

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RSUD KELAS B JAYAPURA

**Diajukan Sebagai Salah satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan**



Oleh

WINNY BUKIT BARISANI

NIM : PO.71. 24. 4. 06.41

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2008**

**MILIK PERPUSSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA**

LEMBAR PERSETUJUAN

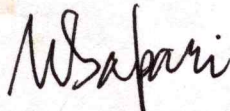
**LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL
” MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI RSUD KELAS B JAYAPURA”
TAHUN 2008**

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan penguji
Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, Akhir Agustus 2008

Menyetujui

Pembimbing



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 101 681

Pembimbing II



Frederika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659

LEMBAR PENGESAHAN

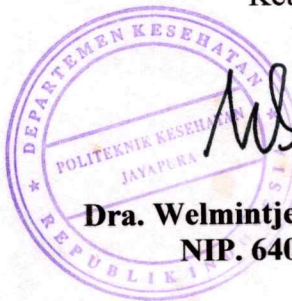
Diterima oleh Panitia Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada

Hari : Senin

Tanggal : 8 – 9 – 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

Ketua



W. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681

Sekretaris

Susana Ramandey

Susana Ramandey, S.Sos., M.Kes
NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

- 1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes**
NIP. 640 010 681
- 2. Frederika Rumaropen, S.ST**
NIP. 640 010 659
- 3. Saaty Kadiwaru, S.ST**
NIP. 640 009 877

(..... *W. Sapari*)

(..... *Frederika Rumaropen*)

(..... *Saaty Kadiwaru*)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan berkat-Nya sehingga penulis diberi kekuatan dan kemampuan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul " Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Bersalin RSUD Jayapura.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan, dukungan dan asuhan dari para staf pengajar selama pendidikan maka pada kesempatan ini pula perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi, SKM, MM selaku Direktur politeknik Kesehatan Jayapura
2. Ibu Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan politeknik Kesehatan Jayapura yang juga sebagai Dosen Pembimbing I yang telah memberikan Arahan dan bimbingan dalam penyusunan studi kasus ini.
3. Ibu Frederika Rumaropen, S.ST selaku pembimbing II yang telah rela meluangkan waktu untuk membimbing serta mengarahkan penulis selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Dosen-dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan yang telah memberi dukungan dan bantuan moril

5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura beserta Staf yang telah memberikan informasi, sangat penting dalam penyusunan tulisan ini
6. Kepala Ruangan Bersalin RSUD Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil kasus
7. Orang tua dan suami yang telah banyak memberikan bantuan, bimbingan serta dukungan doa bagi penulis selama menyelesaikan penulisan ini.
8. Teman-teman serta semua pihak yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung yang telah turut memberikan dukungan moril, spiritual dan material.

Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi maupun penulisannya. Oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun guna penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Jayapura, Akhir Agustus 2008

P e n u l i s

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	vi
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Rumusan Masalah	3
D. Manfaat	4
 BAB II LANDASAN TEORI	
A. Ketuban Pecah Dini.....	5
1. Defenisi	5
2. Etiologi.....	6
3. Klasifikasi	6
4. Gambaran Klinik.....	6
5. Diagnosa.....	9
6. Penanganan	10
7. Komplikasi	11
B. Manajemen Kebidanan	12
1. Pengertian	12
2. Tujuan	12
3. Prinsip proses Manajemen Kebidanan	12
	vi

4. Proses Manajemen Kebidanan	13
BAB III TINJAUAN KASUS	
Langkah I : Pengumpulan Data Dasar	18
Langkah II : Interpretasi Data Dasar	29
Langkah III : Masalah Potensial	31
Langkah IV : Tindakan Segera dan kolaborasi	31
Langkah V : Rencana Asuhan Menyeluruh	31
Langkah VI : Implementasi	32
Langkah VII: Evaluasi	33
BAB IV PEMBAHASAN.....	50
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	52
B. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tingginya AKI di Indonesia yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 1994) tertinggi di ASEAN, menempatkan upaya penurunan AKI sebagai program prioritas. Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia , seperti halnya di negara lain adalah perdarahan , infeksi dan eklamsi. perdarahan dan infeksi sebagai penyebab kematian, sebenarnya tercakup pula kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama.

Hanya sekitar 5 % kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang memburuk akibat kehamilan , misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronis (Saifuddin, 2002).

Kematian seorang ibu dalam proses persalinan atau oleh akibat lain yang berhubungan dengan kehamilan merupakan suatu pengalaman yang menyedihkan bagi keluarga dan anak yang ditinggalkannya (Gulardi, 2004).

Dari data rekam medik yang diperoleh di ruang bersalin RSUD kelas B Jayapura sejak Januari sampai Desember 2007 pasien yang dirawat berjumlah 3828

pertahun. jumlah ketuban pecah dini tahun 2007 = 113 = 3 %, jumlah lahir spontan = 2845 = 74 %, jumlah tindakan SC = 881 = 22 %.

Data ini mengidentifikasi adanya suatu kondisi yang perlu diambil tindakan 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. maka dengan kasus ini penulis memilih judul "MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) di RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS B JAYAPURA".

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Agar penulis dapat melaksanakan dan menerapkan Manajemen Asuhan Kebidanan pada klien dengan kasus ketuban pecah dini dengan menggunakan manajemen menurut Varney.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat :

- a. Melaksanakan pengkajian pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- b. Menganalisa dan menentukan diagnosa aktual pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- c. Menentukan diagnosa potensial pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- d. Melaksanakan tindakan segera pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini

- e. Membuat rencana asuhan secara komprehensif pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- f. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- g. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini
- h. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini

C. RUMUSAN MASALAH

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

1. Bagaimana mengkaji ibu inpartu dengan ketuban pecah dini ?
2. Bagaimana menginterpretasikan dan mendiagnosa kasus inpartu dengan ketuban pecah dini ?
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada kasus ibu inpartu dengan ketuban pecah dini ?
4. Bagaimana melaksanakan tindakan segera pada kasus ibu inpartu dengan ketuban pecah dini ?
5. Bagaimana membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini ?

6. Bagaimana melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini ?
7. Bagaimana mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini?
8. Bagaimana mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini?

D. M A N F A A T

1. Bagi Institusi

- a. Agar dapat menjadi sumber informasi bagi pembaca
- b. Agar dapat menilai sejauh mana penguasaan ilmu yang telah diberikan

2. Bagi Klien

Agar dapat memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi klien dengan harapan mendapatkan ibu dan anak sehat

3. Bagi Rumah Sakit

Agar dapat menerapkan Manajemen Asuhan Kebidanan pada ibu inpartu dengan ketuban pecah dini

4. Bagi penulis

- a. Agar dapat melaksanakan manajemen Asuhan Kebidanan yang benar dan tepat sesuai dengan ilmu yang diperoleh
- b. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

BAB II

LANDASAN TEORI

A. KETUBAN PECAH DINI

1. Definisi

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam Obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal, dan menyebabkan infeksi ibu (Saifuddin, 2001).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm dan atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2002)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. waktu sejak ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut "kejadian ketuban pecah dini "(periode laten) (Manuaba, 2002).

Pecah ketuban sebelum persalinan adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan dimulai. pecah ketuban sebelum persalinan dapat terjadi pada janin immatur (prematur atau gestasi kurang dari 37 minggu) maupun janin matur (term) (Manuaba, 1998).

