

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA Ny. Y DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN By. Ny. Y DI KOTA PONTIANAK TAHUN 2019

Devi Puspitasari¹, Dwi Khalisa Putri², Tilawaty Aprina²

¹Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

²Dosen Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak
Jl. Ampera No. 9 Telp (0561) 6655112, 6655114/ Fax. (0561) 6655115

e-mail : devipuspitasari47572@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Derajat kesehatan suatu Negara ditentukan oleh indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa, dimana terbagi atas beberapa Negara antara lain Amerika Serikat 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (Warta Kesehatan, 2015). Pada Angka Kematian Bayi secara global menurun menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015). Berdasarkan hasil laporan Dinkes Kalimantan Barat tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 95 kematian ibu per per 100.000 kelahiran hidup. Proporsi angka kematian ibu per Desember 2018 di Kalbar yaitu pendarahan (48,23%), HDK (20%), infeksi (23,53%), gangguan sistem peredaran darah (7,06%), gangguan metabolik (1,18%) dan lain-lain (Dinkes Provinsi Kalimantan Barat, 2018).

Tujuan Penelitian: Mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. Y dan Bayi Ny. Y di Kota Pontianak Tahun 2019.

Metode Penelitian: Menggunakan metode observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus/*Case Study Research* (CSR).

Hasil Penelitian: Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dari pembahasan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y dan By. Ny. Y dengan menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi, dan tidak ada kesenjangan antara teori dan di lapangan.

Simpulan: Dengan diterapkannya asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. Y hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir telah didapatkan hasil yang diharapkan yaitu Ny. Y dan By. Ny. Y dalam keadaan sehat.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Komprehensif, Ibu Bersalin, Ketuban Pecah Dini

COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE AT MRS. Y WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND HER BABY IN PONTIANAK CITY 2019

ABSTRACT

Background: The health status of a country is determined by indicators of the Maternal Mortality Rate (MMR) and the Infant Mortality Rate (IMR). According to the WHO report in 2014, Maternal Mortality Rate (MMR) including the United States of America 9.300 people, North Africa 179.000 people and Southeast Asia 16,000 people (Health News, 2015). The global infant mortality rate has decreased to 32 per 1.000 live births in 2015 (WHO, 2015). Based on the results of the West Kalimantan Health Office report in 2018 the maternal mortality rate (MMR) the proportion of maternal mortality for December 2018 in West Kalimantan is hemorrhage (48.23%), Gestational hypertension (20%), infection (23.53%), circulatory system disorders (7.06%), metabolic disorders (1.18%) etc.

Research Objectives: Able to provide comprehensive midwifery care to Mrs. Y and Baby Mrs. Y in Pontianak City in 2019

Research Methods: Using a descriptive observational method with a Case Study Research (CSR).

Results: Based on the midwifery care that has been carried out from the discussion of Comprehensive Midwifery Care at Mrs. Y and Baby Mrs. Y using 7 varney steps starting from data collection to evaluation, and there is no gap between theory and in the field.

Conclusion: With the implementation of comprehensive midwifery care in pregnancy Mrs. Y, during childbirth, childbirth and newborns have received result, namely Mrs. Y and her baby is in good health.

Keywords: Comprehensive Midwifery Care, Mother in Maternity, Premature rupture of membranes

PENDAHULUAN

Derajat kesehatan suatu negara ditentukan oleh indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa. Dimana terbagi atas beberapa Negara antara lain Amerika Serikat 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (Warta Kesehatan, 2015). Pada Angka Kematian Bayi secara global menurun menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Berdasarkan hasil laporan Dinas Kesehatan Kalimantan Barat tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 95 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Proporsi angka kematian ibu per Desember 2018 di Kalbar yaitu pendarahan (48,23%), HDK (20%), infeksi (23,53%), gangguan sistem peredaran darah (7,06%), gangguan metabolik (1,18%) dan lain-lain (Dinkes Provinsi Kalimantan Barat, 2018).

