

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. R USIA 31 TAHUN G₂P₀A₁
GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH
DINI DAN IUGR DI RUANG PONEK RSUD GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Profesi Bidan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

HENI JULIANI

KHGB23007



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
TAHUN AJARAN 2023/2024**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar Akademik Profesi dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2023

Yang membuat pernyataan

(Heni Juliani)

KHGB23007

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. R USIA 31 TAHUN G2P0A1
GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DAN IUGR.

NAMA : HENI JULIANI
:KHGB23007

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan
dihadapan Tim Penguji Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing,

Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK: 043298.0111.100

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. R USIA 31 TAHUN
G2P0A1 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN KETUBAN
PECAH DINI DAN IUGR

NAMA : HENI JULIANI

NIM : KHGB23007

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan
dihadapan Tim Penguji Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing : Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb (...)

Penguji I : Ernawati, SST., Bdn., M.Kes (...)

Penguji II : Mellysa Wulandari Tasripin, SST., M.Keb(...)

Mengetahui,
Ketua Program Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK : 043298.1110.100

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. R USIA 31 TAHUN G₂P₀A₁ GRAVIDA
38-39 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN IUGR DI
RUANG PONEK RSUD GARUT**

HENI JULIANI

ABSTRAK

Pada Ny. R, usia 31 tahun, dengan usia kehamilan 38-39 minggu, hasil pengkajian dan pemeriksaan mengindikasikan adanya Ketuban Pecah Dini (KPD) dan Intrauterine Growth Restriction (IUGR). Diagnosa KPD ditegakkan berdasarkan riwayat pecahnya ketuban dengan pembukaan serviks 2 cm dan pengeluaran cairan melalui vagina yang bukan urine, sesuai dengan konsep KPD yang menggambarkan pecahnya selaput ketuban sebelum tanda persalinan dan tanpa inpartu dalam 1 jam. Selain itu, hasil pemeriksaan menunjukkan tinggi fundus uteri (TFU) sebesar 26 cm, tidak sesuai dengan usia kehamilan, serta perkiraan berat janin hanya 2.325 gram. Diagnosa IUGR ditegakkan karena janin mengalami keterbatasan pertumbuhan akibat masalah nutrisi dan oksigen, menandakan IUGR dengan berat lahir di bawah kisaran normal.

Kata kunci: Ketuban Pecah Dini (KPD), *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-NYA penulis dapat menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. R Usia 31 Tahun G2P0A1 Gravida 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR”. Maksud penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di Stikes Karsa Husada Garut.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat banyak masukan dari berbagai pihak, oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. DR. H. Hadiat selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. D Saepudin, S.Sos., M.MKes selaku Ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Intan Rina Susilawati,SST.,M.Keb selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut .
5. Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb selaku pembimbing penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak meluangkan waktu dengan penuh kesabaran membimbing penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ernawati, SST., Bdn., M.Kes sebagai penguji I yang telah memberikan masukan dan saran saat sidang untuk menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Mellysa Wulandari Tasripin, SST., M.Keb sebagai penguji II yang telah memberikan masukan dan saran saat sidang untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah Ini.
8. Seluruh dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan dan staf STIKes Karsa Husada Garut.
9. CI dan para Bidan di PONEK yang selalu memberikan bimbingan selama kegiatan PKK serta berpartisipasi dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Ny. R selaku pasien dan keluarga yang telah berpartisipasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kedua orang tua tercinta dan seluruh keluarga yang terus memberikan semangat dan masukan.
12. Teman-teman blepink yang terus saling membantu dan memberi masukan dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Seluruh teman seperjuangan, yang tidak dapat di sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih belum sempurna walaupun penulis telah berusaha semaksimal mungkin. Oleh karena itu dengan hati terbuka, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari para pembaca. Akhir kata dengan segala kerendahan hati penulis panjatkan doa kehadiran Allah SWT, semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat untuk menambah wawasan dan pengetahuan di bidang kebidanan.

Garut, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Metode Pengumpulan Data.....	6
1.6 Waktu dan Tempat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Ketuban Pecah dini.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Patofisiologi.....	8
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	9
2.1.5 Komplikasi.....	9
2.1.6 Diagnosa.....	10
2.1.7 Penatalaksanaan.....	12
2.1.8 SOP Penanganan KPD di RSUD dr.Slamet Garut.....	13

2.2	Intrauterin Growth Restriction (IUGR).....	14
2.2.1	Definisi.....	14
2.2.2	Etiologi dan Faktor resiko.....	14
1.	Etiologi.....	14
2.	Faktor Resiko.....	17
2.2.3	Patofisiologi.....	18
2.2.4	Tanda dan Gejala.....	19
2.2.5	Komplikasi.....	20
2.2.6	Diagnosis.....	20
2.2.7	Pencegahan IUGR.....	22
2.2.8	Penatalaksanaan.....	22
2.3	Model Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	23
2.3.1	Model Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dalam bentuk SOAP.....	23
BAB III TINJAUAN KASUS.....		25
BAB IV PEMBAHASAN.....		32
4.1	Data Subjektif.....	32
4.2	Data Objektif.....	34
4.3	Analisa.....	35
4.4	Penatalaksanaan.....	36
4.5	Pendokumentasian.....	37
BAB V PENUTUP.....		38
5.1	Kesimpulan.....	38
5.2	Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA.....		40

LEMBAR BIMBINGAN.....42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kejadian kematian dan kesakitan ibu di Indonesia sampai saat ini masih merupakan masalah besar yang harus di tangani dengan serius. Salah satu penyebab masalah tersebut adalah kejadian ketuban pecah dini atau *premature rupture of membran* (PROM). Ketuban pecah dini atau PROM adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah 1 jam tetap tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Ketuban pecah dini (KPD) sering kali menimbulkan konsekuensi yang berimbas pada morbiditas dan mortalitas pada ibu yang menyebabkan berbagai macam komplikasi pada neonatus meliputi prematuritas, distress syndrome, pendarahan intraventrikel, sepsis, hipoplasia paru serta deformitas skeletal (Legawati, 2018) . Ketuban Pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu jumlah paritas, pembesaran uterus, kelainan letak, usia ibu melahirkan dan umur kehamilan (Rahayu, dkk, 2017). Berdasarkan data di Indonesia sebanyak 65% terjadinya KPD pada tahun 2018 sedangkan kejadian KPD di Jawa Barat sebanyak 230 kasus dari 4.834 (4,75%) kebanyakan kasus kematian ibu disebabkan pada saat persalinan dan juga masa nifas (Wulandari, dkk, 2019).