Pecah ketuban tanpa di ikuti persalinan adalah pecahnya selaput ketuban tanpa kontraksi uterus spontan terjadi pada sekitar 8 persen kehamilan aterm (cunningham,2002).

2. Etiologi

- a. Serviks inkompeten.
- b. Ketegangan rahim berlebihan: kehamilan ganda, hidramioan.
- c. Kelainan letak janin dalam rahim: letak sungsang, letak lintang.
- d. Kemungkinan kesempitan panggul : perut gantung, bagian terendah belum masuk pap, sefalopelvik disprosi.
- e. Kelainan bawaan dari selaput ketuban.
- f. Infeksi yang menyebabkan terjadi proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.

3. Klasifikasi

Klasifikasi menurut umur kehamilan dan penanganannya, adalah :

- a. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan > 22-28 minggu.
- b. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan > 28-36 minggu.
- c. Ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan 37 minggu.

4. Gambaran Klinik

- a. Faktor infeksi

Amniosentesis dengan ultrasonografi

- 1) Kultur beta streptokokus.
- 2) Kematangan paru janin.

- 3) Percobaan indigo karmin, apakah benar ketuban pecah dini dengan cairan terdapat dalam vagina.

b. Ultrasonografi

- 1) Ketuban pecah dini sering terdapat kelainan kongenital.
- 2) Menentukan umur kehamilan.
- 3) Menentukan kesehatan janin dalam kandungan.

c. Melakukan pemeriksaan terhadap tingkat infeksi

- 1) Pemeriksaan laboratorium lengkap.
- 2) Pemeriksaan C reaktif protein (CRP).
 - a) CRP normal pada kehamilan 0,3-0,8 mg/maksimal 2 mg
 - b) Peningkatan CRP di atas 2 mg menunjukkan infeksi "chorioamnionitis".

d. Terdapat perbedaan perlakuan tatalaksana ketuban pecah dini, kehamilan prematur dan kehamilan aterm

e. Waktu dilakukan induksi persalinan

- 1) Pertimbangan waktu induksi :
 - a) Setelah pecah 6 jam.
 - b) Setelah pecah 12 jam.
 - c) Setelah pecah 24 jam.
- 2) Masalah yang berat menghadapi ketuban pecah dini kehamilan dibawah 26 minggu.
 - a) Mempertahankannya memerlukan waktu lama.

- b) Bila sudah mencapai 2.000 gr dapat dipertimbangkan untuk induksi.
 - c) Kegagalan induksi disertai infeksi yang diikuti histerektomi
- 3) Pemberian kortokosteroid dengan pertimbangan
- a) Akan menambah reseptor pematangan paru.
 - b) Menambah maturitas paru janin.
 - c) Pemberian betametason:
 - (1) 12 mg dengan interval 24 jam.
 - (2) 12 mg .tambahan.
 - (3) Maksimum dosis 24 mg.
 - (4) Masa kerjanya sekitar 2-3 hari
 - d) Bila janin setelah satu minggu belum lahir pemberian betakortison dapat diulang lagi.
 - e) Pemberian tokolitik, untuk mengurangi kontraksi uterus dapat diberikan bila sudah dapat dipastikan tidak terjadi infeksi chorioamnionitis.
 - f) Indikasi untuk melakukan induksi pada ketuban pecah dini (PRM)
 - 1) Pertimbangan waktu dan berat janin dalam rahim.
 - a) Pertimbangan waktu
 - b) Apakah 6,12, atau 24 jam.
 - c) Berat janin sebaiknya di atas 2.000 gr atau lebih.
 - 2) Terdapat tanda infeksi intrauterin

a) Temperatur naik di atas 38°C, dengan pengukuran rektal

b) Terdapat tanda infeksi melalui hasil :

(1) Pemeriksaan laboratorium.

(2) Pemeriksaan kultur air ketuban (Manuaba, 2002).

5. Diagnosa

Diagnosa ketuban pecah dini tidak sulit ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas. selain keterangan yang disampaikan dapat dilakukan beberapa pemeriksaan yang menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah air ketuban, diantaranya tes fernald dan nitrazine tes.

Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dilakukan :

- a. Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di fornix posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.
- b. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak dapat manipulasi daerah
- c. Pelvis untuk mengurangi kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas.

Bahaya ketuban pecah dini adalah kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

Oleh karena itu, pemeriksaan dalam perlu di batasi sehingga penyulit makin diturunkan sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi (Manuaba, 2002).

6. Penanganan

a. Konservatif

- 1) Rawat di Rumah Sakit.
- 2) Berikan antibiotika (ampisilin 4x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 3x 500 mg selama 7 hari).
- 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri deksamethason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksamethason dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari

dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

7. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini adalah :

a. Pada ibu

- 1) Partus lama dan infeksi.
- 2) Atonia uteri.
- 3) Infeksi nifas.
- 4) Perdarahan postpartum.

b. Pada janin

- 1) IUFD.
- 2) Asfixia.
- 3) Prematuritas (Manuaba,2002).

2. Perawatan

1. Yakinkan klien dan pasangannya mengenai kondisi janin mereka

2. Pantau jantung janin dan kaji kemungkinan distress janin akibat kompresi tali pusat atau prolaps tali pusat
3. Anjurkan klien untuk mematuhi instruksi tirah baring
4. Kolaborasi tim medis (dokter kandungan) untuk tindakan dan Pengobatan

B. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian

a. Menurut Helen Varney

Merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dengan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi pasien maupun tenaga kesehatan.

b. Menurut Lawrentina lawinoto

Manajemen kebidanan berarti penatalaksanaan dan pengelolaan pelayanan Kebidanan.

2. Tujuan

Adalah pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan

setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan sport sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi secara individual.
- g. Melakukan konsultasi perencanaan, dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan menunjukkan klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dan keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

4. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah

- a. Langkah Pertama : Pengkajian

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan menggunakan sebuah data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap

b. Langkah Kedua : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan

c. Langkah Ketiga : Diagnosa masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau mendiagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

d. Langkah Keempat : Identifikasi Kebutuhan

Identifikasi kebutuhan yang membutuhkan penanganan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien.

e. Langkah Kelima : Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan dengan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap

klien tersebut seperti apa yang telah diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

f. Langkah Keenam : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima, dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh orang tua klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika tidak bidan melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan bersama yang menyeluruh. Manajemen yang efisien akan mengingat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

g. Langkah Ketujuh : Evaluasi

Pada langkah ketujuh 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 didalam masalah dan diagnosa.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif, jika memang efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Mengingat bahwa proses manajemen ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik dan dua langkah yang terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

h. Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu pencatatan yang memberikan bukti tentang sesuatu.

1) Dokumentasi Kesehatan :

Suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi di bidang kesehatan yang dilakukan oleh petugas (dokter, bidan, perawat dan petugas kesehatan lainnya.

