 30 coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan penegangan tali pusat untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tetap tidak lahir, rujuk segera. Tetapi apabila fasilitas kesehatan rujukan sulit dijangkau dan kemudian timbul perdarahan (lihat paragraf dibawah im) maka sebaiknya dilakukan tindakan plasenta manual. Untuk melaksanakan hal tersebut, pastikan bahwa petugas kesehatan telah terlatih dan kompeten untuk melaksanakan tindakan atau prosedur yang diperlukan (Wiknjosastro, 2008).

Jika sebeum plasenta lahir dan mendadak terjadi perdarahan, maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. Jika pasca tindakan tersebut masih terjadi perdarahan, maka lakukankompresi bimanual internal/eksternal atau kompresi aorta. Beri oksigen 10 iu dosis tambahan atau misoprostol 600 – 1000 mcg per rektal. Tunggu hingga uterus berkontraksi kuat dan

perdarahan berhenti, dan hentikan tindakan kompresi (Wiknjosastro, 2008).

4. Persalinan kala IV

Persalinan kala IV adalah dimulainya dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Tanda – tanda persalinan kala IV

- 1). *Fundus uteri* berkontraksi kuat dan berada di *umbilikus* atau dibawah *umbilikus*.
- 2). Luka robekan pada perineum membutuhkan jahitan.
- 3). Pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc.
- 4). Kandung kemih tidak penuh.
- 5). Kondisi ibu lelah, haus, ibu ingin memegang bayinya (Saifuddin, 2006).

2.2.5. Diagnosa

Diagnosa persalinan ditegakkan apabila terdapat tanda- tanda persalinan. Tiap kala – kala pada persalinan dari kala I sampai kala IV .

Tanda-tanda persalinan atau diagnosa persalinan kala I dapat ditemukan melalui :

1. Anamnesis didapat; nyeri perut sampai belakang disertai pengeluaran lendir dan darah.
2. Pada pemeriksaan fisik ; didapatkan His yang adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 menit).
3. Pada inspeksi dan pemeriksaan dalam di dapatkan pengeluaran lendir dan darah dari vagina (*bloody show*) dan adanya pembukaan lengkap.

Diagnosa persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm dan palpasi kontraksi his yang adekuat.

Diagnosa persalinan kala III adalah setelah bayi lahir secara spontan melalui vagina pada bayi tunggal cukup bulan dan bayi normal.

Diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi lain atau tidak. Tidak ada tanda- tanda kesulitan pernapasan, APGAR > 7 pada menit ke -5 , tanda – tanda vital stabil, berat badan $\geq 2,5$ kg. Selain itu ditemukan kontraksi uterus yang baik, dan merupakan mekanisme fisiologi yang menghentikan perdarahan dan pengeluaran plasenta.

Diagnosa pada kala IV ditegakkan melalui palpasi ; didapatkan tonus uterus tetap berkontraksi, posisi dibawah umbilicus. Inspeksi : perdarahan tidak berlebihan dibawah 500 cc. bila didapatkan tanda-tanda seperti di atas maka, *involuti* berjalan normal (Saifuddin, 2006).

2.2.6. Penanganan

Penanganan yang diberikan pada ibu dalam proses persalinan diberikan sesuai dengan kala – kala dalam persalinan yaitu kala I, II, III, dan IV dalam asuhan sayang ibu (Wiknjosastro, 2008).

1. Kala I

a. Pemberian cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian

ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan.

b. Mengatur Posisi (kenyamanan)

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Beritahukan pada ibu untuk tidak berbaring telentang lebih dari 10 menit.

c. Dukungan emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya.

d. Kamar mandi

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam,

atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum. Bila memang bukan gejala kala dua persalinan, maka izinkan atau perbolehkan ibu untuk ke kamar mandi.

e. Pencegahan Infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini merupakan unsur penting dalam asuhan sayang ibu. Anjurkan ibu untuk mandi pada saat awal persalinan dan pastikan ibu memakai pakaian yang bersih. Cuci tangan sesering mungkin, gunakan peralatan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan gunakan sarung tangan saat diperlukan. Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan/atau bayi baru lahir.

f. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantuan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

2. Kala II

a. Memberikan dukungan terus – menerus.

b. Mengipaskan dan *masase*.

c. Menjaga kebersihan diri.

d. Mengatur posisi ibu

1) Posisi duduk atau setengah duduk, posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.

2) Jongkok atau berdiri untuk membantu atau mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri.

3) Merangkak atau berbaring miring ke kiri.

e. Memberikan dukungan mental.

f. Menjaga kandung kemih tetap kosong.

g. Memberikan cukup minum.

h. Memimpin mengedan

i. Mengatur nafas selama persiapan.

j. Pemantauan denyut jantung bayi setelah kontraksi setiap 15 menit.

k. Melahirkan bayi :

Letakkan tangan kiri ke kepala bayi agar defekasi tidak terlalu cepat, menahan perineum dengan tangan kanan dengan memakai duk steril, mengusap muka bayi. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi, Lalu membiarkan kepala mengadakan putaran paksi luar. Melahirkan bahu dan anggota badan seluruhnya, dengan cara kepala dipegang secara biparietal, lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan lakukan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu dilahirkan, tangan kanan menyanggah bahu dan tangan kiri menyusuri punggung sampai pergelangan kaki bayi dan mencekap pergelangan kaki bayi maka lahirlah tubuh bayi seluruhnya.

l. Merangsang bayi dan Nilai Apgar dalam 30 detik pertama.

3. Kala III

- a. Segera jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b. Melakukan palpasi pada fundus uteri untuk menentukan adanya anak kedua.
- c. Memberikan oksitosin 10 UI IM.
 - 1) Oksitosin diberikan 1 menit setelah bayi dilahirkan.
 - 2) Oksitosin 10 UI IM dapat diulang setelah 15 menit jika plasenta masih belum lahir.
 - 3) Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting susu ibu atau berikan asi pada bayi agar menghasilkan oksitosin alamiah.

d. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).

1) Satu tangan diletakkan pada *korpus uteri* tepat diatas symphisis.

Selama kontraksi tangan mendorong *korpus uteri* dengan gerakan dorso cranial ke arah belakang dan kearah ibu.

2) Tangan yang satu memegang tali pusat dan melakukan tarikan

tali pusat $\pm 5 - 10$ cm didepan vulva yang terus- menerus dengan tegangan yang sama (PTT). Ulangi Langkah-langkah PTT pada setiap kontraksi sampai plasenta terlepas. Begitu plasenta terlepas keluar dari jalan lahir dengan gerakan ke bawah dan ke atas sesuai jalan lahir. Kedua tangan menangkap plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk melahirkan selaput ketuban.

3) *Masase fundus* agar menimbulkan kontraksi.

4. Kala IV

a. Observasi kesadaran umum dan tanda-tanda vital serta pengeluaran pervaginam tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.

b. Periksa *fundus*, *kontraksi uterus*, perdarahan dan *masase* (15 menit pada jam I dan 30 menit pada jam II).

c. Anjurkan ibu makan dan minum.

d. Bersihkan ibu dan kenakan pakaian.

e. Istirahatkan ibu.

f. Meningkatkan hubungan ibu dan bayi.

g. Anjurkan ibu menyusui bayinya.

- h. Menolong ibu ke kamar mandi.
- i. Mengajari ibu dan anggota keluarga untuk memeriksa fundus agar menimbulkan kontraksi dan tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Wiknjosatro, 2008).

2.3. Manajemen Kebidanan

2.3.1. Definisi

Menurut Varney, 1997 dalam Saminen (2010), Manajemen kebidanan adalah suatu metode atau pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh bidan dalam pemberian pelayanan asuhan kebidanan dengan menggunakan teknik observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

2.3.2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko – resiko yang terjadi selama proses persalinan (Saminem, 2010).

2.3.3. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen asuhan kebidanan terdiri dari tujuh tahap yang berurutan secara periodik disaring ulang, mulai dengan pengumpulan data dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh tahap tersebut (Saminem, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan berupa :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- 3) Meninjau catatan terbaru catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Dirumuskan diagnosa yang spesifik, masalah psikososial berkaitan dengan hal – hal yang sedang dialami wanita tersebut. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup kebidanan dan memenuhi “standar klatur (tata nama)” diagnosa kebidanan.