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologik yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho dan Utama, 2014). Kehamilan dibagi dalam tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai keenam dan triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai kesembilan. Faktor resiko pada ibu hamil seperti umur terlalu muda atau tua, banyak anak dan beberapa faktor biologis lainnya adalah keadaan yang secara tidak langsung menambah resiko kesakitan dan kematian pada ibu hamil. Resiko tinggi adalah keadaan yang berbahaya dan mungkin terjadi penyebab langsung kematian ibu misalnya pendarahan melalui jalan lahir, eklamsia dan infeksi. Beberapa faktor resiko yang sekaligus terdapat pada seorang ibu dapat menjadikan kehamilan beresiko tinggi.

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah yang masih banyak terjadi dalam kebidanan. Banyak faktor yang dapat menyebabkan KPD antara lain sungsang, preeklamsi, anemia, gemelli dan hidramnion. Faktor-faktor tersebut merupakan faktor yang menjadi penyebab kematian ibu dan kematian bayi.

Penyebab dari KPD masih belum jelas, maka tindakan preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan terjadinya infeksi. Walaupun ketuban sering pecah spontan sebelum persalinan semakin lama selaput tersebut pecah sebelum kelahiran akan semakin besar risiko infeksi pada janin maupun ibunya (Manuaba, 2010). Penyebab terjadinya infeksi karena proses yang dilalui selama kehamilan maupun dalam persalinan seperti KPD 65%, febris 17%, amnionitis 0,5-1,5%, infeksi saluran kemih 15%. KPD merupakan urutan pertama penyebab infeksi yang dapat menyebabkan AKI (Supartini, 2011).

Adapun faktor risiko dari Ketuban Pecah Dini adalah umur, paritas, riwayat KPD, kehamilan ganda. Wanita yang melahirkan anak pada usia di bawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Pada usia di bawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan matang sehingga belum dapat menerima kehamilan dan persalinan dengan baik, sedangkan pada usia di atas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mulai berkurang kemampuannya dalam menerima kehamilan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama KPD akan lebih besar (Masnida, 2013). Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyusun laporan *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. Y yang Mengalami Ketuban Pecah Dini dan By. Ny. Y di Kota Pontianak Tahun 2019*.

METODE

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan study kasus/ *Case Study Research* (CSR). Menurut Sulistyaningsih (2011), metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan atau area populasi tertentu yang bersifat faktual dan objektif, sistematis dan akurat. Penelitian deskriptif dapat diartikan sebagai penelitian yang dimaksud untuk melihat fenomena individual, situasi, kelompok tertentu yang terjadi secara akurat. Studi kasus ini tentang Asuhan Kebidanan

Komprehensif pada Ny. Y yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD). Subjek studi kasus ini adalah Ny. Y dan bayi Ny. Y.

Teknik pengumpulan data penelitian ini adalah dengan cara:

1. Wawancara

Dalam pelaksanaan penelitian, wawancara yang digunakan dalam bentuk pedoman wawancara "*semi structured*", yaitu penelitian menanyakan pertanyaan yang sudah terstruktur, kemudian satu persatu diperdalam untuk menggali keterangan lebih lanjut.

2. Observasi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengamati keadaan umum, pemantauan pada Ny. Y dan Bayi Ny. Y serta tumbuh kembang hingga usia 1 tahun.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki (*head to toe*) yang meliputi inspeksi, perkusi, auskultasi, dan pemeriksaan penunjang untuk melengkapi format pengkajian.

4. Diskusi

Peneliti mengadakan tanya jawab dengan bidan yang menanggung jawab serta berdiskusi dengan dosen pembimbing laporan tugas ini.

5. Laporan dokumentasi asuhan kebidanan dibuat dalam bentuk SOAP.

Jenis data dari penelitian ini dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Data primer