Restriksi pertumbuhan intrauterin merupakan salah satu komplikasi pada kehamilan dengan prevalensi yang cukup tinggi. Morbiditas restriksi

pertumbuhan intrauterin mencakup multiorgan sehingga berkorelasi pada mortalitas yang tinggi. Intrauterin Growth Restriction (IUGR) merupakan komplikasi yang cukup sering terjadi, dimana prevalensinya mencapai 3-7% dari semua kehamilan di negara berkembang. Prevalensi IUGR menyumbang pada peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal (Siradjuddin Wahdi, dkk, 2017). Angka kematian IUGR paling tinggi di Asia, mencapai 75% dari seluruh kejadian dan merupakan penyebab utama kedua mortalitas janin setelah prematuritas. Bayi yang terlahir dengan kondisi IUGR memiliki resiko kematian dan komplikasi, baik saat baru lahir maupun resiko untuk terjadinya penyakit diusia dewasa nanti (Irwantoro, dkk, 2021). Penyebab IUGR ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta.

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitusebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia secara umum data AKI menurun menunjukkan pada indikator per 100.000 kelahiran hidup dari 390 pada tahun1991 menjadi 230, tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, yaitu 305per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu pada tahun 2020 yaitu sebanyak Lima puluh delapan (58) kasus dari total kelahiran sebanyak limapuluh dua ribu dua ratus lima puluh enam (52.256) dengan rasio 110,99 penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2020 di Kabupaten Garut disebabkan oleh tiga (3) faktor, yaitu faktor langsung,

faktor tidak langsung dan faktor determinan. Faktor penyebab langsung kematian ibu tahun 2020 diantaranya yaitu pendarahan, eklamsi dan infeksi sedangkan faktor penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh 3T (Terlambat mengenal tanda bahaya, Terlambat mengambil keputusan rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan) dan T4 (Terlalu muda, Terlalu Tua, Terlalu sering, Terlalu banyak). Faktor ke tiga merupakan faktor determinan sebagai penyebab kematian ibu yaitu masalah sosial, ekonomi dan budaya (BPS Kab.Garut,2020).

Di Jawa Barat AKB berdasarkan Riskedas Jawa Barat sejak tahun 2016 sampai dengan tahun 2019 cenderung mengalami penurunan. Berdasarkan Laporan Kesehatan Keluarga (Lap.Kesga) di Provinsi Jawa Barat tercatat AKB pada tahun 2018 sebesar 3.249 kasus dan menurun pada tahun 2019 yaitu sebesar 3.083 kasus. Pada tahun 2018 AKB disebabkan oleh BBLR40%, Asfiksia 28%, Penyebab lain 27%, dan Kelainan Kongenital 12% (Riskedas Jawa Barat, 2019).

Jumlah kasus kematian bayi di Kabupaten Garut tahun 2019 yaitu sebanyak (24) kasus, dari kelahiran hidup sebanyak 55.881 dengan rasio 5,92. Adapun penyebab kematian bayi pada tahun 2019 disebabkan oleh Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak (1256) kasus, Asfiksia sebanyak seratus dua (102) kasus, kelainan bawaan sebanyak tiga puluh empat (34) kasus, pnemonia sebanyak empat (4) kasus, diare sebanyak dua (2) kasus, sepsis sebanyak enam (6) kasus, infeksi empat (4) kasus, tetanus neonatorum sebanyak dua (2) kasus dan disebabkan oleh lain-lain sebanyak

empat puluh satu (41) kasus. Kematian bayi tahun 2019 terjadi di Rumah Sakit yaitu sebanyak dua ratus dua puluh lima (225) kasus (Seksi Kesehatan Ibu dan Anak kab. Garut,2020).

Sebagaimana kasus yang telah disebutkan diatas, maka sebagai Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan sangat penting dalam pelayanan kebidanan di tengah masyarakat. Dalam rangka membantu menurunkan AKI dan AKB, maka bidan dituntut untuk dapat melakukan pengawasan pada seorang wanita hamil secara menyeluruh dan bermutu sehingga komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin. Untuk itu bidan dalam menjalankan fungsinya dituntut untuk mampu mendeteksi dini tanda dan gejala komplikasi pada kehamilan, dan memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, memberikan pertolongan kegawatdaruratan dalam kebidanan salah satunya penanganan pada ibu dengan kasus KPD dan IUGR sesuai dengan kewenangannya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik membuat rumusan masalah tentang "Bagaimana Asuhan Persalinan Pada Ny. R Usia 31 tahun G₂P₀A₁ Gravida 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR di Ruang PONEK ?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui masalah tentang “Asuhan Persalinan Pada Ny. R Usia 31 Tahun G₂P₀A₁ Gravida 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR”

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. R 31 tahun G₂P₀A₁ gravida 39-40 minggu dengan KPD dan IUGR.
- b. Melakukan pengkajian data objektif pada ibu bersalin Ny.R 31 tahun G₂P₀A₁ gravida 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR.
- c. Melakukan analisa asuhan persalinan pada Ny.R 31 tahun G₂P₀A₁ usia 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR.
- d. Melakukan penatalaksanaan asuhan persalinan Ny.R 31 tahun G₂P₀A₁ usia 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR.
- e. Melakukan pendokumentasian asuhan persalinan Ny.R 31 tahun G₂P₀A₁ usia 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi

untuk pendidikan serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan asuhan kebidanan.

2. Manfaat Praktis

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak di pelayanan kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan.

1.5 Metode Pengumpulan Data

Karya Tulis Ilmiah ini yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan tertuju pada pemecahan masalah dengan teknik pengumpulan data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan pasien dan dilakukannya observasi pada pasien. Adapun hasil sekunder didapat dari hasil pemeriksaan di Penunjang.

1.6 Waktu dan Tempat Penelitian

Asuhan Persalinan pada Ny.R usia 31 tahun G₂P₀A₁ usia 38-39 minggu dengan KPD dan IUGR , pemeriksaan diruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 20 April 2022 pukul 12.30 WIB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ketuban Pecah dini

2.1.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda mulai persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan pada primi <3 cm dan multipara <5cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Maharrani, dkk, 2019).