2) Manfaat

- a. Dokumen yang sah
- b. Sarana komunikasi antar tenaga kesehatan
- c. Dokumen yang berharga
- d. Sumber data penting (penelitian)
- e. Sebagai advokasi

3) Prinsip pencatatan, ditinjau dari isi :

- a. Nilai Administrasi
- b. Nilai Hukum
- c. Nilai Ekonomi
- d. Nilai Edukasi
- e. Nilai Dokumentasi
- f. Nilai Penelitian

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Kasus

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)

Tanggal Pengkajian : 16 JUNI 2008

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Kelas B Jayapura

Hari / Jam : Senin / 17.40 WIT

Diagnosa Medis : Ibu inpartu kala I, fase aktif dengan ketuban pecah dini

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA DASAR

1. Data Subyektif

a. Biodata

Nama Klien : NY. F

Umur : 30 Tahun

Suku / Bangsa : Makasar / Jakarta

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat : Hamadi
Nikah Ke : I
Nama Suami : Tn.I
Umur : 36 Tahun
Suku / Bangsa : Makasar / Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Hamadi
Nikah : I

b. Data Biologis / Fisiologis

1) Keluhan utama :

Ibu masuk ruang bersalin tanggal 16 JUNI 2008, Jam 17.40 WIT.
dengan keluhan sakit diatas symfisis sampai ke tulang
belakang,disertai dengan pengeluaran darah dan lendir pervaginam dan
keluar air-air.

2) Riwayat Keluhan Utama :

Air-air keluar jam 02.00 WIT

Pengeluaran lendir dan darah sejak jam 10.00 WIT

Ibu mengatakan mulai rasa sakit sejak tanggal jam 16.30 WIT

3) Riwayat keluhan utama :

- a) Gravida : G IV P I A II / G 4 P I A II
- b) HPHT : 24- 9- 2007
- c) TP : 1 -7 - 2008
- d) ANC : Praktek Dr.Daniel Usmani, SPOG
- e) Immunisasi : 2x lengkap
- f) Pergerakan janin : Pada kehamilan 16 minggu
- g) Cukup bulan menurut ibu : Ya.

4) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

G.IV P.I A. II

No	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	BB Bayi	Keadaan Ibu & bayi	Lama Asi	Usia Anak
1.	Ab.16 mg	Curet	Dokter	Th. ada	-	-	-
2.	Ab. 8 mg	Spontan	-	Th tidak ada	-	-	-
3.	40 mg	Spontan	Bidan	3000 gr	Baik	1 Thn	8 Thn
4.	Hamil ini						

5) Riwayat Keluarga Berencana : Suntik (selama 6 Tahun).

6) Riwayat Reproduksi

- a) Menarche : 14 Tahun
- b) Siklus haid : 28 Hari
- c) Durasi : 5 Hari
- d) Banyaknya : 2x ganti pembalut

- e) Sifat darah haid : Encer
- f) Bau / Warna : Amis / merah segar
- g) Gangguan Waktu hamil : Tidak ada

7) Riwayat kesehatan lalu

- a) Riwayat opname : Tidak pernah
- b) Riwayat pembedahan : Tidak pernah
- c) Penyakit serius saat ini : Tidak ada

8) Riwayat Penyakit Keluarga

- a) Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
- b) Penyakit menahun dalam keluarga : Tidak ada
- c) Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada
- d) Riwayat persalinan Normal
 - (1) Pihak suami : Tidak ada
 - (2) Pihak istri : Tidak ada

9) Keadaan psikososial

a) Klien

Ibu sangat cemas menghadapi persalinannya.

b) Suami

Cemas melihat keadaan istrinya dan berharap agar anaknya lahir dengan selamat.

10) Latar belakang sosial budaya

Suami dan istri sama-sama berasal dari makasar dan mempunyai kebiasaan yang sama dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

11) Keadaan sosial ekonomi

Pendapatan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari

12) Dukungan dari keluarga

Kedua keluarga sangat mendukung atas kehidupan rumah tangga mereka dan sangat berharap persalinan berjalan dengan baik

13) Masalah- masalah kehamilan sekarang

Tidak ada keluhan

14). Riwayat aktifitas sehari-hari

No.	Masalah	Sebelum Hamil	Selama hamil
1.	Nutrisi a. Pola makan b. Frekuensi makan c. Nafsu makan d. Makanan kesukaan e. Makanan pantangan f. Jumlah minum sehari	Baik 3x sehari Baik Semua makanan Tidak ada 5-6 gelas sehari	Baik 3x sehari Baik Semua makanan Tidak ada 7-8 gelas sehari
2.	Kebiasaan yang mempengaruhi kehamilan a. Merokok b. Obat penenang c. Minuman keras d. Jamu/ obat tradisional	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah
3.	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Bau - Warna - Konsistensi - Gangguan b. BAK - Frekuensi - Bau - Warna - Gangguan	1x sehari Busuk Kecoklatan Lunak Tidak ada 3-4x sehari Amoniak Kekuningan Tidak ada	1x sehari Busuk Kecoklatan Lunak Tidak ada 6x sehari Amoniak Kekuningan Tidak ada
4.	Pola tidur dan istirahat a. Tidur siang b. Tidur malam	1 jam 8 jam	1 jam 8 jam
5.	Olah raga dan rekreasi a. Olah raga b. Rekreasi Hygiene	Sering Kadang	Tidak pernah Kadang
6.	Perorangan a. Frekuensi mandi b. Pakai sabun mandi c. Dikeringkan dengan handuk d. Frekuensi sikat gigi e. Sikat gigi dengan odol f. Frekuensi cuci rambut g. Memakai shampo h. Menggunting kuku i. ganti pakaian dalam	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya 2 minggu sekali 2x sehari	2x sehari Ya Ya 2x sehari Ya 2x seminggu Ya 2 minggu sekali 2x sehari
7.	Pekerjaan Tambahan	Tidak ada	Tidak ada

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan tanda- tanda vital

- 1) TD : 110 / 70 MmHg
- 2) SB : 37 °C
- 3) N : 80 x/m
- 4) R : 24 x/m

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Berat badan dan tinggi badan ;
 - a) Berat badan sebelum hamil : 55 kg
 - b) Tinggi badan : 165 kg
 - c) Berat badan selama hamil : 65 kg
 - d) Kenaikkan berat badan : 10 kg
 - e) LILA : 24 cm
- 2) Pemeriksaan umum
 - a) Keadaaan umum : baik
 - b) Kesadaran : Compos mentis (CM)
 - c) Keadaan emosional : Stabil
- 3) Kepala
 - Palpasi : Tidak ditemukan kelainan
- 4) Muka
 - a) Oedema : Tidak ada
 - b) Cloasma gravidarum : Tidak ada

5) Mata

- a) Conjunctiva : Tidak pucat
- b) Sklera : Tidak ikterus

6) Hidung

- a) Polip : Tidak ada
- b) Skret/ cairan : Tidak ada
- c) Kebersihan : Bersih

7) Telinga

- a) Pengeluaran cairan : Tidak ada
- b) Kebersihan : Bersih

8) Mulut dan gigi

- a) Stomatitis : Tidak ada
- b) Lidah : Bersih
- c) Mukosa : Lembab
- d) Caries : Tidak ada
- e) Kebersihan : Bersih

9) Leher

- a) Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
- b) Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