Data primer diperoleh dari pemeriksaan yang dilakukan secara sistematis dari *head to toe*, wawancara yang dilakukan dengan menggunakan format asuhan kebidanan, dan observasi yang dilakukan secara langsung dilakukan penulis pada asuhan kebidanan komprehensif.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh langsung dari lingkungan studi kasus (Arikunto, 2010). Dokumen ini didapat dengan melihat buku KIA.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Indikator yang diteliti	Jumlah Kunjungan	Hasil
Kehamilan	Kunjungan ANC 1 (07-12-2018)	Usia Kehamilan 11 minggu
	Kunjungan ANC 2 (02-04-2019)	Usia kehamilan 26 minggu
	Kunjungan ANC 3 (18-05-2019)	Usia kehamilan 32-33 minggu
	Kunjungan ANC 4 (22-06-2019)	Usia kehamilan 38 minggu
Persalinan	12-13 Juli 2019	Tanggal 13 Juli 2019 pukul 12.30 Wiba PD lengkap, ketuban pecah spontan pukul 13.30 Wiba (12 Juli 2019) putih keruh ± 50 cc, W HIII-HIV, pukul 12.35 Wiba partus lahir spontan laki-laki hidup menangis BB: 3700 gram, PB: 51 cm, LIKA: 33 cm, anus (+), kelainan (-), plasenta lahir spontan pukul 12.40 Wiba plasenta berwarna merah segar (selaput karion-amnion, kontiledon, dan tali pusat) plasenta lengkap dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, laserasi jalan lahir mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfinger ani eksternal derajat III ± 150 cc, TD: 126/71 mmHg, N: 89 x/mnt, R: 20 x/mnt, S: 36°C, TFU 2 jari di bawah pusat.
Nifas	Kunjungan nifas 1 (13-07-2019)	Nifas 6-8 jam
	Kunjungan nifas 2 (17-07-2019)	Nifas 4 hari
	Kunjungan nifas 3 (31-07-2019)	Nifas 2 minggu
	Kunjungan nifas 4 (22-08-2019)	Nifas 5 minggu pro KB 3 bulan
	Kunjungan BBL 1 (13-07-2019)	Neonatus 6 jam
	Kunjungan BBL 2 (17-07-2019)	Neonatus 4 hari
	Kunjungan BBL 3 (31-07-2019)	Neonatus 2 minggu
Imunisasi	Imunisasi Hb0	Neonatus 24 jam
	Imunisasi BCG dan Polio 1	Neonatus usia 1 bulan
	Imunisasi DPT-Hb-Hib 1 dan Polio 2	Neonatus usia 2 bulan 5 hari
	Imunisasi DPT-Hb-	Neonatus usia 3 bulan

	Hib 2 dan Polio 3	
	Imunisasi DPT-Hb-Hib 3 dan Polio 4	Neonatus usia 4 bulan
KB	22 Agustus 2019	Suntik KB 3 bulan

Hasil dari data subjektif yang dilakukan pada Kala I, Kala II, Kala III dan Kala IV didapati adanya kesenjangan antara teori dengan data yang ada di lapangan.

a. Data subjektif

Tabel 2. Kesenjangan Data Subjektif Asuhan Persalinan

No.	Temuan	Teori
1	<p>Kala I</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan ia dari BPM Delima dengan letak sungsang dan ketuban pecah dini Ibu mengatakan mules sejak jam 15.00 Wiba keluar darah lender Ibu mengatakan ada keluar air ketuban pukul 13.30 Wib (12 Juli 2019) 	<p>Pasien dikatakan dalam tahap persalinan Kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulistyawati, 2010). KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya dimana pada primipara pembukaan serviks kurang 3 cm, dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sepduwiana, 2011).</p>

Menurut Sulistyawati (2011) tanda-tanda terjadinya persalinan adalah kekuatan his semakin sering terjadi dan teratur, terjadi pengeluaran yaitu lendir bercampur darah, dan disertai dengan pecahnya ketuban. Pada tanggal 12 Juli 2019 pukul 13.30 Wiba, yaitu klien mengatakan sudah merasakan mules-mules yang kencang dan ada rasa ingin meneran. Pada tanggal 13 Juli 2019 hasil

pemeriksaan ada keluar lendir bercampur darah, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban (-), terbawah (bokong), kepala (-) H III-IV pada. Pemeriksaan palpasi teraba his inaadekuat 2 kali dalam 10 menit lamanya 25 detik, his inaadekuat dan tidak teratur. Jadi, ada kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

Menurut Mathai et al (2002) dalam artikel Moudy E. U Djami tentang persalinan lama, induksi dan akselerasi persalinan menyebutkan frekuensi his kurang dari 3 kali dalam 10 menit dengan durasi <40 detik, pembukaan serviks dan turunnya bagian janin di presentasi tidak maju, sedangkan his baik pembukaan serviks dan turunnya bagian janin dipresentasi tidak maju dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda ruptur uteri iminen, gawat janin kelainan presentasi (selain vertex dengan oksiput anterior) dengan diagnosis fase aktif memanjang, Inersia uteri, CPD, Obstruksi kepala, Malpresentasi atau malposisi.