2.1.2 Etiologi

KPD dapat menyebabkan infeksi yang dapat meningkatkan kematian ibu dan anak apabila periode laten terlalu lama dan ketuban sudah pecah. Penyebab pada KPD masih belum jelas akan tetapi KPD ada hubungannya dengan hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, disproporsi, serviks inkompeten (Rahayu Budi, dkk,2017).

Adapun yang menjadi faktor resiko menurut (Prawirohardjo, 2014) adalah infeksi, ketegangan intra uterin, trauma, kelainan letak janin, peninggian tekanan intrauterine, kemungkinan kesempitan panggul, korioamnionitis, faktor keturunan, riwayat KPD sebelumnya. Tekanan Intra

Uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya trauma (Hubungan seksual hal ini

berkaitan dengan kondisi organisme yang memicu kontraksi rahim oleh adanya paparan terhadap hormon prostaglandin didalam sperma, pemeriksaan dalam, amniosintesis), Gemelli (kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih). Pada kehamilan gemeli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlah berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan bagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Prawihardjo,2014).

2.1.3 Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontaksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena se luruh selaput ketuban rapuh. Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban Pecah Dini pada prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban Pecah Dini prematur sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

2.1.4 Tanda dan Gejala

- 1) Keluarnya cairan merembes melalui vagina.
- 2) Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amonia, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri berwarna pucat dan bergaris warna darah.
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering, karena cairan ini terus di produksi sampai proses persalinan. Tetapi bila ibu duduk atau berdiri, kepala janin sudah dibawah biasanya akan mengganjal dan menyumbat kebocoran untuk sementara.
- 4) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda-tanda infeksi. (Manuaba, 2013).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi KPD yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu Infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan kasus bedah SC, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal.

Sedangkan komplikasi yang sering terjadi pada janin yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia, dan asfiksia, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Rahayu Budi, dkk,2017).

2.1.6 **Diagnos**

a

Diagnosis KPD ditegakan dengan cara :

1) Anamnes

a

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

2) Infeksi

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

3) Pemeriksaan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *Ostium Uteri Exsternum (OUE)*, kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengedan atau maneuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada *forniks anterior*.



4) Pemeriksaan dalam

- a. Didalam vagina didapatkan cairan dan selaput ketuban yang sudah tidak ada lagi.
- b. Mengenai pemeriksaan dalam vagina, dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena

pada waktu pemeriksaan dalam akan mengakumulasi segmen bawah Rahim dengan flora vagina normal, mikroorganisme tersebut bias dengan cepat menjadi pathogen.

c. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan jika KPD yang sudah dalam persalinan atau dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

1. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

2. *Mikroskopik* (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas dan dibiarkan kering. Pemeriksaan *mikroskopik* menunjukkan gambaran daun pakis.

b) Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri, pada kasus KPD terlihat jumlah cairan yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita *oligohidramnion*

6) Tentukan ada tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut :



a) Suhu ibu lebih dari 38 c.

b) Air ketuban keruh dan berbau.

- c) Pemeriksaan ketuban dengan LEA (Leukosit Esterase) leukosit darah $> 15.000/mm$.
- d) Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami stress intrauterine (Pnpk,2018).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin, adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan KPD menurut (Prawihardjo,2013), meliputi :

1. Konserpatif

- a. Rawat di rumah sakit dengan tirah baring
- b. Memberikan antibiotika (ampisilin 4x500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazole 2x500 mg selama 7 hari).
- c. Jika umur kehamilan $<32-34$ minggu, dirawat selama air ketuban maish keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu tidak ada tanda infeksi, tes busa negative berikan dexamethason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada umur kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), dexametason dan induksi sesudah 24 jam.

f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi, berikan antibiotic dan lakukan induksi.



g. Nila tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).

h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk untuk memicu kematangan paru janin dan jika memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis dexamethason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

a. Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin

b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dan persalinan diakhiri:

1) Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi, jika tidak berhasil, akhiri dengan operasi SC.

2) Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam (Saifuddin, 2013).

2.1.8 SOP Penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut

Ketuban Pecah Dini berdasarkan usia kehamilannya :

1. 20 - <28 minggu : aktif

2. 28 - 34 minggu : konservatif rawat 2 hari, jika :



1. Tanpa komplikasi lain maka pulangkan dengan :
 - a. Tidak melakukan coitus / irigasi vagina
 - b. Segera kontrol bila ada tanda-tanda infeksi atau gerak janin berkurang
2. His (+) dan infeksi maka penanganan aktif.
3. >34 minggu : aktif

2.2 Intrauterin Growth Restriction (IUGR)

2.2.1 Definisi

IUGR merupakan suatu keadaan dimana janin tidak mampu berkembang sesuai dengan ukuran normal akibat adanya gangguan nutrisi dan oksigen atau dengan kata lain suatu keadaan yang dialami bayi dengan berat badan lahir dibawah batasan normal. Yang terjadi pada IUGR adalah proses patologi yang menghambat janin mencapai potensi pertumbuhannya (Pranoto Ibnu,dkk, 2017). IUGR dibedakan menjadi dua :

1) IUGR Simetris

Pertumbuhan janin pada kondisi ini terhambat dengan ukuran setiap bagian tubuh yang proporsional. Hal ini berarti semua bagian tubuh janin yang mengalami IUGR berukuran kecil, termasuk ukuran organ dalam tubuhnya.

2) IUGR Asimetris

Pertumbuhan janin pada kondisi ini terhambat dengan ukuran tubuh yang tidak proporsional. Saat mengalami IUGR asimetris, salah satu bagian tubuh janin, seperti ukuran kepala bisa berukuran normal dan sesuai dengan usia gestasinya, namun bagian tubuh yang lain berukuran lebih kecil.

2.2.2 Etiologi dan Faktor Resiko



1. Etiologi

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan IUGR menurut (Pranoto, Ibnu, dkk, 2017) diantaranya yaitu :

1. Faktor ibu

a. Penyakit hipertensi (kelainan vaskular ibu).