10) Dada dan paru

- a) Infeksi
 - 1) Bentuk dada : Kiri dan kanan simetris

2) Pergerakan dada : Inspirasi dan ekspirasi normal

3) Massa : Tidak ada

4) Frekuensi napas : 24 x/m

5) Jenis pernapasan : Pernapasan dada

b). Palpasi

Nyeri tekan : Tidak ada

11) Jantung

a) Inspeksi : Tidak dapat dilakukan

b) Auskultasi : Irama teratur

12) Payudara

a) Inspeksi

(1) Kulit tegang : Ya

(2) Membesar : Ya

(3) Hyperpigmentasi : Ya

(4) Puting susu kanan/kiri : Baik

b) Palpasi

(1) Pengeluaran colostrum : Ada kanan dan kiri

(2) Pembesaran pada kelenjar aksila : Tidak ada

13) Abdomen

a) Perut : Membesar

b) Striae : Ada

c) Keadaan perut : Membesar sesuai dengan kehamilan

d) Bekas operasi : Tidak ada

14) Vulva/ vagina

a) Kebersihan : Baik

b) Flour albus : Tidak ada

c) Varices : Tidak ada

d) Refleks patella : Baik (ada)

c. Pemeriksaan obstetri

1) Palpasi

a) Leopold I : TFU 3 jari bawah px (30 cm) bagian fundus teraba bokong

b) Leopold II : Letak memanjang, punggung kanan

c) Leopold III : Bagian terendah kepala

d) Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (3/5) bagian

2) His

a) Frekuensi : 2-3x/10 menit

b) Durasi : 30-40 detik

c) Kekuatan : Sedang

d) Relaksasi : Baik

3) Gerakan janin : Ada

4) Auskultasi (DJJ)

a) Frekuensi : 140 x/ menit

b) Irama : Teratur

c) TBJ : 2945 gram (Rumus jhonson-
tausak, $BB = (30 - 11) \times 155$)

5) Perkusi : Tidak ada kelainan

6) Pemeriksaan dalam

Tgl : 16-6-2008 Jam : 17.40 WIT

Oleh : Mhs. Winny B.B

a) Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan

b) Portio : Tebal lunak

c) Pembukaan : 5 cm

d) Ketuban : Pecah tgl.16-6-2008, jam 02.00 WIT

e) Presentase : Kepala

f) Petunjuk : UUK kiri depan

g) Penurunan : Kepala H II

h) Nilai panggul :

(1) Inlet : Tidak dapat dinilai

(2) Mid pelvis : Dinding samping lurus sejajar dengan H I
Setinggi tepi bawah symfisis

(3) Outlet : Arkus pubis $> 90^\circ$

i) Kesan panggul : Luas

7) Pemeriksaan laboratorium

a) Urine

(1) Protein : Tidak dilakukan

(2) Reduksi : Tidak dilakukan

b) Darah

(1) DDR : Negatif

(2) HB : 12,6 gr %

(3) USG : Tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa :

1. Ibu : Umur 30 tahun, G 4 P I A II, usia kehamilan 38-39 mg, presentase kepala, inpartu kala I fase aktif dengan ketuban pecah dini (KPD)18 jam yang lalu
2. Janin : Intra uteri, tunggal, hidup, kepala

Dasar

DS :

1. Ibu mengeluh sakit diatas symfisis sampai belakang
2. Ibu mengeluh keluar lendir dan darah
3. Disertai keluar air-air tgl.16-6-2008, jam. 02.00 WIT
4. HPHT.24-9-2007 TP. 1-7-2008

DO :

1. G IV P I A II
2. Keadaan umum : Baik
3. Tanda-tanda Vital : TD. 110/70 MmHg, N. 80 x/m, R.24 x/m, SB.37°C

4. Palpasi

- a. Leopold I : Tinggi fundus uteri 3 jari bawah px (30 cm)
- b. Leopold II : Letak memanjang, punggung kanan
- c. Leopold III : Letak kepala
- d. Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 3/5 bagian

5. Kontraksi : Frekuensi 3x/ 10 menit

6. Durasi : 30 - 40 detik

7. Auskultasi : BJA (+) 140 x/m

8. Hasil PD : Tgl. 16-6-2008 Jam. 20.15 WIT

- a. V/V : Tidak ada kelainan
- b. Portio : Tipis
- c. Arah : Depan
- d. Pembukaan : 9 cm
- e. Ketuban : (-) sudah keluar air-air jam.02.00 WIT
- f. Presentase : Kepala
- g. Petunjuk : UUK kiri depan
- h. Penurunan : Kepala H II

Masalah :

1. Keluar air ketuban yang banyak
2. Ibu cemas sehubungan dengan adanya pengeluaran air-air
3. Gangguan rasa nyaman
4. Ibu kurang memahami tentang ketuban pecah dini

Kebutuhan :

1. Memenuhi kebutuhan ibu dalam kala I persalinan
2. Memberikan informasi yang jelas tentang ketuban pecah dini
3. Memenuhi kebutuhan rasa nyaman

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Ibu : Potensial terjadi infeksi intrapartum dan nifas
2. Janin : Potensial terjadi gawat janin

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi tim medis (Dokter kebidanan) untuk tindakan dan pengobatan

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Atur posisi tidur miring kiri
2. Anjurkan ibu untuk bedrest ditempat tidur
3. Pantau TTV tiap 1 jam, His-BJA tiap 30 menit
4. Beri makan dan minum diluar his
5. Periksa kandung kemih
6. Menjaga kebersihan vulva dan vagina
7. Berikan rasa nyaman pada ibu
8. Kolaborasi dengan dokter untuk induksi persalinan dengan piton drip 2 iu dalam 500 cc RL KEC. 8 tts/ menit

9. Pemberian antibiotik
10. Hadirkan orang dekat/ didampingi oleh petugas
11. Lakukan PD tiap 4 jam atau bila ada indikasi
12. Evaluasi pengeluaran/ pervaginam
13. Pantau kecepatan tetesan infus
14. Berikan informasi tentang kondisi pasien
15. Ajarkan tehnik pernapasan
16. Naikkan partograf sesuai hasil observasi/ pemantauan
17. Siapkan obat/alat/ bahan untuk pertolongan persalinan
18. Siapkan pakaian ibu dan bayi

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 16-6 2008 Jam. 20.15 WIT

1. Mengatur posisi tidur ibu miring kiri
2. Menganjurkan ibu untuk bedrest ditempat tidur/ tidak jalan-jalan
3. Memantau TTV tiap 1 jam, His- BJA tiap 30 menit
4. Memberikan makan dan minum diluar his
5. Memeriksa kandung kemih, tidak menganjurkan ibu kencing sendiri
6. Menjaga kebersihan vulva dan vagina
7. Memberikan rasa nyaman pada ibu

8. Melakukan instruksi dokter : jam 17.45 WIT induksi persalinan dengan memasang infus RL + Piton 2 iu dengan kec. 8 tts/menit, dinaikkan setiap 15 menit sampai his adekuat (Maksimal 40 tts/ menit)
9. Memberikan injeksi amsilin I gr/iv, sebelum disuntik skint test sebelumnya
10. Memghadirkan orang terdekat/ dampingi petugas
11. Melakukan pemeriksaan dalam jam 17.40 WIT
12. Mengevaluasi pengeluaran pervaginam
13. Memantau kecepatan tetesan infus.
14. Memberikan informasi tentang kondisi pasien
15. Mengajarkan tehnik pernapasan dengan menarik napas panjang saat ada his dan menghembuskannya perlahan-lahan
16. Menaikkan partograf jam 17.50 WIT
17. Menyiapkan pakaian ibu dan bayi
18. Menyiapkan pakaian ibu dan bayi

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 16-6-2008 Jam. 20.20 WIT

1. Ibu dapat miring kiri
2. Ibu bedrest ditempat tidur
3. Tanda-tanda Vital : TD 110/70 MmHg, 80 x/menit, RR.24 x/m, SB.37°C
4. Ibu sudah makan dan minum sesuai dengan porsi yang diberikan
5. Ibu BAK spontan dengan menggunakan pot