Inersia uteri menyebabkan rintangan pada jalan lahir, dan tidak dapat diatasi sehingga menyebabkan persalinan macet/ lama. Manuaba (2001) menambahkan bahwa persalinan lama dapat terjadi akibat kelainan his antara lain inersia uteri yang sifat hisnya lemah, pendek dan jarang dari normal. Timbulnya his adalah indikasi mulainya persalinan, apabila his yang timbul sifatnya lemah, pendek, dan jarang maka akan mempengaruhi turunnya kepala dan pembukaan serviks atau yang sering disebut dengan inkoordinasi kontraksi otot rahim, dimana keadaan inkoordinasi kontraksi otot rahim ini dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengusiran janin dari dalam rahim, pada akhirnya ibu akan mengalami persalinan lama karena tidak adanya kemajuan dalam persalinan (Prawirohardjo, 2002).

Menurut Sri Yohana, Wike (2012) dalam hasil pra survey di Rumah Sakit Dr. H. Abdul Moeloek angka kejadian persalinan lama yang terjadi pada tahun 2012 dari 2.424 kelahiran bayi terjadi kasus persalinan lama sebanyak 802 kasus (33%) yang diakibatkan oleh Ketuban Pecah Dini (KPD) 229 (28,5%), kelainan letak janin 283 (35,2%) dan kelainan his 79 (9,85%).

Menurut Prawirohardjo (2011) faktor *power* atau his dan kekuatan yang mendorong janin keluar adalah faktor yang sangat penting dalam proses persalinan. Kelainan his menyebabkan kerintangan jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Berdasarkan hasil penelitian Handa dan Laros dalam Prawirohardjo (2011) mendiagnosis kemacetan fase aktif (tidak ada pembukaan selama 2 jam atau lebih) pada 5 persen nulipara aterm. Insiden ini belum berubah sejak tahun 1990-an. Kontraksi uterus yang kurang adekuat berhubungan dengan kejadian partus lama dimana kurang dari 180 satuan Montevideo, didiagnosis pada 80 persen ibu dengan kemacetan fase aktif selama persalinan.

Ibu dengan ketuban pecah dini akan menyebabkan persalinan berlangsung lebih dari 12 jam sehingga akan semakin berisiko untuk mengalami partus lama. KPD dibagi menjadi dua kategori yaitu KPD preterm yaitu sebelum usia kehamilan 37 minggu dan KPD yang memanjang yaitu KPD yang terjadi pada akhir kehamilan dengan lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan sehingga berakibat pada kejadian partus lama (Rukiyah, A. 2010) Hal ini juga sesuai dengan penelitian Park, dkk menyimpulkan bahwa wanita dengan Ketuban Pecah Dini mempunyai rata-rata durasi waktu kala II persalinan yang lebih lama dan mempunyai angka persalinan seksio sesarea yang lebih tinggi karena kegagalan kemajuan persalinan daripada wanita dengan ketuban utuh (Farihaalthafunnisa, 2011).

Menurut Jannah (2015) persalinan cukup bulan yaitu persalinan yang usia kehamilannya 37 minggu sampai 42 minggu, jadi ada kesesuaian antara teori dengan kenyataan yang ada. Hasil anamnesa yang telah dilakukan penulis, dari hari pertama haid terakhir Ny. Y yaitu tanggal 26 September 2018 sehingga didapatkan taksiran persalinannya pada tanggal 03 Juli 2019. Dilihat dari hari pertama haid terakhir pada tanggal 26 September 2018 yaitu 41 minggu. Usia kehamilan Ny. Y menunjukkan bahwa kehamilannya cukup bulan, jadi ada kesesuaian antara teori dengan kenyataan yang ada.