Pada trimester kedua terdapat kelanjutan migrasi interstitial dan endotelium trophoblas masuk jauh ke dalam arterioli miometrium sehingga aliran menjadi tanpa hambatan menuju retroplasenter sirkulasi dengan tetap. Aliran darah yang terjamin sangat penting artinya untuk tumbuh kembang janin dengan baik dalam uterus. Dikemukakan bahwa jumlah arteri-arterioli yang didestruksi oleh sel trophoblas sekitar 100-150 pada daerah seluas plasenta sehingga cukup untuk menjamin aliran

darah tanpa gangguan pada lumen dan arteri spiralis terbuka. Gangguan terhadap jalannya destruksi sel trophoblas ke dalam arteri spiralis dan arteriolinya dapat menimbulkan keadaan yang bersumber dari gangguan aliran darah dalam bentuk "iskemia retroplasenter". Dengan demikian dapat terjadi bentuk hipertensi dalam kehamilan apabila gangguan iskemianya besar dan gangguan tumbuh kembang janin terjadi apabila iskemia tidak terlalu besar, tetapi aliran darah dengan nutrisinya merupakan masalah pokok.

b. Kelainan uterus.

Janin yang tumbuh di luar uterus biasanya mengalami hambatan pertumbuhan.



c. Kehamilan kembar.

Kehamilan dengan dua janin atau lebih kemungkinan besar dipersulit oleh pertumbuhan kurang pada salah satu atau kedua janin dibanding dengan



janin tunggal normal. Hambatan pertumbuhan dilaporkan terjadi pada 10 s/d 50 persen bayi kembar.

d. Ketinggian tempat tinggal

Jika pada lingkungan yang hipoksik secara kronis, beberapa janin mengalami penurunan berat badan yang signifikan. Janin dari wanita yang tinggal di dataran tinggi biasanya mempunyai berat badan lebih rendah daripada mereka.

e. Keadaan gizi atau malnutrisi

Wanita kurus cenderung melahirkan bayi kecil, sebaliknya wanita gemuk cenderung melahirkan bayi besar. Agar nasib bayi baru lahir menjadi baik, ibu yang kurus memerlukan kenaikan berat badan yang lebih banyak dari pada ibu-ibu yang gemuk dalam masa kehamilan.

Faktor terpenting pemasukan makanan adalah lebih utama pada jumlah kalori yang dikonsumsi setiap hari dari pada komposisi dari kalori. Dalam masa hamil wanita keadaan gizinya baik perlu mengkonsumsi 300 kalori lebih banyak dari pada sebelum hamil setiap hari. Penambahan berat badan yang kurang di dalam masa hamil menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan yang rendah.

f. Perokok

Kebiasaan merokok terlebih dalam masa kehamilan akan melahirkan bayi yang lebih

kecil sebesar 200 sampai 300 gram pada waktu lahir. Kekurangan berat
badan lahir.

2. Faktor janin

- a) Kelainan kongenital
- b) Kelainan genetik
- c) Infeksi janin, misalnya penyakit TORCH

Infeksi intrauterin adalah penyebab lain dari hambatan pertumbuhan janin seperti pada infeksi TORCH (*Toxoplasma, rubella, cytomegalovirus dan herpes simplex*) yang bisa menyebabkan hambatan intrauterin sampai 30% dari kejadian. Infeksi AIDS pada ibu hamil menurut laporan bisa mengurangi berat badan lahir bayi sampai 500 gram dibandingkan dengan bayi-bayi yang lahir sebelum terkena infeksi itu.

3. Faktor plasenta

Plasenta adalah organ yang menyuplai darah yang berisi oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin serta membuang limbah sisa metabolisme dari janin. Gangguan dan kelainan pada placenta akan menyebabkan terganggunya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Hal ini dapat menghambat pertumbuhan pada janin.

2. Faktor resiko



- a) Lingkungan sosio ekonomi yang rendah
- b) Riwayat IUGR dalam keluarga
- c) Riwayat obstetrik yang buruk
- d) Berat badan sebelum hamil dan selama kehamilan yang rendah
- e) Komplikasi obstetrik dalam kehamilan

- f) Komplikasi medik dalam kehamilan

2.2.3 Patofisiologi

- a) Kondisi kekurangan nutrisi pada awal kehamilan

Pada awal kehamilan pertumbuhan embrio dan trofoblast dipengaruhi oleh makanan. Kekurangan nutrisi pada awal kehamilan dapat mengakibatkan janin berat lahir rendah yang simetris.

- b) Kondisi kekurangan nutrisi pada pertengahan kehamilan

Defisiensi makanan mempengaruhi pertumbuhan janin dan plasenta, akan tetapi dapat juga terjadi peningkatan pertumbuhan plasenta sebagai kompensasi. Didapati ukuran placenta yang luas.

- c) Kondisi kekurangan nutrisi pada akhir kehamilan

Terjadi pertumbuhan janin yang lambat dapat mempengaruhi interaksi antara janin dengan plasenta. Efek kekurangan makan tergantung pada lamanya kekurangan. Pada kondisi akut terjadi perlambatan pertumbuhan dan kembali meningkat jika nutrisi yang diberikan membaik. Pada kondisi kronis mungkin telah terjadi proses perlambatan pertumbuhan yang *irreversibel* (Pranoto,Ibnu, dkk, 2017).

- d) Faktor plasenta abnormal

Suplai oksigen dan atau nutrisi maternal yang tidak adekuat, serta penurunan kemampuan penggunaan suplai oleh janin. Plasenta memegang salah satu peranan penting dalam terjadinya IUGR. Kelainan pembentukan, perfusi inadekuat dan disfungsi vili plasenta sebagai salah

satu penyebab utama IUGR, terutama pada usia gestasi awal (Burton GJ, dkk, 2018).

2.2.4 Tanda dan Gejala

IUGR menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. Ibu hamil yang mengandung janin dengan IUGR belum tentu merasakan keluhan dan gejala spesifik. Namun, ukuran perutnya mungkin akan lebih kecil jika dibandingkan kehamilan dengan janin yang tumbuh dengan normal.

Tanda utama IUGR adalah ukuran janin yang lebih kecil jika dibandingkan dengan usia gestasinya. Ukuran ini meliputi perkiraan berat badan, panjang badan, dan ukuran lingkaran kepala. Janin yang mengalami IUGR umumnya memiliki perkiraan berat badan di bawah 10 persentil jika dibandingkan dengan usia gestasinya (Herliafifah, 2021).