6. Vulva dan vagina bersih
7. Keadaan pakaian ibu dan peralatan tenun bersih
8. Terpasang infus RL + piton 2 iu dengan kecepatan 20 tts/menit, dipertahankan karena His sudah adekuat
9. Skint test injeksi Amcillin hasilnya baik diberikan injeksi Amcillin I gr/IV
10. Hasil pemeriksaan dalam

Tanggal : 16-6-2008

Jam. 20.50 WIT

- a. Vulva/ vagina : Membuka
- b. Perineum : Merengang
- c. Portio : Tidak teraba
- d. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
- e. Ketuban : (-) keluar air-air jam 02.00 WIT
- f. Presentase : Kepala
- g. Penurunan : Kepala H IV

11. Ada pengeluaran lendir dan darah
12. Ibu siap menghadapi persalinannya
13. Ibu dapat melakukan tehnik pernapasan dengan baik
14. Alat partus, larutan DTT, clorine 0,5 % dan alat resusitasi siap pakai
15. Pakaian ibu dan bayi siap

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA II

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA DASAR

Tanggal : 16-6-2008 Jam 20.50 WIT

DS

1. Ibu mengeluh rasa sakit semakin sering
2. Ibu ingin mendedan
3. Ibu tampak kesakitan

DO

1. Keadaan umum ibu : Baik
2. Kesadaran : CM
3. Tanda-tanda vital : TD.110/70MmHg,N.80x/m, R.24x/m,
SB.37°C
4. His :
 - a. Frekuensi : 5x/10 menit
 - b. Durasi : 50-60 detik
 - c. Interval : 2 menit
 - d. BJA : (+) 144 x/menit
 - e. Ketuban : Tidak ada
 - f. Pengeluaran : Lendir dan darah
5. Hasil pemeriksaan pada tanggal 16-6-2008 Jam.20.50 WIT
Oleh mahasiswi : Akbid. Winny B.B
 - a. Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan

- b. Portio : Tidak teraba
- c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
- d. Ketuban : Tidak ada
- e. Presentase : Kepala
- f. Penurunan : Kepala H IV
- g. Petunjuk : UUK kiri depan

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa :

1. Ibu umur 30 tahun, G IV P I A II, hamil 38-39 minggu, inpartu kalaII dengan ketuban pecah dini 18 jam yang lalu
2. Janin intra uteri, presentase kepala, tunggal, hidup

Dasar :

DS : Ibu ingin mendedan

DO : His 5x/10 menit

BJA : 140 x/ menit pembukaan 10 cm, ketuban (-), pet.UUK kiri depan, penurunan H IV

LANGKAH III : ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadinya aspiksia

**LANGKAH IV : KEBUTUHAN YANG MEMERLUKAN
PENANGANAN SEGERA**

Pimpin mendedan saat ada his atau bila ada dorongan untuk mendedan

**LANGKAH V : RENCANA MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANANMENYELURUH**

1. Observasi tanda-tanda vital tiap 30 menit
2. Observasi kontraksi uterus dan bunyi jantung bayi tiap 15 menit
3. Berikan informasi tentang kemajuan persalinan
4. Atur posisi ibu setengah duduk
5. Kaji kandung kemih, bila penuh anjurkan ibu BAK spontan pada pot yang telah disediakan
6. Anjurkan ibu mendedan pada saat kontraksi/ his
7. Lakukan penekanan didaerah perineum pada diameter kepala 5-6 cm dengan tangan kanan dan tangan kiri memegang kepala bayi untuk mengurangi fleksi ringan dari kepala
8. Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi
9. Usap muka bayi dengan kasa steril saat kepala ekspulsi
10. Lahirkan bahu depan dan bahu belakang secara biparietal
11. Lahirkan badan anak dengan cara sanggah susur
12. Letakkan bayi diatas perut ibu, dan bungkus bayi dengan kain yang kering

13. Tali pusat diklem 3 cm dari pangkal pusat dan 2 cm dari klem I dan dipotong diantara kedua klem diatas telapak tangan penolong, setelah itu keringkan dan bungkus bayi
14. Beri bayi pada petugas perinatologi

LANGKAH VI : PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANAN MENYELURUH

Tanggal : 16-6-2008 Jam 20.50 WIT

1. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 30 menit
2. Mengobservasi kontraksi uterus dan jantung janin tiap 15 menit
3. Memberikan informasi tentang kemajuan persalinan
4. Mengatur posisi ibu setengah duduk/miring
5. Mengkaji kandung kemih, bila penuh anjurkan ibu BAK spontan pada pot yang disediakan
6. Menganjurkan ibu mencedan pada saat kontraksi
7. Melakukan penekanan didaerah perineum pada diameter kepala 5-6 cm dengan tangan kanan dan tangan kiri memegang kepala bayi untuk mengurangi fleksi ringan dari kepala
8. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi
9. Mengusap muka bayi dengan kasa steril saat kepala ekspulsi

10. Melahirkan bahu depan dan bahu belakang secara biparietal. Kepala dipegang secara biparietal dengan lembut ditarik ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan dengan lembut ditarik ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang
11. Melahirkan badan anak dengan cara sanggah susur yaitu tangan kanan mencekap leher dan bahu bayi dan tangan kiri menelusuri punggung, trochanter, paha, betis, pergelangan kaki lalu mencekap. Kedua mata kaki bayi, maka lahirlah seluruh tubuh bayi diatas tangan penolong. Lalu menilai bayi dengan cepat
12. Meletakkan bayi diatas perut ibu, lap dan bungkus dengan kain yang kering
13. Tali pusat diklem 3 cm dari pangkal pusat dan 2 cm dari klem I dan digunting diantara kedua klem diatas telapak tangan penolong setelah itu keringkan dan bungkus bayi
14. Memberikan bayi pada petugas perinatologi

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 16-6-2008 Jam 20.50 WIT

1. Tanda-tanda vital : TD. 110/70 MmHg, N.80 x/m, R. 24 x/m, SB. 37°C
2. Bayi lahir spontan, tanggal 16-6-2008 jam.20.58 WIT, letak belakang kepala, jenis kelamin perempuan, hidup tunggal, A/S 7/8, cacat (-), caput (-)
3. Bayi tidak dapat diberikan untuk disusui pada ibunya karena ditangani langsung oleh petugas perinatologi

2. Ibu merasa haus

DO :

1. Partus spontan tanggal 16-6-2008 jam 20.58 WIT
2. Jenis kelamin perempuan, tunggal, hidup, BB.2859 gr, PB. 47 cm, A/S.7/8
3. Keadaan umum : Baik
4. Kesadaran : Compos mentis
5. Tanda-tanda Vital : TD.110/70 Mmhg, N.80 x/m, R.24 x/m, SB.37°C
6. Palpasi
 - a. Tinggi fundus uteri : Setinggi pusat
 - b. Kontraksi : Baik (+)
7. Plasenta : Belum lahir
8. Kandung kemih : Kosong

**LANGKAH III : ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH
POTENSIAL**

Potensial terjadi retensio plasenta

**LANGKAH IV : KEBUTUHAN YANG MEMERLUKAN
PENANGANAN SEGERA**

Injeksi piton 10 iu/ IM

**LANGKAH V : RENCANA MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN
MENYELURUH**

1. Lakukan palpasi untuk mengetahui apakah ada janin lain atau tidak
2. Berikan injeksi piton 10 iu/IM
3. Kosongkan kandung kemih
4. Pantau tanda-tanda vital
5. Pantau kontraksi uterus dan perdarahan
6. Lakukan PTT
7. Lakukan masase uterus setelah plasenta lahir
8. Ukur jumlah perdarahan
9. Periksa plasenta
10. Periksa robekan jalan lahir