b. Data objektif

Tabel 3. Kesenjangan Data Objektif Asuhan Persalinan

No	Temuan	Teori
1	<p>Kala I</p> <ul style="list-style-type: none"> • (19.30 Wiba) Tensi darah : 100/80 mmHg DJJ : 140 x/m His : 2x10'20'' VT : 4 centimeter Ket (-) Kep : H I Letak : W Porsio : Tebal Terpasang Infus Rl 20 Tpm dari BPM Delima, diganti dan dipasangkan kembali infus RL+Nacl 20 Tpm. • (02.00 Wiba) DJJ : 140 x/m His : 2x10'20'' VT : 6 centimeter Ket (-) Kep : H I Letak : W Porsio : Tebal • (05.00 Wiab) Tekanan Darah : 130/86 mmHg DJJ : 140 x/m His : 2x10'30'' VT : 6 centimeter Ket (-) Kep : H II Letak : W Porsio : Tebal • (08.30 Wiba) DJJ : 140 x/m His : 2x10'35'' VT : 7 centimeter Ket (-) Kep : H II Letak : W Porsio : tebal • (11.00 Wiba) saran SC DJJ : 136 x/m His : 2x10'45'' VT : 7 centimeter Ket (-) Kep : H II Letak : W 	<p>Kala I (fase pembukaan)</p> <p>Kala I di sebut sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 hingga pembukaan 10 cm (lengkap). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his di bagi menjadi 2 fase, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fase laten Berlangsung selama 8 jam, terjadi sangat lambat hingga mencapai 3 cm 2) Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm. b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. c) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap. Kala I pada primigravida dan multigravida berbeda. Untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida berlangsung 8 jam. Berdasarkan hitungan <i>friedman</i>, pembukaan 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Puspitasari, Eka dan Kurnia Dwi. 2014).

Porsio : Tebal		
2	Kala II Pukul 12.30 Wiba hingga 12.35 Wiba. By. Ny harus keluar dalam jangka waktu 5-7 menit karena letak bayinya sungsang dan By. Ny. Y lahir dalam waktu 5 menit.	Proses kala II pada primigravida berlangsung maksimal 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam (Sumarah, 2009). Prognosa tidak begitu baik, karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong lahir dan setelah perut lahir, tali pusat terjepit antara kepala dan panggul, sehingga bayi bisa mengalami asfiksia. Oleh karena itu supaya janin hidup, kepala janin harus dilahirkan dalam waktu maksimal delapan (8) menit sejak lahir sebatas pusat (Sutrisminah, Emi. 2006)
3	Kala III 12.35 Wiba hingga 12.40 Wiba	Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar-benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar 15 sampai 30 menit, baik primipara maupun multipara (Marmi, 2016)

Pada kasus Ny. Y terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang terjadi di lapangan. Letak kesenjangan sudah terjadi sejak di Rumah Sakit yang harusnya pasien dirujuk bila sudah melewati batas waktu dan harus dilakukan operasi (SC) karena pasien mengalami KPD + Sungsang, tetapi pasien akhirnya bersalin secara normal dan ibu dan bayi mengalami keadaan yang sehat tanpa ada yang meninggal dunia, lamanya persalinan adalah 23 jam dari BPM Delima sampai dirujuk ke RS Yarsi. Menurut Manuaba (2010) Ketuban pecah dini atau *prematur rupture of the membranes* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi di atas 37 minggu kehamilan, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak.

Pada kasus By. Ny. Y yaitu Ketuban Pecah Dini (KPD) terjadi pada di atas 37 minggu dan faktor letak sungsang. Banyak faktor yang dapat menyebabkan KPD antara lain sungsang, preklamsi, anemia, gemelli dan hidramnion, jadi berdasarkan penelitian ini, ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) bisa terjadi karena faktor sungsang dan di atas 37 minggu.