Selain itu tanda-tanda yang bisa menunjukkan bayi tidak berkembang karena IUGR adalah :

1. Bayi dalam kandungan tidak bergerak
2. Hasil USG yang abnormal
3. Kadar Human Gonadotropin (HCG) menurun
4. Tidak ada tanda jantung janin berdetak
5. Tinggi fundus tidak sesuai usia kehamilan (Rahmawati, Dina, 2019)



2.2.5 Komplikasi

Bayi yang terlahir dengan kondisi IUGR berisiko mengalami komplikasi kesehatan berupa:

- 1) Kadar oksigen rendah saat lahir



- 2) Suhu tubuh rendah (hipotermia)
- 3) Gula darah rendah (hipoglikemia)
- 4) Mudah terkena infeksi
- 5) Perkembangan motorik terlambat
- 6) Jumlah sel darah yang abnormal
- 7) Berat badan sulit bertambah
- 8) Gangguan sistem pernapasan, saraf, atau pencernaan
- 9) Cerebral palsy
- 10) Kebutaan
- 11) Tuli
- 12) Sindrom kematian bayi mendadak (SIDS)

2.2.6 Diagnosis



Beberapa jenis pemeriksaan yang akan dilakukan :

1. Menentukan usia kehamilan

Usia kehamilan dapat diperkirakan melalui penghitungan menggunakan HPHT, terutama bagi wanita dengan siklus haid teratur. Cara lainnya adalah dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Idealnya, pemeriksaan USG untuk menentukan usia kehamilan dilakukan di usia kehamilan 8-13 minggu. Jika pemeriksaan USG dilakukan di atas 20 minggu, faktor risiko kekeliruan dalam menentukan usia kehamilan mungkin terjadi dan bayi dengan IUGR tidak terdeteksi.

2. Pengukuran tinggi fundus uterus

Pengukuran ini menggambarkan secara kasar pertambahan besar perut ibu seiring dengan bertambah besarnya bayi. Hasil ukuran tubuhnya dibandingkan dengan panjang rata-rata TFU sesuai usia kehamilan. Setelah kehamilan 20 minggu, panjang TFU sesuai dengan minggu usia kehamilan. Bayi dapat diasumsikan mengalami IUGR jika hasil pengukuran kurang 3 cm dari normal, atau ukuran janin lebih kecil dari usia kandungan. Usia janin yang tidak sesuai dengan usia kehamilan atau TFU tidak bertambah bisa menjadi tanda adanya pertumbuhan janin yang terhambat.

3. Pertambahan berat badan tidak cukup

Pertambahan berat badan ibu juga dapat dijadikan indikator. Diagnosis Intrauterine Growth Restriction (IUGR) dicurigai jika pertambahan berat badan ibu tidak cukup sesuai usia kehamilan, atau malah menurun.

4. Pemeriksaan USG

USG adalah pemeriksaan utama untuk memantau pertumbuhan janin. Pengukuran yang digunakan adalah diameter kepala, lingkaran kepala, lingkaran perut, dan panjang tulang paha. Parameter yang paling baik menggambarkan IUGR adalah lingkaran perut. Pengukuran melalui USG harus dibandingkan dengan ukuran normal sesuai usia kehamilan. Oleh sebab itulah, penentuan usia kehamilan sangat penting.

5. Pemeriksaan amniocentesis

Volume cairan ketuban juga dapat menentukan terjadinya IUGR atau

tidak. Cairan ketuban yang berkurang dihubungkan dengan IUGR. Selain itu,



cara diagnosis IUGR melalui air ketuban juga dilakukan dengan mengambil sampel cairan untuk selanjutnya dianalisis di laboratorium (Haryano, A, 2019).

2.2.7 Pencegahan IUGR

Untuk menurunkan resiko terjadinya IUGR. Ada berbagai upaya yang bisa dilakukan oleh ibu, antara lain :

- a) Mengonsumsi makanan bergizi seimbang.
- b) Mengonsumsi asam folat sejak merencanakan kehamilan.
- c) Berolahraga rutin.
- d) Melakukan pemeriksaan rutin ke dokter terutama jika mengalami gangguan kesehatan selama hamil.
- e) Menjalani pemeriksaan TORCH dan skrining genetik sebelum merencanakan kehamilan (Sacchi, dkk, 2020).

2.2.8 Penatalaksanaan IUGR

Pengobatan IUGR akan disesuaikan dengan riwayat kesehatan ibu hamil, kondisi janin, dan usia kehamilan. Metode pengobatannya meliputi :

- a) Pengaturan pola makan dan asupan nutrisi

Jika berat badan ibu hamil tidak bertambah atau mengalami malnutrisi, dokter

akan menentukan pola makan yang memenuhi asupan nutrisi selama kehamilan.

Perbaikan pola makan diharapkan dapat membantu ibu hamil mendapatkan berat badan ideal selama kehamilan

b) Istirahat yang cukup

Dokter akan menyarankan ibu hamil untuk bed rest. Bed rest dapat dilakukan di rumah sakit atau di rumah sendiri dengan pemantauan dari dokter. Upaya ini bisa

dilakukan untuk membantu meningkatkan sirkulasi darah ke janin sehingga janin bisa tumbuh dengan baik.

c) Induksi Persalinan

Jika IUGR terjadi saat usia kehamilan memasuki 34 minggu, dokter bisa menyarankan untuk mempercepat persalinan dengan induksi. Namun, bila usia kehamilan kurang dari 34 minggu, dokter akan menyuntikkan kortikosteroid untuk memaksimalkan fungsi paru-paru janin.

d) Operasi Caesar

Operasi caesar mungkin akan dilakukan jika tekanan dari jalan lahir selama persalinan normal dianggap terlalu berisiko bagi janin.

2.3 Model Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

2.3.1 Pendokumentasian Asuhan kebidanan Dalam Bentuk SOAP

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Catatan SOAP digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan kemajuan. Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini diperoleh dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan yang terdiri dari:

S (Subjektif) : Apa yang dikatakan klien mengenai keadaan dirinya dan keluhan yang dirasakannya.

O (Objektif) : apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan pada klien baik pemeriksaan inspeksi, palpasi maupun auskultasi



termasuk hasil pemeriksaan penunjang.