**LANGKAH VI : PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANAN MENYELURUH**

Tanggal : 16-6-2008

Jam : 21.00 WIT

1. Melakukan palpasi untuk mengetahui apakah ada janin lain atau tidak
2. Memberikan injeksi piton 10 iu/IM
3. Mengosongkan kandung kemih dengan pasien BAK pada pot yang telah disediakan
4. Memantau tanda-tanda vital

5. Memantau kontraksi uterus dan perdarahan
6. Melakukan PTT
 - a. Tangan kanan memegang tali pusat 5-10 cm didepan vulva dan tangan kiri menekan symfisis kearah fundus
 - b. Dengan kontraksi uterus yang baik maka, plasenta nampak divulva
 - c. Plasenta ditangkap dengan kedua tangan, lalu diputar searah jarum jam, maka lahirlah plasenta lengkap dengan selaputnya
7. Melakukan masase
8. Mengukur jumlah perdarahan
9. Memeriksa plasenta
10. Memeriksa robekan jalan lahir

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 16-6-2008

Jam : 21.05 WIT

1. Plasenta sudah lahir lengkap, selaput dan kotiledonnya
 - a. Berat : ± 500 gram
 - b. Diameter : 18 cm
 - c. Penanaman tali pusat : Sentralis, panjang tali pusat ± 50 cm
 - d. Kelainan : Tidak ada
2. Tanda-tanda vital : TD.110/70MmHg, N.80x/m, R.24x/m, SB.37°C

3. **Palpasi fundus :**

a. TFU : I jari bawah pusat

b. Kontraksi uterus : Baik

4. **Perdarahan** : ± 150 cc

5. **Robekan jalan lahir** : Ada, hecing jelujur

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA IV

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA DASAR

DS :

1. Ibu merasa mules diperut
2. Ibu merasa lelah dan capek

DO :

1. Keadaan umum ibu : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Perdarahan. : ± 150 cc
4. Ibu nampak lelah dan kotor
5. Perineum ada hecing, plasenta sudah lahir lengkap dengan kotiledonnya
6. Tanda-tanda vital : TD. 110/70 MmHg, N. 80 x/m, R.24 x/m, SB. 37°C
7. **Palpasi**
 - a. Tinggi fundus uteri : 2 jari bawah pusat
 - b. Kontraksi : Baik

LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : P II A II, partus kala IV

Dasar :

DS : Ibu mengatakan terasa mules pada perut bagian bawah

DO : TFU 2 jari bawah pusat

Kontraksi uterus baik

Plasenta sudah lahir lengkap dengan selaput dan kotiledonnya

**LANGKAH III : ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH
POTENSIAL**

Potensial terjadi perdarahan postpartum

**LANGKAH IV : KEBUTUHAN YANG MEMERLUKAN
PENANGANAN SEGERA**

Observasi perdarahan postpartum

**LANGKAH V : RENCANA MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN
MENYELURUH**

1. Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
2. Pantau kontraksi uterus dan perdarahan
3. Bersihkan ibu dan pakaikan pakaian
4. Berikan makan dan minum

5. Beri istirahat pada ibu
6. Rendam alat-alat dalam larutan clorine 0,5 %
7. Bersihkan alat-alat dan sterilkan
8. Buatlah pencatatan/ pelaporan partus
9. Ukur HB postpartum

LANGKAH VI : PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN
KEBIDANAN MENYELURUH

Tanggal : 16-6-2008

Jam : 21.58 WIT

1. Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu tiap 15 menit pada jam I
dan tiap 30 menit pada jam II
2. Memantau kontraksi uterus dan perdarahan
3. Membersihkan ibu dan pakaikan pakaian
4. Memberikan makan dan minum
5. Memberi istirahat pada ibu
6. Merendam alat-alat dalam larutan clorine 0,5 %
7. Membersihkan alat-alat dan sterilkan
8. Membuat pencatatan/ pelaporan partus
9. Mengukur HB postpartum

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 16-6-2008

Jam : 22.58 WIT

1. Keadaan umum baik

Tanda-tanda vital pada jam I : TD.110/70 Mmhg, N.80 x/m, R.24 x/m,SB.37°C

Tanda-tanda vital pada jam II : TD. 110/70 Mmhg, N.80 x/m, R.24 x/m, SB.37°C

2. Kontraksi uterus baik, perdarahan 100 cc
3. Ibu sudah bersih dan berpakaian
4. Ibu dapat makan dan minum
5. Ibu sudah istirahat dengan baik
6. Alat-alat sudah direndam dalam larutan clorine 0,5 % selama 10 menit
7. Alat-alat sudah dibersihkan dan disterilkan
8. Pencatatan/pelaporan partus sudah dibuat
9. HB postpartum 10 gr %
- S
 - Ibu mengeluh sakit diatas symfisis sampai ketulang belakang
 - Ibu mengeluh keluar darah dan lendir
 - Ibu mengeluh keluar air-air
 - HPHT 24-9-2007

- O - keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Compos Mentis

- TD.110/70 MmHg, N.80 x/m, R.24 x/m, SB.37°C

- Palpasi : 3 jari bawah px (30 cm)

- Letak : Memanjang

- Presentase : Kepala

- DJJ : (+) 140 x/menit

- hasil pemeriksaan dalam

a). Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan

b). Portio : Tebal lunak

c). Pembukaan : 5 cm

d). Ketuban : Pecah Tgl.16-6-2008 Jam. 02.00 WIT

e). Presentase : Kepala

f). Petunjuk : UUK kiri depan

g). Penurunan : Kepala H II

h). Kesan panggul : Luas

i). Hb : 12,6 gr %

A - Ibu umur 30 tahun, partus kala I, G IV P I A II

- Janin tunggal, hidup, Intra Uteri, presentase kepala

P - Monitor HIS dan BJA setiap 30 menit

- Melakukan tindakan antiseptik dan aseptik

- Siapkan alat-alat partus dan obat

- Lakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam

- Naikkan hasil pemeriksaan dalam partograf
- Atur posisi ibu
- Menjelaskan proses persalinan yang akan terjadi kepada pasien dan keluarga
- Menganjurkan pasien untuk buang air kecil minimal tiap 2 jam sekali
- Memberi nutrisi dan hidrasi
- Membuat catatan asuhan/perkembangan

BAB IV

PEMBAHASAN

Kaitan antara BAB II-III, tidak selamanya ketuban pecah dini itu dapat terjadi komplikasi dan infeksi. Tidak selamanya ketuban pecah dini bisa mengakibatkan gawat janin. Menurut landasan teori dikatakan ketuban pecah dini apabila pecahnya ketuban disertai keluarnya cairan amnion sebelum proses persalinan dimulai baik pada kehamilan cukup bulan maupun pada persalinan prematur.

Sedangkan pada teori, akan terjadi infeksi pada ibu dan bayi. Pada kasus ini tidak terjadi komplikasi. Ketuban pecah dini akan terjadi komplikasi bila tidak ditangani sedini mungkin dengan baik dan benar.

1. Pengkajian

Pada pengkajian penulis tidak mendapatkan perbedaan antara teori dan kasus yang dikaji. Pada kasus ini termasuk klasifikasi ketuban pecah dini 38-39 minggu sesuai dengan teori.

2. Diagnosa kebidanan

Setelah penulis melakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien. Kemungkinan disebabkan karena servik inkompeten dengan adanya riwayat abortus 2 kali berturut-turut.