3. Langkah III : Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting untuk mengantisipasi masalah potensial agar tidak terjadi kalau dimungkinkan dan bersiap – siap menghadapi bila diagnosa potensial ini benar- benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV : Menentukan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini dilakukan penetapan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau untuk melakukan konsultasi, kolaborasi berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Menggambarkan sifat manajemen secara terus menerus, tidak hanya pemberian pelayanan dasar pada kunjungan antenatal secara periodik tetapi juga pada saat bidan berada bersama klien misalnya pada saat persalinan.

5. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data yang kurang lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau tiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dan juga kerangka pedoman. Antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya. Apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio – cultural, ekonomi, atau psikologi.

6. Langkah VI : Pelaksanaan Rencana Asuhan

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan, pelaksanaan asuhan ini sebagian dilaksanakan oleh Bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan yang lain. Walaupun

bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bila perlu berkolaborasi dengan Dokter, manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya, serta masa asuhan. kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefisien asuhan yang diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif.

Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif. Melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang menjelaskan proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan (7) langkah ini dapat diaplikasikan/diterapkan dalam setiap situasi untuk mendokumentasikan/pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk “ SOAP “ (Saminem, 2010).

2.3.4. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas 1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001 dalam Muslihatun dkk (2009) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009).

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesis*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan

diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. A (*Assessment*)

A (Analysis/Assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

4. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu.

Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *Planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation*/evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN DAN TINJAUAN KASUS

3.1. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

3.1.1. Analisa Tipe dan Karakteristik

RSUD Abepura tipe C dengan peraturan daerah No. 8 tahun 1998 oleh menteri dalam negeri dengan SK. No. 78 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di UU dengan gambaran daerah provinsi Dati I Irlja No. 162 tanggal 16 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu RS, maka di usul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu RS milik pernerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang non komersial, RSUD Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang, rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan pertinatologi meliputi : ruang ICU, VIP dan ruangan kelas.

Tercapai kriteria sebagai RS tipe C dapat dilihat dah beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

3.1.2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1. Struktur organisasi

- a. Direktur
- b. Seksi keperawatan

- c. Seksi pelayanan
- d. Sub bagian
- e. Sub seksi
- f. Urusan
- g. Instansi kebidanan
- h. Komite medis dan staf medis fungsional

2. Ketenagaan

a. Medis

Terdiri dari Dokter umum sebanyak 31 orang, Dokter spesialis sebanyak 12 orang dan Dokter gigi sebanyak 3 orang

b. Paramedis

Jumlah paramedis sebanyak 16 orang terbagi atas perawat sebanyak 93 orang, bidan 18 orang, gizi 18 orang, Kesehatan lingkungan, 9 orang, Analisis 8 orang radiologi, 4 orang, farmasi 5 orang, fisioterapi 4 orang, dan anastesi 1 orang.

c. Non Medis

Sebanyak 2 orang terbagi atas SMA 1 orang dan rekam medis 1 orang.

3. Wewenang dan tanggung jawab

a. Tugas pokok

Rumah sakit umum daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

b. Fungsi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- 2) Menyelenggarakan pelayanan medis
- 3) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- 4) Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- 5) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- 6) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- 7) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

3.1.3. Gambaran Umum Ruangan Bersalin

Ruangan bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun fisiologi ginekologi.

1. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruangan bersalin
 - a. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
 - b. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruangan bersalin
 - c. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin
 - d. Membuat program kerja tahunan
 - e. Kepala ruangan bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
2. Instansi di bagi ke dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin. Ruang bersalin terdiri dari
 - a. Kamar bersalin (VK)
 - b. Ruang nifas : ruang pre operasi dan post operasi masing - masing ada penanggung jawab ruangan

3. Ruangan bersalin memiliki 5 kamar rawat inap yang terdiri dari

- a. Kamar kelas I dua buah dengan dua tempat tidur
- b. Kamar kelas II satu buah dengan dua tempat tidur
- c. Kamar kelas III dua buah dengan 14 tempat tidur
- d. Kamar VIP satu buah dengan satu tempat tidur
- e. Kamar isolasi satu buah dengan satu tempat tidur

4. Jumlah tenaga dokter

a. Tenaga dokter

- 1) Dokter spesialis kebidanan : 2 orang
- 2) Dokter umum : 2 orang

b. Tenaga bidan

Tenaga bidan keseluruhan 18 orang terdiri dari

- 1) D - III Kebidanan : 13 orang
- 2) Bidan A/C : 5 orang

5. Tugas dan Tanggung Jawab

Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing ruangan (Vk dan Nifas)

a. Ruangan VK (kamar bersalin)

- 1) Menerima pasien baru yang akan bersalin (*inpartu*) baik fisiologi maupun patologi
- 2) Melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu *inpartu* dengan melakukan anamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pemeriksaan obstetric, konsultasi dengan dokter obgin dan tenaga kesehatan lainnya.

b. Ruangan Nifas/rawat gabung

- 1) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu post partum, baik yang fisiologi maupun patologi
- 2) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan gangguan kehamilan, dan ibu hamil yang menderita suatu penyakit.

6. Fasilitas pelayanan diruangan bersalin Abepura, terdiri dari :

Alat - alat medis dan non medis, seperti oksigen, alat - alat infus dan cairan, protap, alat USG, dopler, nedel air.

Alat - alat maupun obat - obatan sesuai dengan ruangan bersalin, namun sesuai dengan pemantauan yang dilakukan, fasilitas yang disediakan cukup memadai.

3.2. TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA *INTRANATAL*
PADA NY “D. R” DENGAN *KETUBAN* PECAH DINI
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA

Tanggal /jam Pengkajian : 30 – 04 – 2011 Jam 06.00 WIT

Tempat : Ruang bersalin Abepura

Diagnosis Medis : Ibu *Inpartu* Kala I, Fase Laten dengan *Ketuban*
Pecah Dini

Oleh : Ramayana Butar - Butar

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA DASAR

A. Data subjektif

1. Biodata

Nama klien : Ny. D. R	Suami : Tn. S
Umur : 30 tahun	Umur : 40 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : D2	Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Guru Kontrak	Pekerjaan : Swasta
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Nikah ke : I	Nikah : I
Lama nikah : 9 tahun	Lama Nikah : 9 tahun
Alamat : Perumnas IIII	Alamat : Perumnas III

—

4

2

P3

[illegible]

e. Riwayat Keluarga Berencana : Tidak pernah

f. Riwayat Reproduksi

- 1) *Menarche* : 13 tahun
- 2) Siklus *Haid* : 28 Hari
- 3) Durasi *Haid* : 5 Hari
- 4) Banyaknya : 2x Ganti Doek
- 5) Sifat darah *haid* : Encer
- 6) Bau/warna : Amis/Merah
- 7) Gangguan Waktu Hamil : Tidak ada

g. Riwayat Kesehatan Lalu

- 1) Penyakit waktu anak-anak : Malaria
- 2) Riwayat Opname : Tidak Pernah
- 3) Riwayat Pembedahan : Tidak Pernah
- 4) Penyakit Serius Saat ini : Tidak Pernah

h. Riwayat Penyakit Kelurga

- 1) Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
- 2) Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada
- 3) Riwayat keturunan dalam keluarga : Tidak ada
- 4) Riwayat keluarga yang meninggal : Tidak ada
- 5) Riwayat persalinan kembar : Tidak ada

i. Keadaan Psikologis

- 1) Klien : Ibu merasa cemas sehubungan dengan adanya pengeluaran air-air melalui jalan lahir.
- 2) Suami : Cemas melihat keadaan isteri

3) Keluarga : Merasa kuatir akan kondisi ibu dan bayinya

j. Latar Belakang Sosial Budaya

Ibu dan Suami berasal dari suku yang sama dan sudah lama menetap di Jayapura, mereka masih memegang teguh adat dan istiadat daerah mereka.

k. Dukungan Dari Keluarga

Kedua keluarga sangat mendukung akan kehidupan rumah tangga mereka dan mengharapkan ibu dapat melahirkan dengan selamat.

l. Keadaan Sosial Ekonomi :