A (Analisa) : Kesimpulan atau diagnosa yang dapat diambil berdasarkan data subjektif dan data objektif yang diperoleh.



P (Penatalaksanaan) : Penatalaksanaan ini mencakup perencanaan tindakan yang akan dilakukan, pelaksanaan dari perencanaan, evaluasi. (Wildan, 2011).

BAB III
TINJAUAN
KASUS

Asuhan Persalinan Pada Ny. R Usia 31 Tahun G2P0A1 Gravida 38-39

minggu dengan KPD dan

IUGR Tanggal Pengkajian : 20 April 2022 (12.30

WIB) Tempat Pengkajian : Ruang PONEK

Pengkaji : Elisa Nuraeni Wijaya

A. Data Subjektif

1. Identitas	Istri	
Suami Nama	: Ny. R	Tn. A
Umur	: 31 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku	: Sunda	Sunda
Pendidikan	: SLTA	SLTA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta

Alamat : Marga Mulya, Cikajang

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan hamil 9 bulan, pada pukul 04.00 WIB mengeluh mules 1 kali dan mengeluarkan cairan jernih dari vaginanya dan ibu menyadari cairan yang keluaranya bukan cairan urine. Ibu datang ke Puskesmas terdekat pukul 09.00 WIB kemudian dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut dengan indikasi KPD dan IUGR datang pukul 12.30 WIB.

3. Riwayat kesehatan

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berat, menular ataupun penyakit turunan sejak dahulu sampai sekarang. Begitupun dengan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit berat, menular ataupun turunan.

4. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan petamanya begitupun dengan suaminya. Lama pernikahannya 2 tahun

5. Riwayat obstetrik

a) Riwayat menstruasi

1. Menarche : 15 tahun

2. Siklus : 28 hari

3. Lamanya : 6-7 hari

4. Dismenore : hari pertama

haid 5. HPHT : 21 - 07 - 2021

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada kehamilan sebelumnya ibu mengatakan tidak mengetahui sedang hamil dan tiba-tiba ibu mengalami perdarahan karena keguguran setelah diperiksa ke Dokter SPOG hasil pemeriksaan dari penyebab abortus karena keadaan janinnya kurang baik dan tidak berkembang.

c) Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan sering periksa kehamilannya ke BPM atau Puskesmas minimal 1 kali per bulannya dan ibu melakukan pemeriksaan ke Dokter SpOG sebanyak 4x . Ketika usia kehamilan 4 bulan ibu mengatakan melakukan USG ke Dokter SpOG pada Bulan November dan kondisi kandungan ibu diketahui mengalami placenta letak rendah akan tetapi tidak menutup semua bagian jalan lahir. Sampai usia kehamilan 7 bulan ibu melakukan USG kembali dan dinyatakan posisi placenta sudah mulai bergeser, kemudian ketika memasuki usia 9 bulan ibu mengatakan USG kembali sebanyak 2 kali pada bulan Maret dan April ke Dokter SpOG dan hasilnya posisi placenta sudah normal .Gerakan janin terasa saat usia kehamilan 16 minggu, ibu sedang mengkonsumsi vitamin, tablet Fe dan folavit (Sampai 3 bulan) dan di dopping susu ibu hamil sampai 9 bulan. Status imunisasi TT2 (sebelum dan sesudah nikah), ibu tidak mengkonsumsi jamu atau obat-obatan diluar resep dari Bidan, ibu tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol serta obat-obatan terlarang. Taksiran persalinan 28 - 04 - 2022.

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun.

7. Pola kebutuhan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Ibu mengatakan awal hamil sering memakan makanan pedas akan tetapi ketika usia kehamilan 3 bulan sudah jarang makan makanan pedas, dan lebih sering makan nasi sehari 2-3 kali dengan porsi sedikit dan minum sebanyak 9-10 gelas perhari.

b) Pola eliminasi

Ibu mengatakan sering BAK 8-9 kali perhari dan BAB 1 kali perhari

c) Pola istirahat

Ibu mengatakan semenjak kehamilannya menginjak usia 9 bulan pola tidur ibu tidak teratur dalam sehari 5-6 jam. Ibu mengatakan satu hari sebelum ketuban pecah, ibu tidak bisa tidur sehingga pola tidur terganggu.

d) Pola aktivitas

Ibu mengatakan aktivitasnya hanya mengurus pekerjaan rumah dan tidak mengerjakan pekerjaan berat.

e) Pola seksual

Ibu mengatakan terakhir melakukan hubungan seksual dengan suaminya 3 hari yang lalu.

8. Riwayat sosial dan psikososial

Ibu mengatakan senang atas kehamilannya serta mendapatkan dukungan dari suami dan keluarga. Pengambilan keputusan oleh suami.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Antropometri : TB 160 cm

BB 55 kg sesudah hamil 73, kenaikan 18 kg

LILA : 26 cm

LP : 98 cm

IMT : 21,4

d. Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg

N : 89 ^x/m

S : 37 °C,

R : 22 ^x/m

SPO₂ :

99%

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Tidak ada benjolan dan nyeri tekan

b. Mata

Konjungtiva merah muda, sklera putih.

c. Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe

d. Abdomen

1. Inspeksi

Terdapat linea nigra, luka bekas operasi (-)

2. Palpasi

Leopold I : pada bagian fundus teraba bulat, lunak
tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada bagian kanan teraba ekstremitas
dan bagian kiri teraba keras memanjang (PUKI).

Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras
memanjang (kepala).

Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk PAP
(divergen) 4/5 bagian.