3. Masalah potensial

Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi dan gawat janin pada kasus ini. Hal ini tidak terjadi, sebab mendapat penanganan dengan baik.

4. Tindakan segera

Pada kasus ini diperlukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi :

a. Drip piton 2 iu dimulai tetesan 8 tts/ menit sampai tetesan 20 tts/ menit sampai his adekuat.

b. Ampicillin 4x1 gr/iv.

5. Perencanaan

Dilakukan secara komprehensif berdasarkan prioritas kebutuhan dan mengacu pada landasan teori yang telah dipadukan dengan responbalik pasien.

6. Pelaksanaan

Semua rencana sesuai dengan rencana yang ada dan tidak ada perbedaan antara teori dan yang penulis dapatkan dilahan praktek.

7. Evaluasi

Untuk memantau keberhasilan asuhan yang diberikan, Penulis beranggapan bahwa jika Manajemen Kebidanan diberikan secara komprehensif sesuai dengan langkah-langkah yang tertera dalam Manajemen Kebidanan dan mengacu pada landasan teori.maka masalah klien dapat teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Agar penulis dapat melaksanakan dan menerapkan Manajemen Asuhan Kebidanan pada klien dengan kasus ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada primi maupun multipara dan pada Kehamilan diatas 22 minggu (preterm, aterm dan postrem).

Bila dilihat dari data subyektif dan data obyektif pada pengumpulan data secara keseluruhan maka dijumpai tanda-tanda dan gejala yang sama antara teori dan praktek tidak ada perbedaan.

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. Berdasarkan langkah-langkahnya, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dengan mengkaji status kesehatan maka permasalahan yang dihadapi klien dapat diketahui.
2. Klien yang mengalami ketuban pecah dini, sangat rentan terhadap terjadinya infeksi sehingga diperlukan penanganan yang tepat.

3. Terciptanya hubungan dan kerja sama yang baik, khususnya antara penulis dan klien, penulis dengan staf ruangan, sehingga pelaksanaan manajemen kebidanan ini dapat terlaksana dengan baik.

B. SARAN

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.

Demi tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal khususnya kesehatan ibu dan anak, maka bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan sehingga lebih profesional dalam menangani berbagai permasalahan yang dihadapi.

DAFTAR PUSTAKA

Cunningham, dkk, 2006, **OBSTETRI WILLIAM**, Edisi 21 Vol 1, EGC, Yakarta

Manuaba, 2002, **ILMU KEBIDANAN, PENYAKIT KANDUNGAN DAN**

KELUARGA BERENCANA UNTUK PENDIDIKAN BIDAN, EGC, Jakarta

_____, 2002, **KAPITA SELEKTA PENATALAKSANAAN RUTIN OBSTETRI**

GINEKOLOGI DAN KB, EGC, Jakarta

_____, 2002, **MEMAHAMI KESEHATAN REPRODUKSI WANITA**, Arcan,
Jakarta

Pillitteri, 2002, **BUKU SAKU PERAWATAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**, EGC,
Jakarta

Pillitteri, 2002, **BUKU PANDUAN PRAKTIS PELAYANAN KESEHATAN**
MATERNAL DAN NEONATAL, Penerbit Y B P – S P, Jakarta

Saifuddin, 2001, **BUKU ACUAN NASIONAL PELAYANAN KESEHATAN**
MATERNAL DAN NEONATAL, Penerbit Y B P – S P, Jakarta

Varney, H, 2003, **PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN**, EGC, Jakarta

Gunardi, 2004, **ASUHAN PERSALINAN NORMAL, BUKU ACUAN MATERNAL**
NEONATAL HEALTH, Dir Jen Kes Mas, Jakarta



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : WINNY BUKIT BARISANI
NIM : PO. 71.24.4.06.41
PEMBIMBING I : Dra. WELMINTJE SAPARI, M. Kes.
PEMBIMBING II : TREDRIKA RUMAROPEN, S. ST.

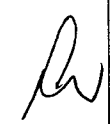
N o	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbhg
1	12/8 '08	Bab I Bab II Bab III Perbaiki	Kembali tgl 15-8-08 jam 13.00	MB
2		Bab IV		
3	15/8 '08	Bab IV Bab V Daftar Pustaka Perbaiki	Kembali tgl 18-8-08 jam 16.00	MB
4	25/8 '08	Daftar Pustaka Perbaiki	Kembali tgl 25/8 '08 jam 13.00	MB
5	26/8 '08	Ace → Gandaan		MB



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : WINNY BUKIT BARISANI
NIM : 10.71.24.4.06.41
PEMBIMBING I : Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes.
PEMBIMBING II : TREDRIKA RUMAROPEN, S.ST.

N o	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	22/08 7	Bab I	Perbaiki Redaksi.	
2	23/08 7 p10.00	Bab I	① Perbaiki redaksi di hal I, II ② juga lupa → no ² huruf ③ konsul kembali + Bab II	
3	25/08 7 p10	Bab I → ok Bab II →	Perbaiki Format saji kembali konsul.	
4	28/08 7 p11.00	Bab II → ok	A. Perbaiki redaksi B. kembali bawa Bab III C. bagian 3. 145 lebih banyak (hat 26)	
5	5/8-08 sag	Bab II & III Bab. III a.	ok. kembali bawa Bab III.	

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	7/08. 8	Bab <u>III</u>	ok, perbaiki format yg blm bnk kembali bnwa bab <u>IV</u>	
7	9/8-08	Bab <u>IV</u>	lengkap balikit yg. missing kembalikan bnwa bab <u>IV</u> , <u>V</u> .	
8	11/8-08	Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u>	ok.	
9				
10				

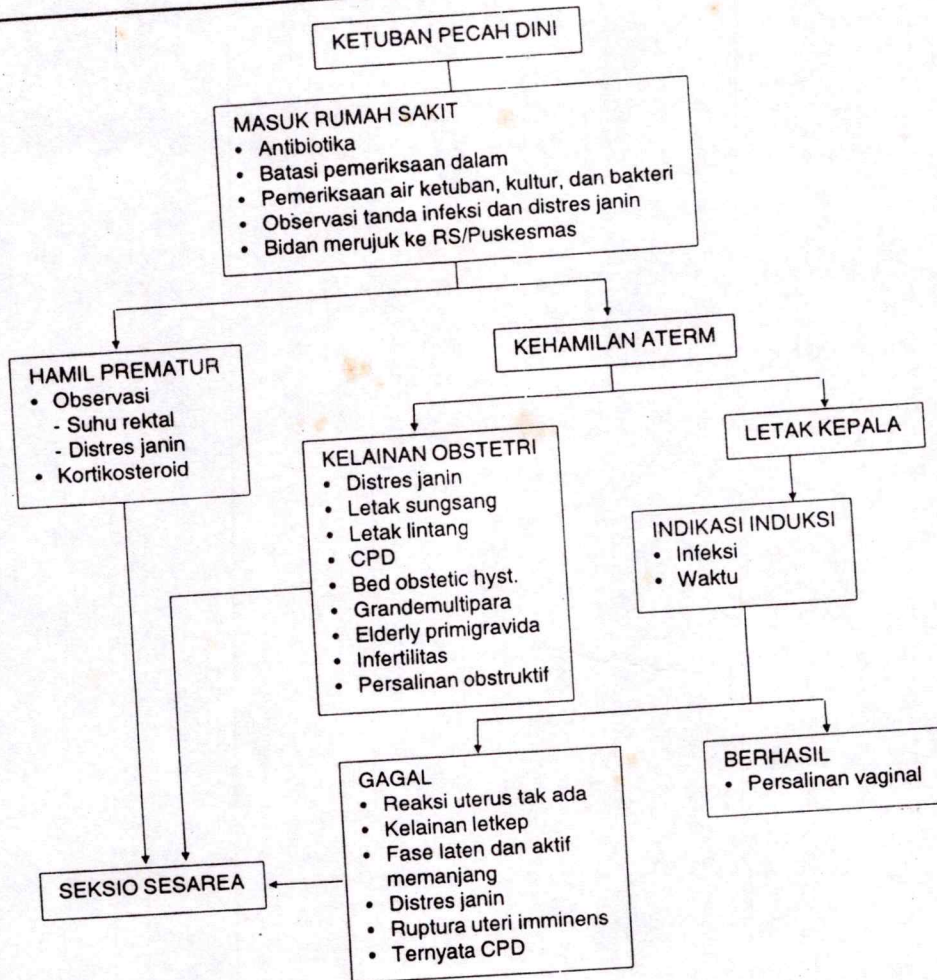
Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