Suami bekerja sebagai Swasta penghasilan mereka cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

m. Masalah-masalah selama Kehamilan sekarang

Trimester I	: Mual muntah dan sakit kepala
Trimester II	: Tidak ada
Trimester III	: Sakit Kepala

n. Riwayat Aktivitas Sehari-hari

No	Kegiatan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1	Nutrisi Pola makan Frekwensi makan Nafsu makan Makanan kesukaan Makanan Pantangan Jumlah Minum	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 gelas/hari	Teratur 3x sehari Baik Semua dimakan Tidak ada 6 gelas/hari
2	Kebiasaan yang mempengaruhi : Merokok Obat penenang Minuman keras Jamu	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah
3	Eliminasi BAB Frekwensi Bau/warna Kosistensi Gangguan BAK Frekwensi Bau/warna Gangguan	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 2-4 / sehari Amoniak/kuning Tidak ada	1x sehari Busuk/kecoklatan Lunak Tidak ada 2-4 / sehari Amoniak/kuning Tidak ada
4	Pola tidur dan istirahat Tidur siang Tidur malam	1-2 jam 6-7 jam	Tidak teratur 6 jam
5	Olah raga dan rekreasi Olah raga Rekreasi	Tidak pernah Jarang	Tidak pernah Jarang
6	Hygiene Peorangan Frekwensi mandi Pakai sabun Dikeringkan dengan handuk Frekwensi sikat gigi Sikat gigi dengan odol Frekwensi cuci rambut Pakai shampo Gunting kuku Ganti pakaian dalam	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya Ya Ya	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya Ya Ya
7	Pekerjaan Tambahan	Tidak ada	Tidak ada

B. Data Objektif**1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Keadaan emosi : Stabil
- d. Berat badan : 64 kg
- e. Tinggi badan : 158 cm
- f. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 84 x/menit
 - Respirasi : 24 x/menit
 - Suhu badan : 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala
 - 1) Rambut : Lurus, tidak teraba benjolan
 - 2) Warna : Hitam
 - 3) Kebersihan : Baik
- b. Wajah
 - 1) Inspeksi : Tampak kesakitan
 - 2) Oedem : Tidak ada
 - 3) Cloasma gravidrum : Ada
- c. Mata
 - 1) Konjungtiva : Tidak pucat
 - 2) Sklera : Tidak ikterik
 - 3) Penglihatan : Jelas

d. Hidung

- 1) Pengeluaran cairan : Tidak ada
- 2) Kebersihan : Baik

e. Mulut/gigi

- 1) *Stomatitis* : Tidak ada
- 2) Lidah : Bersih
- 3) *Mukosa* mulut : Lembab
- 4) *Caries* : Tidak ada
- 5) Kebersihan : Baik

f. Leher

- 1) Pembesaran kelenjar *thyroid* : Tidak teraba
- 2) Pembesaran kelenjar *limfe* : Tidak teraba

g. Dada dan paru

1) Inpeksi

- a) Bentuk dada : Kiri dan kanan simetris
- b) Pergerakan dada : *Inspirasi* dan *ekspirasi* normal
- c) Massa : Tidak ada
- d) Frekwensi napas : 24 x/menit
- e) Jenis Pernafasan : Pernafasan dada

- 2) Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

h. Jantung

- Inspeksi : Tidak dapat dilakukan
- Auskultasi : Irama teratur

i. Payudara

1) Inspeksi

- a) Kulit Tegang : Ya
- b) Membesar : Ya
- c) *Hyperpigmentasi areola* : Ya
- d) Puting susu kiri/kanan : Menonjol
- e) Kebersihan *puting* : Baik

2) Palpasi

- a) Pengeluaran *colostrum* : Ada kanan dan kiri
- b) Pembesaran pada kelenjar aksila : Tidak ada

j. Abdomen

- 1) Perut : Membesar sesuai usia kehamilan
- 2) *Striae* : Ada, *albicans*
- 3) Keadaan Perut : Baik
- 4) Bekas Operasi : Tidak ada

k. *Vulva/Vagina*

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) *Flour Albus* : Tidak ada
- 3) *Verices* : Tidak ada
- 4) Pengeluaran : Tidak ada

l. Tungkai Bawah

- 1) *Oedema* : Tidak ada
- 2) *Varices* : Tidak ada

3. Pemeriksaan *Obstetrik*

a. Palpasi secara *Leopold*

- 1) *Leopold I* : TFU 3 jari bawah px (32 cm) bagian *fundus* teraba bokong
- 2) *Leopold* : Letak memanjang (punggung kanan)
- 3) *Leopold III* : Bagian terbawah teraba kepala dan kepala sudah masuk PAP
- 4) *Leopold IV* : Masuknya kepala 4/5 bagian

b. *His*

- 1) Frekwensi : 2x dalam 10 menit
- 2) Durasi : 20 detik
- 3) Kekuatan : Tidak teratur (lemah)
- 4) Relaksasi : Baik
- 5) Gerakan *janin* : Kuat

c. Tafsiran Berat Janin : 3255 grm

(Rumus Johnson – Tausak : $BB = (MD - 12) \times 155$).

d. *Auskultasi*

- 1) Denyut jantung *janin* : Ada
- 2) Frekwensi : 134x/menit
- 3) Irama : Teratur, kuat

e. Perkusi

Reflex *patella* : Positif kanan dan kiri

f. Pemeriksaan Dalam I (atas instruksi dokter)

Tanggal 30 April 2011 Jam : 06.00 wit

- 1) *Vulva/Vagina* : Tidak ada kelainan
- 2) *Portio* : Lunak, arah depan
- 3) Pembukaan : 3 cm
- 4) *Ketuban* : Negatif sudah pecah (merembes)
- 5) Presentasi : Kepala
- 6) Petunjuk : UUK kiri depan
- 7) Penurunan : 4/5

g. Nilai panggul

- a) *Inlet* : Tidak dapat diukur
- b) *Mid pelvis* : Dinding samping lurus Spina Isciadika
teraba tumpul. Diameter interspinarum
10,5 – 11 cm, sakrum konkaf
- c) *Out let* : Arkus pubis $> 90^{\circ}$
- d) Kesan panggul : Luas
- e) ICP : Baik

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

1) Urine

Protein : Negatif (-)

Reduksi : Negatif (-)

2) Darah

Golongan darah : "B"

DDR	: Negatif (-)
Hb	: 10,2 gr%
Leukosit	: 7.000 mm ³
b. Rontgen	: Tidak dilakukan
c. USG	: Tidak dilakukan
d. Tes lakmus	: Tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa :

Ibu : umur 30 tahun G V P I A III, umur kehamilan 39 minggu,
inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini (KPD) 7 jam

Bayi : *Intra uterine*, tunggal, hidup, presentasi kepala, penurunan 4/5
 Normal

Dasar :

Data Subjektif

- Ibu mengatakan keluar air-air dari jalan lahir jam 03.00 WIT
- Rasa sakit diatas symphysis sampai tulang belakang
- Ibu mengatakan hamil anak kelima, pernah keguguran tiga kali
- Ibu mengatakan gerakan janin dirasakan sejak hamil 4 bulan, 30 – 04 – 2011 jam 05.00 Wit
- Ibu mengatakan kehamilan yang ke V
- HPHT : ? – 07 – 2010 TP : ? – 04 – 2011

Data Objektif :

- Keadaan umum ibu : Baik
- Kesadaran : Compos mentis

c. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- 2) Nadi : 80x/menit
- 3) Respirasi : 24 x/menit
- 4) Suhu Badan : SB 37°C

d. Palpasi

- 1) Leopold I : Tinggi fundus uteri 32 cm
- 2) Leopold II : Letak memnjang punggung kanan
- 3) Leopold III : Letak kepala teraba bulat, keras, melenting
- 4) Leopold IV : 4/5 (Hodge I)

e. Auskultasi : Denyut jantung janin 134 x/menit, kuat dan teratur

f. Tafsiran berat janin : 3255 grm

g. Pemeriksaan dalam Jam. 06.00 wit

- a. *Vulva/vagina* : Tidak ada kelainan
- b. *Portio* : Lunak
- c. *Ketuban* : Negatif (-)
- d. Pembukaan : 3 cm
- e. Bagian Terendah : Kepala
- f. Petunjuk : Ubun – ubun kecil kiri depan
- g. Penurunan : 4/5

h. Ibu tampak kesakitan

i. His (+) tidak teratur setiap 2 x 10 menit, kuat

- j. Tampak keluar air ketuban merembes melalui jalan lahir
- k. Ibu tampak gelisah karena air ketuban yang merembes terus.