Tabel 4. Kesenjangan Penatalaksanaan Persalinan Ketuban Pecah Dini

No	Temuan	Teori
1	<p>Bidan inisiatif CTG hasil sudah dikirim ke Dr. Sp.Og saran rujuk RSUD Soedarso. Tetapi pasien menolak karena sudah kelelahan dan tidak mau dirujuk (APS) menolak rujukkan.</p>	<p>Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan yang sebenarnya mulai. KPD merupakan faktor risiko yang berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas janin dan ibu. Meningkatkan risiko tersebut ada hubungannya dengan lama periode laten dan lamanya ketuban pecah sampai jalan lahir.</p>
2	<p>Penatalaksanaan dirujuk : Pada jam 11:30 pasien sudah merasa tidak mampu atau lemas, karena sudah kehabisan tenaga dari kemaren, lalu bidan berinisiatif untuk menyarankan rujuk ke RSUD Soedarso karena disana alat lengkap, dan dokter spesialis pun ada, tetapi pihak dari pasien sudah tidak mampu lagi karena merasa kasihan. Kemudian dokter yang menangani pasien juga menyarankan harus SC, dan harus dilakukan dengan cepat tetapi pasien masih saja menolak karena sudah lemas dan ingin melahirkan di RS YARSI. Lalu bidan pun memenuhi keinginan pasien dan ditunggu 1 jam lagi jika tidak ada kemajuan terpaksa harus dirujuk karena selain KPD bayinya juga Sunsang, pasien pun menyetujui.</p>	<p>Meningkatnya risiko tersebut ada hubungannya dengan lama periode laten dan lamanya ketuban pecah sampai jalan lahir.</p> <p>Komplikasi yang mungkin terjadi adalah meningkatnya risiko infeksi pada ibu dan janin tali pusat menumbung, dan persalinan operatif, sedangkan pada kehamilan premature dapat meningkatkan angka kelahiran prematur dengan resiko kematian prenatal akibat sindroma gawat napas dan akibat kegagalan fungsi organ karena prematur ya.</p> <p>Persoalan penanganan KPD antara yang aktif, yaitu segera diterminasi kehamilannya, dengan yang pasif yaitu diterminasi kehamilan jika terjadi infeksi, masih kontroversi. Beberapa ahli berpendapat bahwa resiko infeksi dapat terjadi setiap saatnya setelah ketuban pecah dan infeksi janin mungkin sudah terjadi walaupun belum ada tanda-tanda infeksi pada ibu, sehingga atas dasar alasan tersebut mereka lebih memilih yang aktif, yaitu melakukan induksi segera setelah induksi. KPD ditegakkan. Sebaliknya ada berpendapat bahwa resiko infeksi baru meningkat secara bermakna setelah periode waktu tertentu. Faktor aktif akan meningkatkan angka persalinan operatif pada hal hampir 90% kasus KPD akan terjadi persalinan spontan dalam waktu 24 jam, sehingga berdasarkan alasan tersebut mereka memilih yang pasif yaitu menunggu persalinan spontan dan bila dalam waktu tertentu belum ada tanda persalinan dilakukan induksi persalinan. Lama menunggu juga berbeda. Ada yang menganjurkan 12</p>

	<p>jam, 24 jam dan bahkan yang menunggu sampai 72 jam. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan hasil penanganan KPD secara laten dan pasif dalam hubungannya dengan cara persalinan kejadian infeksi pada ibu dan janin serta apgar skor bayi (Sofowan, Sulchan, 1999)</p> <p>Menurut Sukarni (2013) pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan lebih dari 5 cm, maka seksio sesarea apabila ketuban pecah kurang dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm. Sedangkan untuk penangan aktif yaitu untuk kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25μg - 50μg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Prawirohardjo, 2009).</p>
--	--

Berdasarkan hasil persalinan pada kala 1 di kolom penatalaksanaan poin 6 dan 7 terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang terjadi di lapangan dimana pada jam 11.30 Wiba Ny. Y menolak saran dari pihak rumah sakit untuk dirujuk (SC) ke RSUD Soedarso dikarenakan Ny. Y sudah kehabisan tenaga atau sudah kelelahan sehingga memutuskan untuk melahirkan di RS Yarsi saja, lalu bidan pun memenuhi keinginan pasien dan ditunggu 1 jam lagi jika tidak ada kemajuan terpaksa harus dirujuk karena selain KPD bayinya juga sunsang, pasien pun menyetujui saran bidan. Menurut Prawirohardjo (2011) faktor *power* atau his dan kekuatan yang mendorong janin keluar adalah faktor yang sangat penting dalam proses persalinan. Kelainan his menyebabkan kerintangan jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Menurut Yulifah (2014) identifikasi diagnosis atau masalah potensial kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi dan dibutuhkan antisipasi, bila

memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang didiagnosis potensial yang mungkin terjadi pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerpalis atau masa nifas, *dry lebou* atau partus lama, perdarahan post partum, meningkatkannya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan masalah potensial yang terjadi pada janin yaitu prematuritas (*respiratory distress syndrom, hypotermia, neonatal feeding problem, retinopathy of premturit, intraventricular hemorrhage, necroticing entrecolitis, brain disorder and risk of serebral palsy, hipoksia, hiperbilirubinia, anemia, sepsis*), prolaps funiculli atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia, sekunder (kompresi tali pusat, prolaps uteri, dry labour atau partus lama, apgar score rendah, ensefalopy, cerebral palsy, perdarahan intracranial, renal failure, aman).