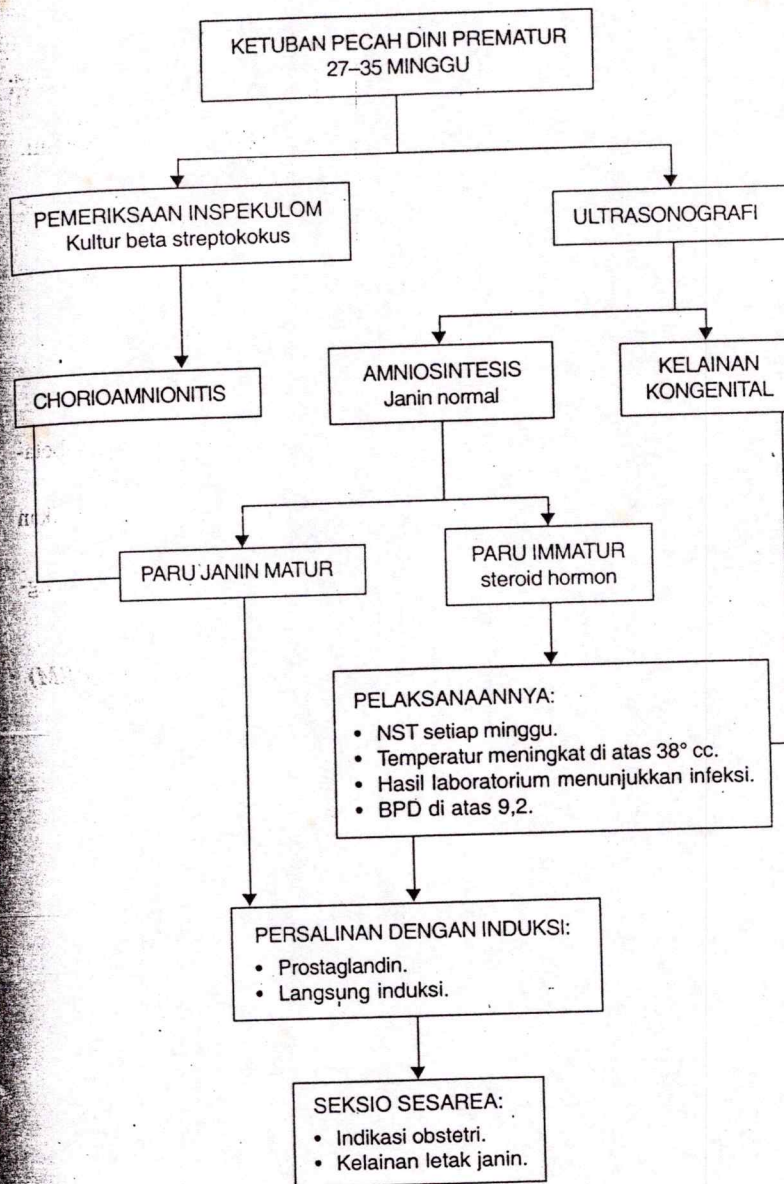
Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP 640 010 681

Tatalaksana penanganan



- Pada umur kehamilan 24 sampai 32 minggu yang menyebabkan menunggu berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan, dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan.
- Menghadapi ketuban pecah dini, diperlukan KIM terhadap ibu dan keluarga sehingga terdapat pengertian bahwa tindakan mendadak mungkin dilakukan dengan pertimbangan untuk menyelamatkan ibu dan mungkin harus mengorbankan janinnya.
- Pemeriksaan yang penting dilakukan adalah USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan L/S.

TATALAKSANA KETUBAN DINI KEHAMILAN PREMATUR DAN KEHAMILAN ATERM



Obstetri

Tabel 19.1: Penatalaksanaan ketuban pecah dini

KETUBAN PECAH			
< 37 MINGGU		≥ 37 MINGGU	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol	Amoksisilin + eritromisin untuk 7 hari	Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol.	Lahirkan bayi
Lahirkan bayi	Steroid untuk pematangan paru	Lahirkan bayi	Berikan penisilin atau ampicilin
ANTIBIOTIKA SETELAH PERSALINAN			
Profilaksis	Infeksi	Tidak ada infeksi	
Stop antibiotik	Lanjutkan untuk 24 – 48 jam setelah bebas panas	Tidak perlu antibiotik	

1.



**PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA**

Jl. Kesehatan No. 01 Dok II Jayapura Telp. (0967) 533616, 533567. Fax (0967) 533781
J A Y A P U R A

Jayapura, 16 Juli 2008

Nomor : 890.38 /SDM-LITBANG/01/2008
Lampiran : 1 (satu) Berkas
Perihal : Ijin Pengambilan Data 16 Mahasiswa
Kebidanan Poltekkes Jayapura

Kepada Yth

1. Kepala Instalasi Kebidanan
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Kepala Seksi Reka Medik
4. Kepala Ruangan Kebidanan
RSUD Kelas B Pendidikan Jayapura .

Di –
Jayapura

Dengan Hormat,

- Menindaklanjuti :
1. Surat Permohonan Ijin Pegambvilan Data dari ketua jurusan kebidanan Nomo:DL02.02.02.187 tanggal 14 Juli 2008 .
 2. Disposisi Wadir. SDM dengan Nomor agenda rumah sakit 420 / 426 tanggal : 15 Juli 2008 koordinasi ijin berkaitan dengan topik Pengambilan Data Untuk Penulisan KTI (Karya Tulis Ilmuan).

Maka perlu disampaikan hal-hal sebagai berikut :

- ① Pengambilan Data akan dilakukan olehke 16(enam belas) Mahasiswa D- III Kebidanan Tgl : 17 Juli s/d 18 Juli 2008 .
- ① Data yang diambil sesuai dengan penyakit pada masing – masing Mahasiswa
- ③ Mohon bantuan dan kerjasamanya dalam memberi informasi serta tidak mengganggu aktifitas di ruangan sesuai dengan peraturan rumah sakit .

Demikian kami sampaikan, atas kerjasama yang baik diucapkan terimakasih.



NIP. 140 185 869

Tindakan :

- Wadir. Pelayanan Umum & Reka Medik
- Kabid Keperawatan
- ~~Kasi Reka Medik~~
- kajur. Kebidanan.
- Yang bersangkutan ✓
- Arsip