Masalah :

1. Keluarnya air *ketuban* yang banyak sedangkan waktu untuk bersalin masih lama.

Dasar : Pada pemeriksaan dalam, ketuban merembes

2. Ibu cemas sehubungan ada pengeluaran air-air melalui jalan lahir.

Dasar : Ibu tampak gelisah, karena keluar air-air terus menerus

3. Ibu kurang memahami *ketuban* pecah dini (KPD)

Dasar : Ibu baru pertama kali mengalami kehamilan dengan KPD

Kebutuhan :

1. Mengurangi Aktivitas Ibu

Dasar : Aktivitas yang banyak dapat mengakibatkan air *ketuban* kering

2. Memberi informasi yang benar tentang kondisi ibu saat ini serta tindakan yang dilakukan untuk menolong klien.

Dasar : Membantu klien untuk dapat mengurangi rasa cemas dan menenangkan klien sehingga dapat bekerja sama dengan petugas.

3. Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dengan cara perawatan personal hygiene/vulva hygiene.

Dasar : Dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dapat membantu ibu untuk beristirahat dengan baik.

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Resiko terjadi gawat *janin*

Dasar : Berkurangnya air *ketuban*

2. Resiko terjadi infeksi terjadi intra partum dan nifas

Dasar : *Ketuban* pecah sudah 7 jam

3. Resiko terjadi partus lama

Dasar : Ibu tampak lelah dan lemah, keluar air *ketuban* terus menerus.

4. Resiko terjadi tali pusat menumbung

Dasar : *ketuban* merembes dengan waktu persalinan masih lama

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

1. Konsultasi dokter *Obgin* Oleh Dr. Darma Banjarnahor

- a. Pemberian *Anti biotic Cefotaxim* 2 gram/iv

- b. Induksi Persalinan ;

- 1) Ivfd : *D5%* 500 ml dan *oxytosin* 5 ui tetesan mulai 8 tetes/menit

- 2) Setiap 15 menit dinaikkan 4 tetes dan dipertahankan max. 40 tetes/menit.

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Atur posisi tidur pasien

Rasional : Dengan mengatur tidur pasien dapat mencegah hipoksia intra uterin

2. Anjurkan ibu bedrest total di tempat tidur

Rasional : untuk mengurangi pengeluaran cairan amnion *ketuban* yang banyak.

3. Observasi keadaan umum, kesadaran, TTV tiap 1 jam, His tiap 30 menit dan BJA tiap 15 menit.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan bayi

4. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi

Rasional : Dengan memberikan nutrisi dan hidrasi dapat menambah tenaga ibu.

5. Kontrol kandung kemih

Rasional : Dengan kandung kemih kosong dapat mempercepat penurunan kepala janin

6. Pemenuhan rasa aman ibu

Rasional : Dengan memberikan rasa aman pada ibu dapat mengatasi kecemasan sehingga dapat menghadapi persalinan yang baik.

7. Kalaborasi dengan dokter untuk induksi persalinan dengan *oksitosin*.

Rasional : Agar mempercepat kemajuan persalinan, sehingga persalinan dapat berlangsung tepat waktu.

8. Pasang infus D5% 1 kolf dengan kecepatan 20 tetes/menit

Rasional : Ibu dengan ketuban pecah dini bila bayi tidak segera dilahirkan, dapat terjadi komplikasi seperti partus lama infeksi sehingga perlu pemberian cairan infus agar mempermudah dalam pemberian tindakan induksi persalinan dan antibiotik

9. Pantau kecepatan tetesan cairan infus

Rasional : Agar kecepatan tetesan infus sesuai dengan advis dokter

10. Lakukan skintest sebelum dilakukan injeksi *antibiotik*

Rasional : Untuk mengetahui apakah ada alergi atau tidak

11. Pemberian antibiotik sesuai advis dokter

Rasional : Untuk mencegah terjadinya amnionitis atau infeksi intrapartum, baik pada ibu maupun pada janin.

12. Dampingi klien dengan orang terdekat.

Rasional : Agar dapat memberikan suport atau dukungan emosional pada ibu.

13. Pantau kemajuan persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam apabila ada indikasi dan instruksi dokter

Rasional : Untuk mengetahui kemajuan persalinan

14. Evaluasi pengeluaran vagina

Rasional : Untuk mengamati kemajuan persalinan dan pengeluaran *pervaginam*.

15. Berikan Suport/mental dan informasi tentang persalinan dan kondisi pasien.

Rasional : Dengan memberikan informasi kondisi pasien ibu dapat mengetahui keadaannya.

16. Mengajarkan teknik pernafasan

Rasional : Agar ibu dapat mengatur pernafasan saat mencedan, sehingga ibu tidak kekurangan *oksigen*.

17. Siapkan alat-alat partus set dan obat-obatan

Rasional : Agar dapat memudahkan saat menolong persalinan, sehingga mempermudah melakukan tindakan.

18. Siapkan pakaian bayi dan ibu

Rasional : Untuk mengganti pakaian ibu yang kena kotoran dan cairan darah saat persalinan.

19. Naikkan partograf tiap 4 jam

Rasional : Untuk memantau kemajuan persalinan dan pengambil keputusan.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 30 April 2011

Jam : 08.35 WIT

1. Mengatur posisi tidur pasien miring kiri
2. Menganjurkan ibu untuk bedrest ditempat tidur/tidak melakukan aktivitas/jalan-jalan.
3. Melakukan Observasi KU, kesadaran, TTV tiap 1 jam, *his* tiap 30 menit dan Bunyi Jantung *Janin* tiap 15 menit
4. Memberikan ibu makan dan minum
5. Memantau kandung kemih dan menganjurkan ibu BAK tiap 2-3 jam dengan memberikan pot setiap kali BAB atau BAK
6. Memberikan rasa nyaman pada ibu dengan membersihkan daerah perut sampai bokong, menggantikan kain basah dengan yang kering bersih, memberikan alas kain pada bokong.
7. Jam 10.00 wit, konsul dokter, pemberian *induksi* persalinan dengan *oksitosin* 5 U_i dengan kecepatan 8 tetes/menit, dinaikkan tiap 15 menit 4 tetes sampai *His* adekuat (maksimal 40 tetes/menit.
8. Jam 10.30 wit, memasang infus D5% dengan kecepatan 20 tetes/menit
9. Memantau kecepatan tetesan infus
10. Jam.10.05 wit Melakukan skin tes (dibawah kulit) obat *anti biotic* (*cefotaxim*) observasi hasil skin tes selama 15 menit. Alergi atau tidak alergi.
11. Jam.10.30 wit Memberikan suntikan (*cefotaxim*) 1 gr/(IV).

7. Infus *D5% + oxytosin* 5 ui drip dengan kecepatan 20 tetes/menit dan dipertahankan karena *His* sudah adekuat.
8. Skin tes hasil (-), injeksi *cefotaxim* 1 gr /IV sudah diberikan
9. Ibu didampingi oleh keluarga (mama)
10. Mengisi patograf sesuai tanda kemajuan persalinan
11. Air *ketuban* masih merembes, bau amis, warna putih keruh serta pengeluaran lendir dan darah.
12. Pemeriksaan dalam kedua Jam. 10.00 wit
 - a. *Vulva vagina* : Tidak ada kelainan
 - b. *Portio* : Tipis, lunak
 - c. *Ketuban* : Merembes
 - d. Pembukaan : 8 cm
 - e. Bagian terendah : Kepala
 - f. Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
 - g. Penurunan : 2/5

12. Mendampingi klien dengan orang terdekat.
13. Memantau kemajuan persalinan dengan pemeriksaan dalam tiap 4 jam
14. Mengobservasi pengeluaran *pervagina*.
15. Memberikan Suport/mental dan informasi tentang persalinan dan kondisi pasien.
16. Mengajarkan pada ibu teknik pernafasan dengan menarik nafas panjang saat ada *His* dan menghembuskannya perlahan-lahan.
17. Menyiapkan alat-alat partus set dan obat-obatan
18. Menyiapkan pakaian bayi dan ibu
19. Menaikan hasil partograf

