

a. Riwayat Kehamilan Sekarang

Haid : teratur/ tidak teratur/ sakit/ tidak sakit.

Siklus : 28 Hari.

Banyaknya : biasa/ sedikit/ banyak.

HPHT : 16 Maret 2020 Taksiran Persalinan 23 Desember
2020 lama hamil 39 minggu.

Gerakan anak pertama kali dirasakan : 4 bulan.

Periksa Hamil : Dokter/Bidan /paramedik, dukun.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Dikirim oleh : Datang sendiri/ Oleh suami.

His mulai : Sejak tanggal 15 Desember 2020 Jam 02.30 wib.

Darah Lendir : Sejak tanggal 15 Desember 2020 Jam 04.00 wib.

Ketuban : Belum/ pecah, sejak tanggal 15 Desember 2020
Jam 05.30 wib.

2. Anamnesis Khusus

Keluhan utama : Mules-mules dan pengeluaran air.

Riwayat perjalanan penyakit : Pasien datang dengan keluhan sakit
dibagian perut bawah hingga pinggang
belakang dan sudah ada keluar lendir
dan pengeluaran air seperti cairan
ketuban.

Data Objektif

1. Status Presens

Berat badan : 63 Kg Tekanan darah : 125/86 mmHg
Tinggi badan : 157 cm Nadi : 80 kali per menit Hb : g%
Keadaan Umum : Baik Pernapasan : 20 kali per menit Leukosit : /mm²
Anemia/ Ikterus Hati/Limfe : Normal Urine : Protein urine +1
Edema : (-) Kesadaran : Composmentis Varices: (-)
Gizi : Baik Refleks : (+) Payudara : Normal
Jantung : Normal Paru-paru : Normal

2. Status Obstetri

Pemeriksaan Luar :

Tanggal 15 Desember 2020 Jam 06. 50 wib.

Leopold I : TFU 33 cm, teraba lebar lunak (bokong).

Leopold II : Sebelah kanan perut ibu teraba panjang, keras (punggung), kiri teraba bagian kecil-kecil janin.

Leopold III : Bagian terbawah kepala.

Leopold IV : Divergen.

DJJ : 142 kali per menit.

Teratur/ tidak teratur.

His : 3 kali per 10 menit.

Lamanya : 15 detik.

Adekuat/ inadekuat.

Taksiran BBJ : 3.255 gram.

Lingkaran bandle : -

Tanda Osborn : Positif/ Negatif

Pemeriksaan Dalam :

Tanggal 15 Desember 2020 Jam 07.00 wib.

Portio : Konsistensi : Lunak.

Posisi : Posterior.

Pendataran : 25%.

Pembukaan : 2 cm.

Ketuban : (-) 3 jam 40 menit.

Jernih / meconium darah.

Terbawah : Kepala.

Penurunan : H1.

Penunjuk : -.

Pemeriksaan Panggul :

Atas/ Bawah

Kesan panggul : Luas/ Sempit

Analisis : GII PI A0 M0 Hamil 39 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD janin tunggal hidup presentasi kepala.

Penatalaksanaan:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu (ibu mengerti).
2. Melakukan tindakan pemeriksaan lakmus untuk menentukan cairan apa yang keluar dari vagina ibu. Kertas lakmus yang berwarna merah berubah menjadi warna biru yang bearti cairan ketuban.

3. Melakukan tindakan pemeriksaan urine ibu. Terdapat hasil +1 di dalam urine ibu.
4. Memberikan terapi amoxicillin 1x500 gram secara oral untuk mencegah infeksi pada ibu.
5. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu agar kecemasan ibu berkurang dan menghadirkan keluarga agar mendampingi proses persalinan.
6. Menjelaskan kepada ibu posisi yang nyaman.
7. Membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi (ibu dapat melakukannya).
8. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum seperti biasa (ibu mengerti dan sudah makan).
9. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri agar cepat proses penurunan kepala.
10. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan kencing atau BAK agar kandung kemih tidak penuh (ibu mengerti).
11. Mengobservasi TTV, His, DJJ dan kemajuan persalinan.