TFU : 26 cm (Mc.Donald)

TBBJ : $(26 \text{ cm} - 11) \times 155 = 2.325 \text{ gram}$

HIS : 1 x 10' x 30"

3. Auskultasi DJJ : 149 x/m, reguler

e. Genitalia

\forall/\forall tidak ada kelainan

PD : portio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, ketuban (-), presentasi kepala, penurunan hodge II, tidak ada molase.

f. Ekstremitas

Atas : kuku tidak pucat, oedema (-), terpasang infus RL 500 ml
Bawah : tidak oedema, tidak ada varises, tidak kaku

3. Pemeriksaan penunjang (Terlampir dari

Puskemas). Swab Antigen : (-) / NR

Haemoglobin : 11,4 $\frac{g}{dL}$

Cek Lakmus : (+) biru

C. Analisa

G2P0A1 gravida 38-39 minggu janin hidup tuggal intrauterin inpartu kala 1 fase laten dengan KPD dan IUGR.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Konseling pola nutrisi supaya banyak minum dan makan makanan yang mengandung serat.
3. Memberitahu ibu akan di pindahkan ruangan ke ruang bersalin.
4. Memindahkan pasien ke ruang bersalin (VK).
5. Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk tindakan selanjutnya (dilakukan diruang VK).
6. Atas anjuran Dokter, pasien di induksi dengan drip oksitosin 5 IU kedalam cairan RL , lalu diberikan antibiotik.
7. Observasi pasien dan kemajuan persalinan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang adanya kesenjangan atau tidak antara teori dengan kasus persalinan pada Ny. R usia 31 tahun G₂P₀A₁ Gravida 38- 39 minggu atas indikasi KPD dan IUGR di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 20 April 2022. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subjektif

Ny. R usia 31 tahun G₂P₀A₁ gravida 38-39 minggu atas indikasi KPD dan IUGR datang ke RSUD dr. Slamet Garut pukul 12.30 WIB rujukan dari Puskesmas. Berdasarkan hasil anamnesa, didapatkan data dan riwayat selama kehamilan ibu. Ibu mengatakan usia kehamilannya sudah 9 bulan dengan HPHT tanggal 21 - 07 - 2021, ibu mengatakan mules dan keluar cairan dari jalan lahir pada jam 04.00 WIB

. Dari hasil anamnesa data subjektif mengatakan dalam teori ketuban pecah Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda- tanda mulai persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan pada primi <3 cm dan multipara <5cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Maharrani, dkk, 2019). Penyebab dari KPD ini berkaitan dengan teori yaitu Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah, melemahnya kekuatan

selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada

trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis (Prawirohardjo,2014).

Berdasarkan anamnesa riwayat kehamilan sekarang ibu mengatakan ada komplikasi plasenta previa dan pada usia kehamilan 7 bulan plasenta mulai bergeser, berdasarkan hasil anamnesa ini maka ada kaitannya dengan kejadian IUGR yaitu fungsi plasenta adalah organ yang menyuplai darah yang berisi oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin serta membuang limbah sisa metabolisme dari janin. Gangguan dan kelainan pada plasenta akan menyebabkan terganggunya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Hal ini dapat menghambat pertumbuhan pada janin dan dilihat dari faktor resiko, ibu pernah memiliki riwayat obstetrik yang buruk yaitu sebelumnya ibu mengalami keguguran (Pranoto, Ibnu 2017).

Selanjutnya hasil anamnesa pola makan Ibu mengatakan sering makan makanan pedas pada trimester 1 dan semenjak usia kehamilan 3 bulan ibu mulai mengurangi makan makanan pedas tetapi masih suka mengkonsumsi makanan yang pedas seperti bakso dan makanan kering pedas, dari pernyataan tersebut ada kaitannya dengan kejadian IUGR pada bayinya yang mana Pada awal kehamilan pertumbuhan embrio dan trofoblast dipengaruhi oleh makanan. Kekurangan nutrisi pada awal kehamilan dapat mengakibatkan janin berat lahir rendah yang simetris (Pranoto, Ibnu, 2017).

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan baik, kesadaran composmentis keadaan emosional stabil, pada pemeriksaan TTV dalam batas normal. Ketika pemeriksaan Leopold, pada Leopold I teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II teraba keras memanjang seperti papan dibagian kiri ibu (PUKI) dan teraba ekstremitas dibagian kanan ibu, Leopold III bagian terbawah janin teraba bulat keras melenting (kepala), Leopold IV kepala sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 4/5, TFU (Mc. Donald) 26 cm, DJJ 149x/m, HIS: 1x10'x30", dari hasil pemeriksaan Leopold di temukan TFU 26 cm tidak sesuai dengan usia kehamilannya Pengukuran tinggi fundus tujuannya untuk menilai taksiran berat janin dengan menghitung jarak dari simfisis pubis ke fundus, sebagaimana disebutkan dalam teori bahwa Intrauterin Growth Restriction (IUGR) merupakan suatu keadaan dimana janin tidak mampu berkembang sesuai dengan ukuran normal akibat adanya gangguan nutrisi dan oksigen atau dengan kata lain suatu keadaan yang dialami bayi dengan berat badan lahir dibawah batasan normal. Yang terjadi pada IUGR adalah proses patologi yang menghambat janin mencapai potensi pertumbuhannya (Pranoto Ibnu,dkk, 2017). Selain itu hasil pemeriksaan adanya his atau kontraksi rahim yang mana disebutkan dalam teori penyebab dari KPD yaitu Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah, melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal

fisiologis (Prawirohardjo,2014).



Pada pemeriksaan dalam portio teraba tebal lunak, terdapat pembukaan 2 cm, ketuban negatif jernih, presentasi kepala, tidak teraba adanya molase, penurunan kepala hodge II. Pemeriksaan dalam terdapat cairan di vagina sebagaimana teori yang dikemukakan oleh (Prawirohardjo, 2014) yaitu menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina, memeriksa adanya cairan yang berisi verniks kaseosa dan pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari cairan servika. Selain itu, hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan masih 2 cm tetapi ketuban sudah pecah, maka hal ini berkaitan dengan teori yang dikemukakan bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda mulai persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan pada primi <3 cm dan multipara <5 cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Maharrani, dkk, 2019). Berdasarkan pemeriksaan data objektif pada tinjauan kasus, hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

4.3 Analisa

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan dari data subjektif dan objektif pada Ny.R di diagnosa ketuban pecah dini (KPD) dan Intrauterin Growth Restriction (IUGR). Diagnosa ini didirikan atas dasar riwayat yang berkaitan dengan terjadinya KPD dan IUGR. Ny.R mengalami pecah ketuban dengan pembukaan serviks 2 cm, berdasarkan teori yang dikemukakan bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda mulai persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu sebagaimana mestinya.

Apabila pembukaan pada primi <3 cm dan multipara <5cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Maharrani, dkk, 2019) dan ibu mengatakan merasakn keluar cairan dari vagina akan tetapi bukan urine maka teori ini sesuai dengan tanda gejala KPD yaitu Keluarnya cairan merembes melalui vagina (Manuaba, 2013).

Selain dari diagnosa KPD, kehamilan Ny. R juga didiagnosa IUGR karena dari hasil pemeriksaan leopold di temukan TFU 26 cm tidak sesuai dengan usia kehamilannya Pengukuran tinggi fundus tujuannya untuk menilai taksiran berat janin dengan menghitung jarak dari tulang kemaluan ke puncak uteri. Tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan menandakan , sehingga dari hasil TFU dapat di hitung taksiran berat janin hanya mecapai 2.325 gram sebagaimana dalam teori Intrauterin Growth Restriction (IUGR) merupakan suatu keadaan dimana janin tidak mampu berkembang sesuai dengan ukuran normal akibat adanya gangguan nutrisi dan oksigen atau dengan kata lain suatu keadaan yang dialami bayi dengan berat badan lahir dibawah batasan normal. Yang terjadi pada IUGR adalah proses patologi yang menghambat janin mencapai potensi pertumbuhannya (Pranoto Ibnu,dkk, 2017)

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD pada Ny. R usia 31 tahun G2POA1 gravida 38-39 minggu di ruang PONEK yaitu melakukan pengkajian dengan anamnesa kepada pasien, lalu melakukan pemeriksaan antropometri, pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, pemerikssan leopold I-IV dan pemeriksaan dalam. Ibu datang atas rujukan dari Puskesmas, sudah terpasang infus RL, DC dan ibu sudah melakukan

pemeriksaan penunjang dari Puskesmas yaitu pemeriksaan dengan cek lakmus dan swab antigen. Tindakan selanjutnya konsultasi dengan Dokter SPOG, lalu pasien di pindahkan ke ruangan bersalin (VK) untuk diberikan penanganan dengan di Induksi oksitosin dan diberikan antibiotik sebagaimana penanganan ini menggunakan metode aktif berdasarkan teori yakni kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin , bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dan persalinan diakhiri bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi, jika tidak berhasil, akhiri dengan operasi SC dan bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam (Saifuddin,2013).

4.5 Pendokumentasian

Setelah melakukan asuhan pada Ny. R usia 31 tahun G2POA1 gravida 38-39 minggu, dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Wildan, 2011) yaitu catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis yang digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan kemajuan. Pendokumentasian ini didapat pada data primer dan sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari wawancara langsung dengan pasien dan dilakukannya observasi pada pasien seperti pemeriksaan antropometri, TTV, pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi ataupun auskultasi. Sedangkan data sekunder yaitu data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan penunjang.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. R usia 31 tahun G2P0A1 Gravida 38 39 minggu dengan KPD dan IUGR maka dapat ditarik kesimpulan :

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. R usia 31 tahun di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. R usia 31 tahun di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa pada Ny. R usia 31 tahun di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut didapatkan dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif yaitu KPD dan IUGR.
4. Gambaran penatalaksanaan pada Ny. R usia 31 tahun di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
5. Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. R usia 31 tahun di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan metode SOAP.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan upaya pelayanan kebidanan dan penurunan angka kematian ibu dan bayi maka pada kesempatan ini penulis memberi saran sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Kesehatan/Rumah Sakit

Di harapkan untuk tenaga kesehatan manapun terutama bagi tenaga kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut supaya menjadi bahan evaluasi dalam meningkatkan mutu kualitas pelayanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi atau keputustakaan dan dapat menjadikan sebagai acuan untuk laporan kasus selanjutnya , serta menjadi peningkatan dalam menyediakan buku untuk referensi dari tahun terbaru.

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat menjadi lebih paham akan pentingnya pemeriksaan kesehatan secara mandiri sebagai upaya pencegahan, sehingga dapat terdeteksi secara dini akan adanya masalah atau komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Burton GJ, dkk. 2018. "*pathophysiology of placental-derived fetal growth restriction*" Am J Obstetric Gynecology, 218 (2).
- Dinkes Jabar. 2019. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Jawa Barat. Kementrian RI.
- Dinkes Garut. 2020. *Seksi Kesehatan Ibu dan Anak*. Jawa Barat. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Legawati. 2018. "*Determinan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Palangkaraya*". Jurnal Surya Medika. 3, (2), 95-105.
- Maharrani,dkk. 2019. "*Determinan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Salewangan Maros*" Jurnal Nursing Arts XIV, (2).
- Manuaba, I.B.G. 2013. "*Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*", Jakarta: EGC.
- Melani N,dkk. 2022 "*Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Demand atas Pemanfaatan Penolong Persalinan di Provinsi Banten*". Jurnal Inovasi Penelitian.
- Pranoto, Ibnu, dkk. 2017. "*Patologi Kebidanan*", Yogyakarta : EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2013 "*Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*". Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono.2014. "*Ilmu Kebidanan*",Jakarta:PT.Bina Pustaka.

Rahayu, Budi, dkk. 2017. "*Study Deskriptip Penyebab Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin*" *Junal JNKI* 5. (2), 134-138.

Rahmawati, Dina. 2019. "<https://www.webmd.com/baby/iugr-intrauterine-growth-restriction#1>"

Sacchi, dkk. 2020. "*Association Of Intrauterin Growth Restriction*" *JAMA Pediatrics*, 174 (8).

Saifuddin, dkk. 2013. "*Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*". Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Siradjuddin, Wahdi. 2017. "*Multigravida aterm dengan IUGR*". *Jurnal Majority*. 6. (3), 86-89.

Wildan, Salemba. 2011. "*Dokumentasi Kebidanan*". Jakarta: Salemba Medika.

Zaif, dkk. 2017. "*Hubungan Antara Riwayat Status Gizi Ibu Masa Kehamilan dengan Pertumbuhan Anak Balita di Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung*" *Jurnal JSK*. 2. (3).

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : Heni Juliani
NIM : KHGB23007
PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Bidan
PEMBIMBING : Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	10 Juni 2024	ACC Judul	
2.	14 Juni 2024	Konsul Bab 1	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab II	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab III	
5.	1 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II,III	
6.	5 Juli 2024	Konsul Bab IV, V, Daftar Pustaka	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II, III ACC Konsul Bab V	
8.	22 Juli 2024	ACC, Bab I-V	