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 30 April 2011

Jam : 10.00 WIT

1. Ibu dapat tidur miring kiri dan bedrest total ditempat tidur
2. Keadaan umum : Baik
3. Kesadaran : Compos mentis
4. Tanda-tanda vital :
 - a. Tekanan Darah : 100/70 mmHg
 - b. Nadi : 84 x/menit
 - c. Respirasi : 24 x/menit
 - d. Suhu badan : 36,5°C
5. *His* kuat teratur 3 X 10 menit lamanya 40 detik, relaksasi baik BJA 136 x/m
6. Ibu BAK spontan 1 kali

ASUHAN KEBIDANAN KALA II PERSALINAN

Tanggal/Jam : 30 April 2011 Jam : 13.35 wit

S (SUBJEKTIF) :

1. Ibu ingin mendedan
2. Ibu merasa ingin BAB
3. Ibu merasa sakit semakin kuat dan sering
4. Ibu merasa lemah dan lelah

O (OBJEKTIF) :

1. *Vulva* dan *Anus* membuka
2. *Perineum* meregang
3. *His* setiap 2 menit 1 X kuat dan teratur lamanya 50 -55 detik
4. *Bja* 144 x/m
5. Pergerakan anak (+)
6. Anak tunggal hidup
7. Ibu ingin mendedan
8. Ibu merasa lemah karena bila ada *His* ibu gelisah
9. Hasil Pemeriksaan Dalam jam 13.35 WIT atas instruksi dokter
 - h. *Vulva vagina* : Tidak ada kelainan
 - i. *Portio* : Tidak teraba
 - j. *Ketuban* : Merembes
 - k. Pembukaan : 10 cm
 - l. Bagian terendah : Kepala
 - m. Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
 - n. Penurunan : 1/5

A (ASESSMENT)

1. Diagnosa

Ibu umur 30 tahun, G V P I AIII, hamil 39 minggu partus kala II dengan

Ketuban Pecah Dini

Janin Intra uteri tunggal hidup presentasi kepala, penurunan 1/5, normal

DS :

- a. Ibu merasa ingin BAB
- b. Ibu merasa sakit belakang dan perut bawah semakin kuat dan sering
- c. Ibu merasa lelah dan lemah
- d. Ibu ingin mendedan

DO :

- a. *Vulva* dan Anus membuka
- b. *Perineum* meregang
- c. *His* setiap 2 menit 1 X kuat dan teratur lamanya 50 -55 detik
- d. *Bja* = 144 x/m
- e. Pergerakan anak (+)
- f. Anak tunggal hidup
- g. Ibu ingin mendedan
- h. Ibu merasa lemah karena bila ada *His* ibu gelisah terus
- i. Hasil Pemeriksaan dalam jam 13.35 WIT

1) *Vulva vagina* : Tidak ada kelainan

2) *Portio* : Tidak teraba

3) *Ketuban* : Merembes

4) Pembukaan : 10 cm

- 5) Bagian terendah : Kepala
- 6) Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan
- 7) Penurunan : Hodge III / IV

2. Masalah Potensial

- a. Resiko terjadi *partus* lama

Dasar : Ibu tampak lemah dan lelah

- b. Resiko terjadinya *aspiksia* bayi baru lahir

Dasar : KPD > 10 jam

3. Tindakan Segera

- a. Pimpin mendedan
- b. Kolaborasi dengan petugas *perinatologi*

P (PLANNING) :

Tanggal : 30 April 2011 Jam. 13.35 wit

- 1. Melakukan observasi TTV tiap 30 menit

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Tanda – tanda vital
 - 1) Tekanan Darah : 110/70 mmHg
 - 2) Nadi : 88 x/menit
 - 3) Respirasi : 24 x/menit
 - 4) Suhu Badan : 36°C

- 2. Melakukan observasi *kontraksi uterus* dan DJJ tiap 15 menit

Kontraksi uterus : 4 x dalam 10 menit

Durasi : 55-60 detik

Denyut jantung janin : 144 x/menit, kuat dan teratur

3. Alat-alat partus set dan obat-obatan didekatkan pada ibu
4. Persiapan penolong (memakai topi, masker, celemek, sepatu bot, lalu mencuci tangan dan memakai handscun)
5. Memberikan informasi pada ibu tentang kemajuan persalinan
6. Mengatur posisi pasien setengah duduk
7. Memastikan pembukaan lengkap dengan melakukan pemeriksaan dalam.

Hasilnya : <i>Vulva vagina</i>	: Tidak ada kelainan
<i>Portio</i>	: Tidak teraba
<i>Ketuban</i>	: negative (-)
Pembukaan	: 10 cm
Bagian terendah	: Kepala
Petunjuk	: Ubun-ubun kecil kiri depan
Penurunan	: 0/5

8. Memantau kecepatan tetesan cairan infus. Cairan infus D5% drip oksitosin 5 unit masih terpasang dengan kecepatan 20 tetes/menit
9. Menghadirkan orang terdekat. Ibu ditemani keluarga (mama)
10. Menutup perut ibu dengan kain dan alas underpet dibawah bokong ibu.
11. Mengajarkan Ibu teknik mengedan yang baik.
12. Melakukan penahanan perineum pada saat ada His hingga kepala bayi lahir. Jam 13.45 wit Nampak kepala janin divulva dengan diameter 5-6 cm.
13. Jam 13.45 wit kepala bayi ekspulsi dan mengusap muka bayi saat melakukan putaran ekspulsi
14. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi. Lilitan ada, segera dilonggarkan

15. Membiarkan kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
16. Mencekap kepala bayi secara biparietal untuk melahirkan bahu depan dan bahu belakang. Kepala dipegang secara biparietal dengan lembut ditarik kebawah untuk melahirkan bahu depan dan dengan lembut ditarik kearah atas untuk melahirkan bahu belakang.
17. Melahirkan badan bayi dengan cara sanggah susur yaitu tangan kanan mencekap leher dan bahu bayi dan tangan kiri menelusuri punggung, trochanter, paha, betis, pergelangan lalu mencekap kedua mata kaki bayi, maka lahirlah seluruh tubuh bayi diatas tangan penolong. Jam 13.45 wit bayi lahir secara spontan segera menangis dengan letak belakang kepala.
18. Tali pusat diklem 3 cm dari pangkal pusat dan 2 cm dari klem 1 dan digunting lalu dipotong, setelah itu bayi dikeringkan dan dibungkus
19. Memberikan bayi pada petugas *perinatologi*

ASUHAN KEBIDANAN KALA III

Tanggal 30 April 2011 Jam. 13.46 wit

S (SUBJEKTIF) :

1. Ibu mengatakan perut terasa mules
2. Plasenta belum lahir
3. Ibu mengeluh badan terasa lemas

O (OBJEKTIF) :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda-tanda vital.
 - a. Tekanan darah : 110/80 mmHg
 - b. Nadi : 80 x/menit
 - c. Respirasi : 22 x/menit
 - d. Suhu Badan : 36,5°C
4. Palpasi :
 - a. Tinggi fundus uteri 1 jari atas pusat
 - b. Kontraksi uterus baik
5. Plasenta belum lahir
6. Test pelepasan plasenta secara Kutsner : Plasenta belum lepas
7. Kandung kemih : Kosong
8. Perdarahan : $\pm$ 100 cc

A (ASSESSMENT)

Tanggal 30 – 04 – 2011

Jam : 13.45 Wit

1. Diagnosa kebidanan : P1II A0 Partus kala III normal dengan KPD

Dasar :

Data Subjektif : Ibu mengeluh perut terasa sakit

Ibu merasa ingin mencedan lagi

Data Objektif :

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah : 110/80 mmHg

2) Nadi : 80 x/menit

3) Respirasi : 22 x/menit

4) Suhu badan : 36,5°C

c. Palpasi : Tinggi *fundus uteri* 1 jari atas pusat
kontraksi *uterus* baik

d. Kandung kemih : Kosong

2. Masalah potensial

a. Resiko terjadinya *rentensio plasenta*

b. Potensial terjadi perdarahan

Dasar : *Plasenta* belum lahir

3. Tindakan segera

Pemberian *oksitosin* 10 unit secara *Intramuscular*, bila belum lahir dapat diberikan lagi dengan dosis yang sama.