Tabel 4.2
Catatan Perkembangan

Nama : Ny. R		No. RM :	
Umur : 29 tahun		Tanggal : 15-12-2020	
Tanggal & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)		
15-12-2020 08.50-09.10	<p>Kala II</p> <p>S : Mulas semakin sering dan kuat. Ada rasa ingin meneran.</p> <p>O : Keadaan umum : Baik. Kesadaran : Composmentis. His : 3 kali dalam 10 menit lamanya 35</p>		

<p>09.10-09.15</p>	<p>detik (teratur).</p> <p>DJJ : 142 kali per menit.</p> <p>Tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.</p> <p>Vt 10 cm, Ketuban (-) Kepala H III-HIV Moulase (-).</p> <p>A : G2 P1 A0 M0 Hamil 39 minggu inpartu kala II.</p> <p>P : 1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap. 2. Melakukan pemasangan infuse RL di tangan sebelah kanan 20 tetes per menit. 3. Menghadirkan pendamping ibu saat persalinan berlangsung. 4. Memposisikan ibu dengan posisi yang nyaman untuk ibu. 5. Mempersiapkan alat untuk tindakan. 6. Persiapan diri memakai APD lengkap, APD sudah terpasang. 7. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan. 8. Memimpin dan membimbing ibu meneran, ibu dapat melakukannya dengan baik. 9. Melakukan pertolongan persalinan sesuai langkah APN. 10. Saat kepala janin sudah terlihat di vulva dengan diameter 5 hingga 6 cm siapkan lampin untuk menyambut bayi. 11. Saat suboksiput tampak dibagian symfisis tangan kanan melindungi perineum tangan kiri melindungi kepala bayi. 12. Memeriksa adanya lilitan tali pusat atau tidak. 13. Menunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar. 14. Setelah terjadi putaran paksi luar pegang kepala bayi secara biparietal. 15. Selanjutnya lahirkan bahu dan badan bayi. 16. Membersihkan tubuh bayi dengan kain bersih. 17. Bayi lahir spontan langsung menangis tonus otot baik pukul 09.10 wib anak laki-laki-laki hidup. 18. Melakukan IMD, bayi mulai menyusu dengan baik.</p> <p>Kala III</p> <p>S : Ibu mengatakan perut masih terasa mulas.</p> <p>O : 1. TFU setinggi pusat. 2. Kontraksi uterus keras. 3. Terdapat semburan darah. 4. Tali pusat tampak menjulur di depan vagina.</p> <p>A : P2 A0 M0 inpartu kala III.</p> <p>P : 1. Menjelaskan kepada ibu tindakan yang akan dilakukan. 2. Memberikan injeksi oksitosin 1 amp via IM 1/3 paha atas. 3. Memotong tali pusat, tali pusat dipotong dan dijepit menggunakan umbilical cord. 4. Melahirkan plasenta sesuai langkah manajemen aktif kala III, plasenta lahir spontan pukul 09.15 wib. 5. Melakukan massase uterus, uterus teraba keras perdarahan 200 cc. 6. Memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lengkap berwarna merah segar tidak ada pengapuran, panjang tali pusat 50 cm, berat plasenta 500 gram</p>
--------------------	--