Menurut Sukarni (2013) pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan lebih dari 5 cm, maka seksio sesarea apabila ketuban pecah kurang dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm. Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea, dapat diberikan misoprostol 25µg - 50µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Prawirohardjo, 2009). Pada kasus Ny. Y bahwa persalinan pada kasus KPD dengan faktor sungsang dilahirkan secara normal tanpa adanya seksio sesarea (SC) dengan lamanya persalinan adalah 23 jam.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan pemebrian dukungan psikologis dan penolong persalinan menjadi faktor ibu pada saat persalinan. Kecemasan ibu menghadapi persalinan menjadi dampak terjadinya proses persalinan yang lama. Sehingga dibutuhkan peran suami dan keluarga serta tenaga kesehatan agar dapat memberikan perhatian lebih pada ibu bersalin. Penelitian

selanjutnya disarankan agar lebih memperhatikan aspek psikologi ibu pada saat memberikan asuhan kebidanan persalinan. Pemberdayaan suami dan keluarga sangat penting untuk membantu ibu semangat dalam menghadapi persalinannya.

REFERENSI

1. A.i Yeyeh, Rukiyah, Dkk. et al. 2010. *Asuhan Kebidanan I*. Jakarta: Trans Info Media.
2. Arikunto, S. 2010. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat. 2018. *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat*. Pontianak: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat.
4. Djami, Moudy E.U. 2015. *Persalinan Lama, Induksi dan Akselerasi Persalinan*. (Publikasi Artikel: <http://www.Moudyamo.Wordpress.com>) (Tanggal akses 14 Agustus 2020).
5. Farihaalthafunnisa. 2011. *Komplikasi Pada Kehamilan Trimester III*. <http://farihaalthafunnisa-midwifery.blogspot.com> (Tanggal akses 09 Juli 2020)
6. Jannah, N. 2015. *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi*. E. K. Yudha, (ed). Jakarta: EGC.
7. Manuaba, I.B.G. 2001. *Kapita Selektta Penatalaksanaan Rutin Obstretic Genekologi dan KB*. Jakarta: EGC.
8. Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
9. Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas "Puerperium Care"*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
10. Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
11. Nugroho. T, dkk. 2014. *Buku Ajar Askeb I Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
12. Puspitasari, Eka dan Kurnia Dwi Rimandini. S.ST. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal care)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

13. Prawiroharjo, S. 2002. *Ilmu Kebidanan*. JAKARTA: PT Bina Pustaka Sarwono.
14. Prawiroharjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. JAKARTA: PT Bina Pustaka Sarwono.
15. Prawiroharjo, S. 2011. *Ilmu Kebidanan*. JAKARTA: PT Bina Pustaka Sarwono.
16. Sepduwiana, H. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu*. Jurnal Maternity and Neonatal.
17. Sofoewan, Sulchan. 1999. *Ketuban Pecah Dini Paada Kehamilan Yang Cukup Bulan: Penanganan Secara AKTI (PA) dan Penanganan Secara Konservatif*. Yogyakarta: Jurnal Berkala Ilmu Kedokteran Vol 31, No 2, Juni 1999.
18. Sri Yohana,Wike. 2016. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Lama*. Lampung: 'Aisyiyah.journalpress.id Vol 1, No 1.
19. Sukarni K, I. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
20. Sulistyarningsih. 2011. *Metodologi Penelitian Kebidanan, Kuantitatif dan Kualitatif Edisi Pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
21. Sulistyawati, A. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
22. Sulistyawati, A. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
23. Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya.
24. Supartini, Y. 2011. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
25. Sutrisminah, Emi. 2006. *Penatalaksanaan Letak Sungsang*. Semarang: Majalah Ilmiah Sultan Agung Volume XXXII No. 106.
26. WHO. 2014. *Maternal Mortality: World Health Organization*. (www.who.int/news-room/fact-sheets.com).

27. WHO. 2015. *World Health Statistic*: World Health Organization. (www.who.int/gho/publication.com).
28. Yulifah, Rita. 2014. *Konsep Kebidanan untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.