P (PLANNING) :

Tanggal 30 April 2011 Jam. 13.46 wit

1. Memeriksa *fundus uteri* untuk memastikan bahwa *janin* tunggal
 Hasilnya : *Janin* tunggal
2. Memberitahu ibu akan disuntik
3. Memberikan suntikan *oksitosin* 10 unit secara IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
4. Melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali saat ada kontraksi
 - a. Tangan kanan memegang tali pusat 5-10 cm di depan *vulva* dan tangan kiri menekan *sympisis* kearah *fundus*
 - b. *Plasenta* ditangkap dengan kedua tangan, pada saat *plasenta* nampak di *vulva*, lalu diputar searah jarum jam, maka lahirlah *plasenta* lengkap dengan selaputnya.
5. Melakukan *massase* selama 15 detik pada *fundus uteri* segera setelah *plasenta* lahir, hasil *kontraksi uterus* baik
6. Memeriksa kelengkapan *plasenta*, *selaput*, dan *kotiledonnya*. Hasil jam 14.00 Wit
 - a. Berat *plasenta* : ± 500 gr
 - b. Diameter : 19 x 18 x 2 CM
 - c. Penanaman tali pusat : *Centralis*
 - d. Panjang tali pusat : ± 50 CM
 - e. *Insertio* : *Lateralis*
 - f. Kelainan : Tidak ada
 - g. Tebal : 1 cm
7. Memeriksa robekan jalan lahir setelah *plasenta* lahir
 Hasil : Adanya *ruptur perineum* tingkat II
8. Mengukur perdarahan, hasil perdarahan 150 cc

9. Memeriksa *kontraksi uterus* dan ajarkan ibu untuk memegang *fundus* dan melakukan *massase fundus uteri*.

Palpasi fundus

- a. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat
- b. Kontraksi uterus baik
- c. Ibu sudah mengerti cara memegang *fundus uteri* dan melakukan *massase fundus uteri*.

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA IV

Tanggal 30 April 2011 Jam. 14.00 wit

S (SUBJEKTIF) :

1. Ibu mengatakan perut terasa mules
2. Ibu merasa lemas

O (OBJEKTIF) :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan darah : 100/70 Mmhg
 - b. Nadi : 84 x/menit
 - c. Respirasi : 24 x/menit
 - d. Suhu Badan : 36°C
4. Palpasi :
 - a. *Kontraksi uterus* : Baik
 - b. Tinggi *fundus uteri* : 1 jari bawah pusat
5. *Perineum* : *Ruptur perineum* tingkat II
6. Perdarahan : 150 cc
7. Masih terpasang cairan *D5% drip oksitosin* dengan kecepatan 20 tetes/menit

A (ASSESSMENT)

1. Diagnosa kebidanan :

P VI AIII, Partus kala IV dengan *ruptur perineum* tingkat II

Dasar

DS :

- a. Ibu mengatakan perut terus mules
- b. Ibu mengatakan rasa lemas dan capek
- c. Ibu mengatakan nyeri jalan lahir

DO :

- a. Keadaan Umum : Baik
 - b. Kesadaran : Compos mentis
 - c. Tanda-tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 100/70 MmHg
 - 2) Nadi : 84 x/menit
 - 3) Respirasi : 24 x/menit
 - 4) Suhu Badan : 36°C
 - d. Palpasi
 - 1) *Kontraksi uterus* : Baik
 - 2) *Tinggi fundus uteri* : 1 jari bawah pusat
 - 3) *Perineum* : *Ruptur perineum* tingkat II
 - e. Perdarahan : 150 cc
2. Masalah potensial :
- Potensial terjadinya perdarahan *post partum*
3. Tindakan segera :
- a. Hecting luka *perineum*

P (Planning) :

Tanggal : 30 April 2011

Jam : 14.05 wit

1. Menyiapkan alat-alat *hecting*
2. Menyiapkan lingkungan ibu, dengan mengalas anderpel dibawah bokong ibu
3. Penolong masih memakai alat pelindung diri (topi, masker, kaca mata celemek, sepatu boot dilepas dan diganti sarung tangan .
4. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan. Ibu mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan
5. Jam. 14.05 wit, Melakukan penjahitan *perineum* 1 cm dari puncak luka dan jahit secara jelujur pada bagian dalam dan menjahit *subcutis* pada bagian kulit luar
6. Memeriksa luka *perineum* pasca *hecting*. Luka *perineum* sudah di*hecting*
7. *Observasi* keadaan umum ,Tanda-tanda vital : TD, N, R, setiap 15 menit pada I jam pertama (SB, tiap 30 menit) dan tiap 30 menit pada jam kedua.
 - a. Keadaan umum baik
 - b. Kesadaran compos mentis
 - c. Tanda-tanda vital pada jam pertama

Jam : 14.15 Wit

- 1) Tekanan darah : 110/80 mmHg
- 2) Nadi : 82 x/menit
- 3) Respirasi : 24 x/menit
- 4) Suhu badan : 36,8°C

Jam 14.30 Wit

1) Keadaan umum ibu baik

2) Tanda - tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Jam 14.45 wit

1) Keadaan umum ibu : baik

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/90 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Jam 15.45 Wit

1) Keadaan umu ibu : Baik

2) Tanda - tanda vital

Tekanan darah : 100/80 mmHg

Nadi : 82 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

d. Observasi tanda-tanda vital jam ke dua

Jam.15.00 wit

1) Keadaan umum ibu : Baik

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 82 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu badan : 37°C

Jam 15.30 wit

1) Keadaan umum ibu : Baik

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Jam 16.00 wit

1) Keadaan umum ibu : Baik

2) Tanda - tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

8. Observasi perdarahan, Monitor *kontraksi uterus*, Tinggi *fundus uteri*, dan kandung kencing tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua *postpartum*.

Observasi pada jam I

Tanggal 30 April 2011 Jam. 14.15 wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat
- c. Perdarahan : ± 150 CC
- d. Kandung kemih : Kosong

Tanggal 30 April 2011 Jam 14.30 wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat
- c. Perdarahan : sedikit
- d. Kandung kemih : Kosong

Tanggal 30 April 2011 Jam 14.45 wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat
- c. Perdarahan : sedikit
- d. Kandung kemih : Kosong

Tanggal 30 April 2011 Jam 15.45 wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat
- c. Perdarahan : sedikit
- d. Kandung kemih : Kosong

Observasi kontraksi, perdarahan kandung kemih pada jam ke dua

Tanggal 30 April 2011 Jam 15.00 Wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat
- c. Perdarahan : 100 cc
- d. Kandung kemih : 100 cc

Tanggal 30 April 2011 Jam 15.30 Wit

- a. *Kontraksi* : Kuat
- b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat

c. Perdarahan : Sedikit

d. Kandung kemih : Kosong

Tanggal 30 April 2011 Jam 15.30 wit

a. *Kontraksi* : Kuat

b. Tinggi *fundus uteri* : 2 jari bawah pusat

c. Perdarahan : Sedikit

d. Kandung kemih : Kosong

9. Membersihkan ibu dan bantu pakaikan pakaian ibu

Ibu sudah dibersihkan dan memakai pakaian

10. Membersihkan lingkungan ibu dengan air *klorin* 0,5% dan dibilas dengan menggunakan air *desinfeksi* tingkat tinggi.

11. Memberikan kebutuhan rasa nyaman

12. Memenuhi kebutuhan nutrisi, dengan memberikan ibu makan dan minum

Ibu sudah makan nasi 1 porsi

13. Melakukan *dekontaminasi* alat-alat bekas pakai dengan merendam dalam

larutan *klorin* 0,5 % selama 10 menit dan mencuci dengan air detergent kemudian dibilas dengan air mengalir dan disterilkan

Jam 16.10 wit alat-alat sudah disterilkan

14. Memantau tetesan cairan infus, cairan D5% masih terpasang dengan kecepatan 20 tetes/menit.

15. Membuat laporan dan lengkapi partograf.

16. Jam 15.45 wit, memeriksa Hb ibu. Hasil pemeriksaan Hb. 10,2 gr%

17. Jam 17.45 wit, Ibu dipindahkan ke ruang nifas untuk perawatan selanjutnya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan tunggu 1 jam belum di mulainya tanda. Komplikasi yang sering timbul dapat menyebabkan gawat pada ibu dan janin. Asuhan kebidanan yang disusun disesuaikan dengan kondisi yang dialami ibu untuk mencegah terjadinya komplikasi tersebut.