09.15-11.15	<p>Kala IV</p> <p>S : Ibu mengatakan nyeri jalan lahir. Ibu mengatakan bahwa dirinya senang atas kelahiran anaknya.</p> <p>O : Keadaan umum : Tampak lelah. Kesadaran : Composmentis. TD : 129/86 mmHg. Nadi : 80 kali per menit. Resperasi : 24 kali per menit. Suhu : 36,6°C. TFU : 2 jari di bawah pusat. Kontraksi uterus keras. Ruptur perineum derajat II, mukosa, kulit dan otot.</p> <p>A : P2 A0 M0 inpartu kala IV dengan laserasi derajat II</p> <p>P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. 2. Menjelaskan kepada ibu bahwa adanya robekan jalan lahir. 3. Mempersiapkan alat heacting set untuk tindakan. 4. Melakukan heacting jelujur pada robekan perineum dengan anastesi lidocain. 5. Membersihkan ibu, membantu ibu memakai pakaian. 6. Mengajari cara massase fundus uteri dan menjelaskan tujuannya. 7. Memfasilitasi <i>rooming in</i> ibu dan bayi. 8. Memberikan terapi obat-obatan Amoxcillin (3 kali sehari 3x500 gram), Etabion (3 kali sehari), Paracetamol (3 kali sehari) dan vitamin A (1 kali sehari). 9. Memantau kontraksi uterus, TFU, pengeluaran darah, kandung kemih dan TTV selama 2 jam.</p>
-------------	---

Laporan Persalinan

1. Penolong : Dokter / Bidan

Cara Persalinan : Spontan

Lama Persalinan : 2 Jam

Tanggal 15 Desember 2020 pukul 08.50 wib Vt pembukaan lengkap ketuban (-) kepala H III-HIV, langsung dipimpin meneran selama 20 menit, pukul 09.10 wib partus spontan anak laki-laki menangis spontan plasenta lahir pukul 09.15 wib.

2. Keadaan ibu pasca persalinan :

Keadaan umum : Baik.

Tekanan darah : 129/86 mmHg.
Nadi : 84 kali per menit.
Pernapasan : 20 kali per menit.
Plasenta lahir : Spontan/ manual.
Lengkap/ tidak lengkap.

Berat plasenta : 500 gram.

Panjang tali pusat : 50 cm.

Tinggi fundus uteri : 2 Jari di bawah pusat.

Kontraksi uterus : Keras.

Perdarahan selama persalinan : ± 200 cc.

3. Keadaan bayi :

Lahir tanggal : 15 Desember 2020 Jam 09.10 wib.

Hidup/ Mati/ maserasi

Berat badan : 3.500 gram.

Panjang badan : 50 cm.

Jenis kelamin : Perempuan/ Laki-laki.

Lingkar kepala : 34 cm, kelainan kongenital : -

Untuk bayi lahir hidup kemudian meninggal : -

Untuk bayi lahir mati : Sebab kelahiran mati : -

Tabel 4.3
Nilai Apgar

0	1	2	NILAI APGAR	1 menit	5 menit	10 menit
Tidak ada	< 100	> 100	Denyut jantung	2	2	2
Tidak ada	Tak teratur	Menangis kuat	Usaha bernafas	1	2	2
Lemah	Fleks sedikit	Gerak aktif	Tonus otot	2	2	2
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsang	2	2	2
Biru/ putih	Merah Jambu Ujung2 biru	Merah Jambu	Warna kulit	2	2	2
Total				9	10	10

Asfiksia : tidak / sedang / berat

Resusitasi :

1. O₂ dimuka (6 liter per menit) : - menit sd - menit sesudah lahir.
2. Pompa udara berulang (VTP) : - menit sd - menit sesudah lahir.
3. Intubasi endotracheal : - menit sd - menit sesudah lahir.
4. Pemberian obat-obatan
 - a. Vitamin K
 - b. Salep mata.
 - c. Hb 0

B. Pembahasan

Tabel 4.4
Data Subjektif Persalinan

Keterangan	Temuan
Kala I 15 Desember 2020 Pukul 06.50 wib	Ibu mengatakan perut terasa mules. Ibu mengatakan pengeluaran darah lendir sejak pukul 04.00 wib. Ibu mengatakan ada keluar air dari jalan lahir sejak pukul 05.30 wib.
Kala II 15 Desember 2020 Pukul 08.50 wib	Ibu mengatakan mules makin kuat dan sering. Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran

Kala III 15 Desember 2020 Pukul 09.15 wib	Ibu mengatakan perut masih terasa mules.
Kala IV 15 Desember 2020 Pukul 11.15 wib	Ibu mengatakan nyeri jalan lahir.