Berdasarkan data subjektif hasil asuhan kebidanan pada Ny. D.R pada kasus *inpartu* dengan *ketuban* pecah dini yang dirawat pada ruang bersalin RSUD Abepura. Asuhan kebidanan yang disusun pada tahap pengumpulan data, dilakukan melalui : penilaian awal, meliputi anamnesa (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif) meliputi periksa pandang (inspeksi), periksa raba/palpasi dan perkusi, pengukuran tanda-tanda vital dan pengumpulan data penunjang (laboratorium) dengan lama kala I : 7 jam, kala II : 1 jam 30 menit, kala III : 15 menit dan sesuai dengan teori pembukaan kala 1 fase laten walaupun ada indikasi ketuban pecah dini. Menurut teori pemeriksaan ketuban pecah dini menggunakan tes lakmus tetapi dilahan praktek tidak dilakukan berarti ada kesenjangan.

Pada pemeriksaan lengkap : anamnese didapatkan Ny. D. R umur 30 tahun, G V, PI, AIII, masuk dengan keluhan nyeri melingkar sampai dipinggang, keluar air-air berwarna putih jernih sejak tanggal 30 April 2011, jam 03.00 wit. Ibu ke RSUD Abepura dan dilakukan pemeriksaan dalam jam 06.00 Wit, dengan pembukaan *serviks* 3 cm, *ketuban* merembes. Pada pemeriksaan fisik umum

dijumpai tanda-tanda vital normal, keadaan umum baik, umur kehamilan 39 minggu. Pemeriksaan *obstetric* genetalia external dan internal tidak ada kelainan. *His/kontraksi* masih belum teratur. Pada pemeriksaan dalam adanya pembukaan, letak kepala, selaput *ketuban* tidak teraba, petunjuk ubun – ubun kecil kiri depan.

Tafsiran berat badan janin 3255 gram, jika dilihat dari data yang ada maka tindakan/penanganan yang diambil yaitu penanganan aktif (drip *oksitosin* dalam 500 cc D5%) dinaikkan 4 tetes tiap 15 menit sampai *his* adekuat. Setelah 20 tetes *his* adekuat, maka tidak dinaikkan lagi sampai dengan anak lahir *pervaginam*. Pemeriksaan panggul dilakukan pada mid *pelvis/outlet* dan pemeriksaan dalam dilakukan telah didapatkan atau tidak teraba selaput *ketuban* (selaput *ketuban* pecah). Bila dilihat dari pengumpulan data secara keseluruhan, maka ditemukan tanda-tanda dan gejala sama antara teori dan praktek.

Penegakkan diagnosa kebidanan berdasarkan interpretasi data berdasarkan data subjektif dan data objektif, maka dapat diagnosa yang ditegakkan adalah ibu berumur 30 tahun GV, PI, AIII umur kehamilan 39 minggu, *inpartu* kala I fase laten dengan *ketuban* pecah dini.

Diagnosa potensial ditentukan berdasarkan data yang ada yaitu diagnosa potensial pada ibu dan *janin*. Pada ibu resiko : terjadi partus lama, resiko terjadi *infeksi intrapartum*. Sedangkan pada *janin* beresiko terjadi gawat *janin*, resiko tali pusat menumbung, dan resiko *amnionitis*. Upaya penanganan medis yang baik Untuk mencegah diagnosa potensial tersebut menjadi aktual dengan melakukan tindakan segera, yaitu dengan berkolaborasi dengan dokter *obgin* untuk pemberian terapi drip *oksitosin* dan infus D 5% 500 cc, dan pemberian *antibiotik cefotaxim* 3x1 gr/iv.

Asuhan kebidanan secara komprehensif yang dilaksanakan berdasarkan prioritas kebutuhan dan mengacu pada landasan teori yang telah dipadukan dengan respon balik pasien. Dalam rencana ini dilakukan kolaborasi antara bidan dan teman sejawat lainnya serta dokter.

Pelaksanaan tindakan yang mengacu pada rencana asuhan yang telah disusun pada ibu bersalin umur kehamilan cukup bulan (39 minggu) dengan *ketuban* pecah dini dilakukan tindakan terminasi, agar bayi dapat diselamatkan. Tindakan tersebut antara lain dengan melakukan *induksi* persalinan dan teknik aseptik, dan pertolongan persalinan yang aman pada kala II untuk ibu maupun *janin* dan pada jam 13.45 bayi lahir selamat dan kondisi ibu sehat dan selamat.

Pada kasus yang penulis asuh sesuai protap kamar bersalin, semua kasus ibu yang akan melahirkan disertai dengan *ketuban* pecah dini harus melibatkan petugas perinatologi untuk asuhan tindak lanjut pada bayi.

Evaluasi dilaksanakan berdasarkan asuhan yang telah diberikan, setelah dilakukan langsung pada pasien di kamar bersalin. untuk mengevaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan berdasarkan kondisi ibu dan bayi. Dengan demikian bahwa asuhan kebidanan yang diberikan secara komprehensif sesuai dengan langkah-langkah yang tertera dalam manajemen asuhan kebidanan dan mengacu pada protap dan berkolaborasi dengan petugas kesehatan lain, maka masalah klien dapat teratasi sehingga potensial yang mengancam jiwa ibu dan bayi tidak menjadi aktual.

BAB V

PENUTUP

5.1.KESIMPULAN

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. D R, (GV, PI, AIII) dengan usia kehamilan 39 minggu, *inpartu* dengan *ketuban* pecah dini (KPD) diruang bersalin RSUD Abepura, dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam melakukan pengkajian perlu diperlukan adanya ketelitian dengan lama kala I : 7 jam, kala II : 1 jam 30 menit, kala III : 15 menit dan sesuai dengan teori pembukaan kala 1 fase laten walaupun ada indikasi *ketuban* pecah dini.

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan pada Ny. D.R (GV, PI, AIII) usia kehamilan 39 minggu dengan *ketuban* pecah dini (KPD) diruang bersalin RSUD Abepura, masalah potensial dapat terjadi, sehingga ibu dapat melahirkan dengan selamat dan bayi dalam keadaan sehat. Keberhasilan tersebut didukung oleh beberapa faktor diantaranya adalah sarana yang memadai dan adanya tindakan komperhensif serta kerjasama yang baik dengan teman sejawat dan keluarga.

5.2.SARAN

5.2.1. Bagi Rumah Sakit

1. Perlu adanya peningkatan kemampuan petugas kesehatan khususnya bidan dalam melaksanakan asuhan secara komprehensif dalam rangka meningkatkan kemandirian dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan.

2. Diharapkan petugas dapat bekerja sesuai prosedur kerja yang telah ditetapkan dengan memperhatikan teknik septik dan antiseptik.
3. Bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan sehingga lebih profesional dalam menangani berbagai permasalahan yang dihadapi.
4. Mempertahankan dan meningkatkan pelayanan yang sudah ada dan berusaha memberikan pelayanan yang terbaik bagi klien.

5.2.2. Untuk lembaga Pendidikan dan Institusi

Asuhan yang telah dilaksanakan dapat dijadikan referensi selanjutnya bagi adik – adik mahasiswa kebidanan dalam penerapan selanjutnya pada kasus ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

DAFTAR PUSTAKA

Profil Dinkes Papua, 2009.

Manuaba dkk, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Pendidikan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta.

Yeyeh dan Rukiyah, 2010. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Trans Info Media Jakarta.

Saifuddin, 2006. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.

Saifudin, 2008 *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.

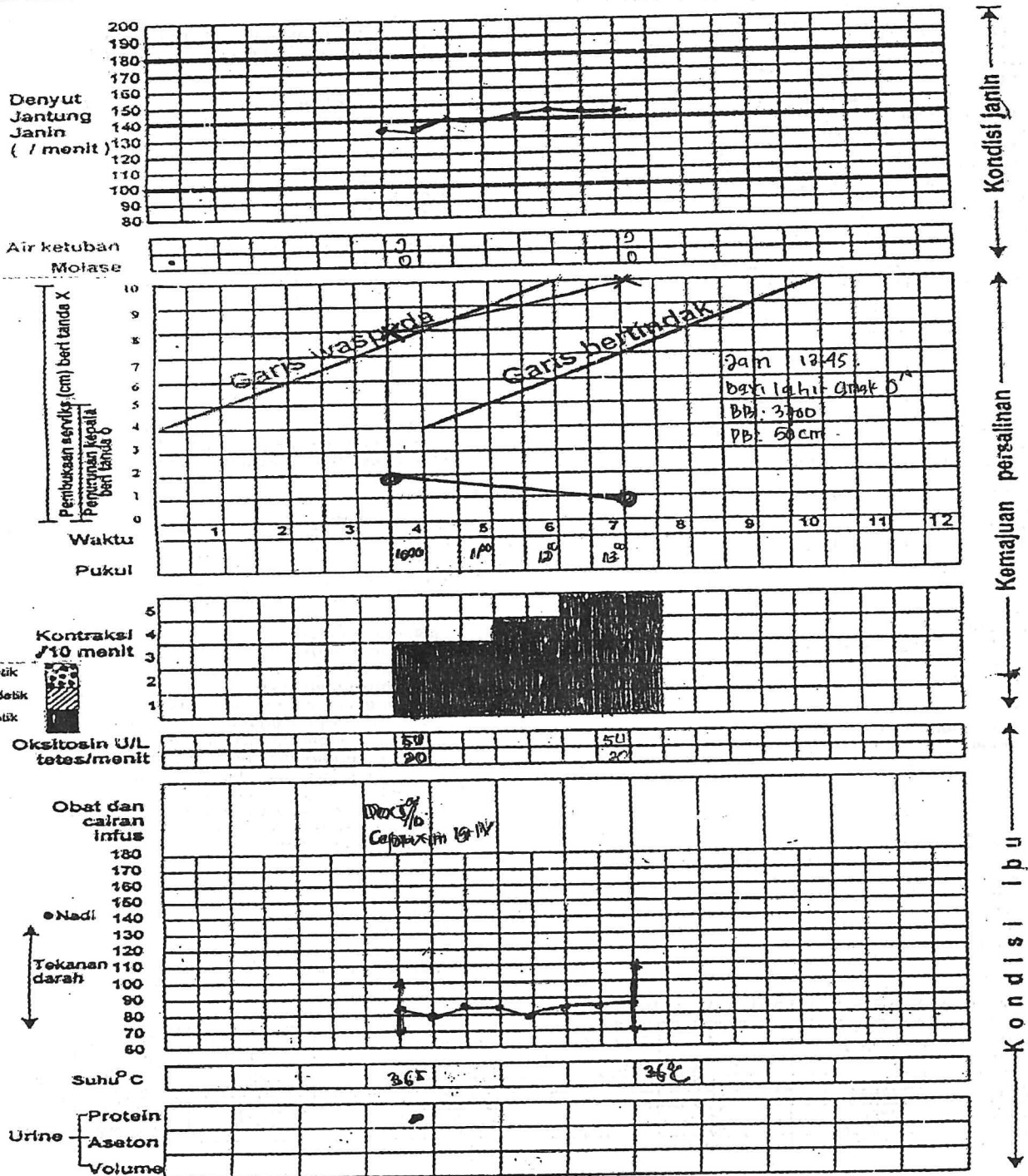
Saminen, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan*. Trans Info Media, Jakarta.

Wiknjosastro, 2008. *Ilmu Kandungan*. YBP-SP, Jakarta.

www.kemendes.go.id/2010. *Prevalensi Angka Kematian Ibu dan Bayi*. Diakses pada tanggal 15 Juni 2011.

Fasilitas Kesehatan P-SUD ABEPORA Alamat: _____
 Nama: NY. D. F Umur: 30 Gravida: 7 Para: 1 Abortus: III No. Registrasi: _____
 Tanggal: 30-A-2011 Waktu saat masuk: 05.00 Mulai mulas: 03.00 Ketuban pecah: 02.00

Fasilitas Kesehatan: RSUD Abertoq
 Nama: Ny. D. S. Umur: 30. Gravida: 7. Para: 5 Abortus: 1/1 No. Registrasi: 02.00
 Tanggal: 30-11-2011 Waktu saat masuk: 15.00 Mulai mulas: 03.00 Ketuban pecah: 03.00



CATATAN PERSALLINAN

- Tanggal : 20-4-2011
- Nama bidan : P. MATANA BUKIT-BUKIT
- Tempat persalinan : ABERUPA
 - Rumah Ibu : Puskesmas
 - Polindes : Rumah Sakit
 - Klinik Swasta : Lainnya
- Alamat tempat persalinan : PT. ABERUPA
- Catatan : () rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - bidan : teman
 - suami : dukun
 - keluarga : tidak ada

KALA I

- Partografi melewati garis waspada ☒ / T
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiolomi :
 - Ya indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
 - Suami : dukun
 - keluarga : tidak ada
 - teman :
- Gawat janin
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
- Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
 - Ya waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temperatur	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Pendarahan
1.	14.15	100/80	82/m	36.5	2 jari di PA	baik	kosong	0 cc
	14.30	100/80	84/m		2 jari di PA	baik	kosong	
	14.45	100/80	84/m		2 jari di PA	baik	kosong	
	15.15	100/80	82/m		2 jari di PA	baik	kosong	
2.	15.00	100/80	82/m	37°C	2 jari di PA	baik	kosong	100 cc
	15.30	110/80	88/m		2 jari di PA	baik	kosong	

Masalah Kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Bagaimana hasilnya :

24. Rangsangan taktif (pemijatan) fundus uteri ?

Ya

Tidak, alasan :

25. Plasenta lahir lengkap (intact) : Ya Tidak

jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :

a.

b.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya Tidak

Ya, tindakan :

a.

b.

c.

27. Laserasi :

Ya, dimana

Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 3 / 3 / 4

Tindakan :

Penjahitan, dengan / tanpa anastesi

Tidak dijahit, alasan :

29. Atonia uteri :

Ya, tindakan

a.

b.

c.

Tidak

30. Jumlah pendarahan 100 ml

31. Masalah lain, sebutkan : tidak ada

32. Penatalaksanaan masalah tersebut

33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan 3100 gram

35. Panjang 50 cm

36. Jenis kelamin L / P

37. Penilaian bayi baru lahir : baik ada penyulit

38. Bayi lahir

Normal, tindakan :

mengeringkan

menghangatkan

rangsangan taktif

bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu

tindakan pencegahan infeksi mata

Asfiksia ringan / pucat/biru/lemas, tindakan :

mengeringkan menghangatkan

rangsangan taktif lain-lain, sebutkan

bebaskan jalan napas

bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu

Cacat bawaan, sebutkan :

Hipotermia, tindakan :

a.

b.

c.

39. Pemberian ASI

Ya, waktu : jam setelah bayi lahir

Tidak, alasan :

40. Masalah lain, sebutkan :

Hasilnya :



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : RAMAYANA BUTAR - BUTAR

NIM : PO.71.24.4.09.095

Pembimbing I : SAATY KADIWARU, S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	6/6-2011	Revisi Case. Prab I	- Revisi defenisi prab I lagi prab I	
2	27/6-2011	Prab II	Revisi. dan pelengkap lagi prab II	
3	4/7-2011	Prab II Prab III Prab IV	ase. Revisi lagi dan pelengkap Revisi	
4	6/7-2011		6/7-2011. Revisi komite I.	

5	6/7-204	Prob <u>U-AT</u> Prob <u>W</u>	ore Reinhold → Cingles lay.	
6		Prob <u>U</u>	ore. Lugleap. KTT Lisselwint	AS
7	8/7-204	KTT Lugleap	ore. Grunder 2x. Simp & Agne	AS
8				
8				
9				
10				



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : RAMAYANA BUTAR - BUTAR

NIM : PO.71.24.4.09.095

Pembimbing II : RUTH YOGI, S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	25/5/2011	Bab I	Revisi	
2	27/5/2011	Bab I	Ace ke Pembimbing I Lampir Bab II	
3	28/5/2011	Bab II	- Revisi Pembahasan, Referensi Cari yg terbaru, Spati tambah Dokumentasi Kebidanan	
4	24/6/2011	Bab II	Ace Bab II lampir ke Pbbg I Lampir Bab III	

5	Slush 07/06/2011	Bab <u>II</u>	Renzi' penelitian	f
6	Kamit 30/6/2011	Bab <u>III</u> , <u>IV</u>	Renzi	f
7	Senin 04/06/2011	Bab <u>III</u> , <u>IV</u> Bab <u>V</u>	kec. bab <u>III</u> , <u>IV</u> , <u>V</u> lampir <u>konsep</u> P.I Bab <u>V</u> Renzi' 15- Penulisan	f.
8				
8				
9				
10				