Sumber : (Marmi, 2016)

1. Data subjektif

Pada data subjektif Ny. R mengetahui kehamilan yang kedua, usia kehamilan 39 minggu. Keluhan pada waktu masuk klinik yaitu ibu mengatakan ada pengeluaran darah lendir sejak pukul 04.00 wib dan pengeluaran air ketuban sejak pukul 05.30 wib. Menurut (Rohani et al., 2011) mengatakan bahwa inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Menurut (Untari & Setiowati, 2016) mengatakan bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten) dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Tanda dan gejala pada kehamilan KPD adalah keluarnya cairan ketuban yang merembes dari vagina. Menurut (Sepduwiana, 2013) mengatakan bahwa ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi itu, juga karena tidak ada kontraksi yang mendorong keluarnya cairan tersebut. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus

diproduksi sampai kelahiran. Untuk lebih memastikan bahwa itu adalah air ketuban, dilakukan dengan tes *ferning* atau tes *nitrazine*. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

Tabel 4.5
Data Objektif Persalinan

Keterangan	Temuan
Kala I	<p>1. Pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum : Baik.</p> <p>Kesadaran : Composmentis.</p> <p>Tekanan darah : 125/86 mmHg.</p> <p>Nadi : 80 kali per menit.</p> <p>Suhu : 36,2°C.</p> <p>Pernapasan : 20 kali per menit.</p> <p>2. Pemeriksaan fisik</p> <p>Leopod I : TFU 33 cm, teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopod II : Dibagian kanan perut ibu teraba panjang keras (punggung) sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin. (eksteremitas).</p> <p>Leopod III : Teraba bulat keras susah dilentangkan (kepala).</p> <p>Leopod IV : Divergen.</p> <p>His : 2 kali dalam 10 menit lamanya 15 detik.</p> <p>DJJ : 142 kali per menit.</p> <p>TBBJ : 3.255 gram.</p> <p>3. Pemeriksaan dalam</p> <p>Vt : pembukaaan 2 cm portio tebal lunak, posisi posterior, ketuban (-) jernih, moulase (-) pendataran 25% kepala : HI.</p> <p>Air merembes dari jalan lahir, berwarna putih jernih.</p>
Kala II	<p>Keadaan umum : Baik.</p> <p>DJJ : 142 kali per menit.</p> <p>His : 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik.</p> <p>Vt : 10 cm, ketuban (-), kepala H III-IV.</p> <p>Ubun-ubun Kecil : Terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol vulva membuka.</p>
Kala III	<p>Keadaan umum : Baik.</p> <p>TFU : Tepat pusat, kontraksi uterus keras, tidak terdapat janin kedua, kandung kemih tidak penuh, tali pusat menjulur di depan vagina, terdapat semburan darah.</p>
Kala IV	<p>Keadaan umum : Baik.</p> <p>Tekanan darah : 129/86 mmHg.</p> <p>Nadi : 80 kali per menit.</p> <p>Suhu : 36,6°C.</p> <p>Pernapasan : 22 kali per menit.</p> <p>TFU : 2 jari di bawah pusat.</p>

	Pengeluaran darah : 200 cc.
	Perineum : Ruptur derajat 2.

Sumber : (Marmi, 2016)

2. Data Objektif

Pada data objektif Ny. R berdasarkan hasil penelitian pembukaan serviks 2 cm, portio tebal lunak, posisi posterior, ketuban (-), moulase (-), pendataran 25%, kepala hodge I, His 2 kali dalam 10 menit lamanya 15 detik. Menurut (Marmi, 2016) menyatakan bahwa Kala 1 disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan. Pada pasien Ny. R terdapat pengeluaran air putih jernih dari jalan lahir seperti cairan ketuban. Menurut (Rahayu & Sari, 2017) menyatakan bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pada ibu hamil primi jika pembukaan kurang dari 3 cm dan kurang dari 5 cm pada ibu hamil multipara. Menurut (Prawirohardjo, 2014) untuk menegakkan diagnosa pada KPD dilakukan dengan cara anamnesa, inspeksi, pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, pemeriksaan dengan spekulum melihat cairan amnion yang keluar dari orifisium uteri eksternum (OUE) atau akumulasi cairan dalam vagina juga dilakukan pengambilan cairan pada fornix posterior untuk pemeriksaan laboratorium, test lakmus dan pemeriksaan penunjang. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (*Nitrazin test*) merah menjadi

biru. Menurut (Andalas et al., 2019) menyatakan bahwa pemeriksaan obstetri sangat dibutuhkan untuk membantu penegakan diagnosis. Ketuban pecah dini didiagnosis ketika cairan amnion dilihat dengan adanya pooling di *fornix posterior* atau cairan bening mengalir dari saluran serviks dan juga tampak keluar cairan dari serviks pada saat valsalva maneuver dan salah satu pemeriksaan untuk mendiagnosis ketuban pecah dini adalah *Nitrazin test* (Lakmus Test). Semua pasien dengan ketuban pecah dini yang dicurigai terkena infeksi harus diberikan terapi antibiotik atau profilaksis antibiotik.

3. Analisis

G2 P1 A0 M0 Hamil 39 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan

KPD janin tunggal hidup presentasi kepala

4. Pentaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. R selama penelitian diantaranya, menganjurkan ibu untuk relaksasi, makan dan minum untuk pemenuhan nutrisi, baring menghadap ke kiri agar cepat penurunan kepala janin, melakukan pemeriksaan DJJ, memantau kemajuan persalinan dan menilai apakah adanya tanda-tanda infeksi dan sudah diberikan terapi amoxicillin 1x500 gram untuk pencegahan infeksi pada ibu dan bayi.

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda

persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut (Prawirohardjo, 2014).

a. Konserpatif

- 1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus dirawat di rumah sakit.
- 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4x500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan <32 hingga 34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika usia kehamilan 32 hingga 37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32 hingga 37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32 hingga 37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32 hingga 34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan

periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
- 4) Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam

Tabel 4.6
SOP Penanganan Ketuban Pecah Dini

SOP Penanganan Ketuban Pecah Dini	
Pengertian	Tindakan yang diberikan pada ibu hamil lebih dari 24 minggu terjadi pengeluaran air ketuban dan belum dalam persalinan.
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil atau ibu hamil risiko tinggi.
Kebijakan	Mengantisipasi keadaan ibu hamil dengan tujuan supaya tidak terjadi keadaan yang lebih fatal.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesa. 2. Periksa keadaan umum (monitor tanda vital) laksanakan palpasi dan pemeriksaan dalam. 3. Monitor His, DJJ, perdarahan pervaginam. 4. Periksa laboratorium rutin. 5. Memberikan penjelasan supaya bedres total. 6. Kolaborasi dengan dokter. 7. Penatalaksanaan sesuai umur kehamilan <ol style="list-style-type: none"> a. Umur kehamilan ≥ 36 minggu: Tunggu terjadi proses persalinan, bila sampai 6 hingga 8 jam belum terjadi persalinan lakukan induksi. Bila gagal lakukan SC. b. Umur kehamilan 28 sampai 35 minggu: <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan dexamethason 5 mg IM, diulang 12 jam selama 2 hari.

PERPUSTAKAAN

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">2) Observasi tanda vital dan DJJ.3) Memberikan antibiotik.4) Tunggu partus spontanc. Umur kehamilan 24 sampai 27 minggu:
Persalinan segera diakhiri. |
|--|---|

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK