

LAPORAN SEMINAR KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL
NEONATAL PADA NY. T USIA 24 TAHUN G1P0A0 UK 24 MINGGU
5 HARI DENGAN PARTUS PREMATURUS IMINENT
DI RSUD TUGUREJO KOTA SEMARANG



Disusun Oleh :

- 1. Anisah Anggraini Jayasari**
- 2. Diksi Laksmi Dewa**
- 3. Isnu Kurnia Nugrahaeni**
- 4. Tutik Susmiati**
- 5. Wahyu Handayani**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SEMARANG
PROGRAM PROFESI KEBIDANAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SEMARANG 2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Seminar Kasus berjudul

“Asuhan Kebidanan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
Pada Ny. T Usia 24 Tahun G₁P₀A₀ UK 24 Minggu 5 Hari Dengan
Partus Prematurus Iminent Di RSUD Tugurejo Kota Semarang”

Disusun oleh:

1. Anisah Anggraini Jayasari
2. Diksi Laksmi Dewi
3. Isnu Kurnia Nugrahaeni
4. Tutik Susmiati
5. Wahyu Handayani

Telah mendapat persetujuan pada tanggal November 2017 untuk memenuhi tugas Stase Kegawatdaruratan Maternal Neonatal pada Program Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang

Menyetujui,

Dhita Aulia, M.Keb

NIP. 198610222009122002

Septiana Dyah P.H STR.Keb

NIP. 198109232008012013

HALAMAN PENGESAHAN

Seminar Kasus berjudul

“Asuhan Kebidanan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
Pada Ny. T Usia 24 Tahun G₁P₀A₀ UK 24 Minggu 5 Hari Dengan
Partus Prematurus Iminent Di RSUD Tugurejo Kota Semarang”

Disusun oleh:

1. Anisah Anggraini Jayasari
2. Diksi Laksmi Dewi
3. Isnu Kurnia Nugrahaeni
4. Tutik Susmiati
5. Wahyu Handayani

Telah diseminarkan didepan pembimbing pada tanggal November 2017
untuk memenuhi tugas Stase Kegawatdaruratan Maternal Neonatal pada Program
Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang

Mengesahkan,

Dhita Aulia, M.Keb

NIP. 198610222009122002

Septiana Dyah P.H STR.Keb

NIP. 198109232008012013

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penyusun panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan taufik dan hidayah-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan Laporan ini dengan baik. Laporan ini disusun untuk memenuhi tugas Praktik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.

Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa memberikan berkat, imbalan, serta karunia-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan bimbingan dan bantuannya yang tidak ternilai.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat kami harapkan demi kesempurnaan penyusunan di kemudian hari. Akhirnya, kami berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi diri kami sendiri, pembaca sekalian, serta masyarakat luas terutama dalam hal menambah wawasan dan ilmu pengetahuan.

Semarang, November 2017

Kelompok

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Tinjauan Teori Kegawatdaruratan Maternal Neonatal	6
B. Tinjauan Teori Partus Prematurus Iminent.....	13
C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan.....	17
BAB III KASUS	
A. Pengkajian Data Subyektif	37
B. Pengkajian Data Obyektif.....	41
C. Analisa Data	44
D. Penatalaksanaan.....	44
BAB IV PEMBAHASAN	46
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	52
B. Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	54

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO kematian ibu adalah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara berkembang merupakan masalah yang besar dimana jumlah kematian maternal masih tinggi, diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup bahkan di beberapa negara terhadap 100.000 kelahiran hidup. WHO memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI menunjukkan 305/100.000 KH dan AKB 32/1000 KH, sedangkan menurut SDKI tahun 2012 AKI 359/100.000 KH dan AKB 40/1000 KH. Meskipun mengalami penurunan yang cukup signifikan AKI dan AKB di Indonesia masih tergolong tertinggi di kawasan Asia Tenggara. (Kemenkes RI, 2016)

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan AKI maupun AKB di Indonesia, salah satunya melalui peluncuran program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2012. Program ini dilaksanakan di 6 provinsi dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar termasuk Jawa Tengah. (Kemenkes RI, 2016).

Pada akhir 2016, Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Tengah tercatat 109,65/ 100.000 KH, atau melampaui target 117 per 100.000 KH. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dr Yulianto M.Kes mengatakan, keberhasilan melampaui target itu tidak terlepas dari program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng yang diluncurkan Gubernur Jawa Tengah H. Ganjar Pranowo di Surakarta pada Juli 2016 lalu. Program

tersebut merupakan gerakan gotong royong yang memanfaatkan seluruh potensi masyarakat di Jawa Tengah, mulai dari hulu hingga hilir. Antara lain, menggerakkan bidan desa dan kader PKK untuk mengedukasi para perempuan sejak pra kehamilan, masa kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan. Di samping itu, gerakan Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng juga melibatkan fasilitas primer hingga tersier. Masalah angka kematian ibu melahirkan memang menjadi perhatian serius. Sebab, menjadi salah satu indikator dari kesejahteraan suatu bangsa. (Profil Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2016)

Upaya lain dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam upaya menurunkan AKI dan AKB adalah dengan melakukan audit maternal perinatal (AMP) secara periodik, peningkatan pemanfaatan puskesmas PONED, persalinan dengan minimal 4 tangan, perekrutan Gasurkes (tenaga survei kesehatan), peningkatana mutu SDM bidan dengan diadakan pelatihan-pelatihan, peningkatan kerjasama lintas sektoral dan lintas program, peningkatan pelayanan KB pasca salin, dan pemberdayaan masyarakat melalui program posyandu (Profil Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2015)

Data laporan tahunan RSUD Tugurejo tahun 2016 tercatat kematian ibu 1 orang dengan diagnose preeklamsi disertai solotio placenta dan perdarahan. Tahun 2017 tercatat 1 kasus kematian ibu dengan persalinan prematurus iminen dengan eklamsia disertai solotio placenta, perdarahan hingga anemia. Selama kurun waktu 2016 tercatat kasus persalinan prematurus iminen sejumlah 6 kasus. Tahun 2017 sampai dengan bulan November kasus persalinan prematurus iminen sejumlah 26 kasus. Hal ini menggambarkan kenaikan yang begitu tajam pada kasus partus prematurus iminent.

Persalinan prematur berpotensi meningkatkan kematian perinatal sekitar 65-67%, umumnya berkaitan dengan berat badan lahir rendah (Nugroho, 2010). Indonesia memiliki angka kejadian partus prematurus sekitar 19% dan merupakan penyebab utama kematian perinatal

(Manuaba, 2009). Partus prematurus dapat diartikan sebagai dimulainya kontraksi uterus yang disertai dengan perdarahan dan dilatasi serviks serta turunnya kepala bayi pada wanita hamil yang lama kehamilannya kurang dari 37 minggu (Oxorn, 2010). Berdasarkan pengertian partus prematurus di atas dapat disimpulkan bahwa Partus Prematurus Iminens (PPI) adalah adanya suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu-37 minggu) dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram. Komplikasi yang dapat terjadi akibat Partus Prematurus Iminens pada ibu yaitu dapat menyebabkan infeksi endometrium sehingga menyebabkan sepsis dan lambatnya penyembuhan luka episiotomi (Nugroho, 2010). Sedangkan pada bayi memiliki resiko yang lebih tinggi seperti gangguan respirasi, gagal jantung kongesif, perdarahan intraventrikel dan kelainan neurologik, hiperbilirubinemia, sepsis dan kesulitan makan (Benson, 2012).

Dari data laporan tahunan di RSUD Tugurejo diatas dapat dilihat bahwa angka kejadian Partus Prematurus Iminens (PPI) di RSUD Tugurejo Semarang mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berdasarkan data diatas kelompok tertarik mengambil kasus dengan judul “Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny T usia 24 tahun dengan Partus Prematurus Iminens (PPI) di IGD RSUD Tugurejo Semarang” dengan menerapkan asuhan kebidanan secara holistik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal secara holistik dengan pendekatan manajemen kebidanan dan melakukan dokumentasi secara SOAP

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal dengan pendekatan holistik.

- b. Melakukan analisa data dengan berpikir kritis pada ibu ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal dengan pendekatan holistik.
- c. Melakukan implementasi asuhan ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal dengan pendekatan holistik berdasarkan evidence based.
- d. Melakukan evaluasi asuhan ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal dengan pendekatan holistik.
- e. Melakukan pendokumentasian asuhan ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal dengan pendekatan holistik.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal secara holistik

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara holistik pada ibu dengan kasus kegawatdaruratan maternal. Dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh yang bermutu dan berkualitas.

b. Bagi Lahan Praktik (Rumah Sakit)

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara holistik. Dan untuk tenaga kesehatan dapat mendukung dalam penerapan ilmu terbaru yang sesuai dengan *evidence based* terbaru yang ada untuk bersama– sama melakukan asuhan yang berkualitas.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Dapat dijadikan acuan dalam memberikan asuhan kebidanan secara holistik dan menyeluruh yang mempertimbangkan aspek biopsiko-sosio-kultural-spiritual.

d. Bagi Klien dan Keluarga

Klien mendapatkan asuhan kebidanan holistik dengan standar pelayanan kebidanan. Jika terjadi kegawatdaruratan pada ibu akan segera diketahui secara dini. Serta untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

1. Pengertian

Kegawatdaruratan dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa (Campbell S, Lee C, 2010).

a. Pasien Gawat Darurat

Pasien yang tiba-tiba dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya dan atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapatkan pertolongan secepatnya. Biasanya di lambangkan dengan label merah. Misalnya AMI (Acut Miocart Infac).

b. Pasien Gawat Tidak Darurat

Pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. Biasanya di lambangkan dengan label Biru. Misalnya pasien dengan Ca stadium akhir.

c. Pasien Darurat Tidak Gawat

Pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya. Biasanya di lambangkan dengan label kuning. Misalnya : pasien Vulnus Lateratum tanpa pendarahan.

d. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat

Pasien yang tidak mengalami kegawatan dan kedaruratan. Biasanya di lambangkan dengan label hijau. Misalnya : pasien batuk, pilek.

e. Pasien Meninggal

Label hitam (Pasien sudah meninggal) merupakan prioritas terakhir.

Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir. (Saifuddin, 2002).

Kasus gawat darurat neonatus ialah kasus bayi baru lahir yang apabila tidak

segara ditangani akan berakibat pada kematian bayi.

Kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis (\leq usia 28 hari) membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu (Sharieff, Brousseau, 2008).

Kegawatdaruratan maternal perdarahan yang mengancam nyawa selama kehamilan dan dekat cukup bulan meliputi perdarahan yang terjadi pada minggu awal kehamilan, persalinan, postpartum, hematoma, dan koagulopati obstetric.

2. Tanda dan gejala kegawatdaruratan

a. Sianosis sentral

Sianosis adalah warna kebiru-biruan pada kulit dan selaput lendir yang terjadi akibat peningkatan jumlah absolut Hb tereduksi (Hb yang tidak berkaitan dengan O₂).

b. Apnea

Menurut American Academy of Sleep Medicine, penentuan periode apnea dikategorikan berdasarkan hasil indeks rata-rata jumlah henti nafas dalam 1 jam atau Apnea Hypopnea Indeks (AHI).

Klasifikasi periode dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Ringan, apabila 5-15 kali/jam
- 2) Sedang, apabila 15-30 kali/jam
- 3) Berat, apabila >30 kali/jam

c. Kejang

1) Kejang umum dengan gejala:

- a) Gerakan wajah dan ekstremitas yg teratur dan berulang
- b) Ekstensi atau fleksi tonik lengan atau tungkai, baik sinkron maupun tidak sinkron
- c) Perubahan status kesadaran (bayi mungkin tidak sadar atau tetap bangun tetapi responsif/apatis)
- d) Apnea (napas spontan berhenti lebih 20 detik).

2) Kejang subtle dengan gejala:

- a) Gerakan mata berkedip berputar dan juling yang berulang,
- b) Gerakan mulut dan lidah berulang
- c) Gerakan tungkai tidak terkendali, gerakan seperti mengayuh sepeda
- d) Apnea
- e) Bayi bisa masih tetap sadar
- f) Spasme dengan gejala :
 - (1) Kontraksi otot tidak terkendali paling tidak beberapa detik sampai beberapa menit
 - (2) Dipicu oleh sentuhan, suara maupun cahaya
 - (3) Bayi tetap sadar, sering menangis kesakitan
 - (4) Trismus (rahang kaku, mulut tidak dapat dibuka, bibir mencucu seperti mulut ikan)
 - (5) Opistotonus

d. Perdarahan

Setiap perdarahan pada neonatus harus segera dirujuk, perdarahan dapat disebabkan kekurangan faktor pembekuan darah dan faktor fungsi pembekuan darah atau menurun.

e. Sangat kuning

f. Berat badan < 1500 gram.

3. Penyebab kasus kegawatdaruratan

a. Neonatus

1) Asfiksia

Perinatal asfiksia (berasal dari bahasa Yunani sphyzein yang artinya "denyut yang berhenti") merupakan kondisi kekurangan oksigen pada pernafasan yang bersifat mengancam jiwa. Keadaan ini bila dibiarkan dapat mengakibatkan hipoksemia dan hiperkapnia yang disertai dengan metabolik asidosis. Asfiksia timbul karena adanya depresi dari susunan saraf pusat (CNS) yang menyebabkan gagalnya paru-paru untuk bernafas.

2) Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin.

3) Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas dari pada mengeluarkan panas. Ketika suhu tubuh cukup tinggi, hipertermia menjadi keadaan darurat medis dan membutuhkan perawatan segera untuk mencegah kecacatan dan kematian.

4) Hiperglikemia

Hiperglikemia atau gula darah tinggi adalah suatu kondisi dimana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan.

5) Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir yang disebabkan karena basil *klostridium tetani*.

b. Maternal

1) Perdarahan

a) Abortus

Abortus adalah istilah yang diberikan untuk semua kehamilan yang berakhir sebelum periode viabilitas janin, yaitu yang berakhir sebelum berat janin 500 gram. Bila berat badan tidak diketahui, maka perkiraan lama kehamilan kurang dari 20 minggu lengkap (139 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir normal yang dapat dipakai.

b) Molahidatidosa

Molahidatidosa adalah suatu keadaan patologik dari korion yang ditandai dengan:

(1) Degenerasi kistik dari vili, disertai dengan pembengkakan hidropik

(2) Avaskularitas, atau tidak adanya pembuluh darah janin

(3) Proliferasi jaringan trofoblastik

c) Kehamilan Ekstrauteri (Ektopik)

Adalah kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uterus. Termasuk dalam kehamilan ektopik ialah kehamilan tuba, kehamilan ovarial, kehamilan intraligamenter, kehamilan servikal, dan kehamilan abdominal primer atau sekunder.

d) Plasenta previa

Plasenta previa adalah tertanamnya bagian plasenta dalam segmen bawah uterus. Istilah ini menggambarkan hubungan anatomic antara letak plasenta dengan segmen bawah uterus. Suatu plasenta previa telah melewati batas atau menutupi (secara lengkap atau tidak lengkap) ostium uteri internum.

e) Solusio (Abrupsio) Plasenta

Solusio plasenta adalah lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum anak lahir. (Cunningham, Obstetri Williams: 2009)

f) Retensio Plasenta (Plasenta Inkompletus)

g) Ruptur Uteri

Ruptur uterus adalah robekan pada uterus, dapat meluas ke seluruh dinding uterus dan isi uterus tumpah ke seluruh rongga abdomen (komplet), atau dapat pula ruptur hanya meluas ke endometrium dan miometrium, tetapi peritoneum di sekitar uterus tetap utuh (inkomplet).

2) Syok sepsis

3) Preeklamsi dan eklamsi

4) Persalinan macet

4. Penilaian kondisi klien dengan kegawatdaruratan maternal dan neonatal

a. Penilaian awal

Penilaian awala ialah langkah pertama untuk menentukan dengan cepat

kasus obstetrik yang dicurigai dalam keadaan gawat darurat dan membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit (komplikasi) yang dihadapi. Dalam penilaian awal ini anamnesis lengkap belum dilakukan. Anamnesis awal dilakukan bersama-sama dengan periksa pandang, periksa raba, dan penilaian tanda vital dan hanya untuk mendapatkan informasi yang sangat penting berkaitan dengan kasus misalnya apakah kasus mengalami perdarahan, demam, tidak sadar, kejang, sudah mengejan atau bersalin berapa lama. Fokus utama penilaian adalah apakah pasien mengalami syok hipovolemik, syok septik, syok jenis lain (syok kardiogenik, syok neurologic, dan sebagainya).

Pemeriksaan yang dilakukan dalam penilaian awal sebagai berikut:

1) Periksa pandang:

- a) Menilai kesadaran penderita: pingsan, koma, kejang-kejang, gelisah, tampak kesakitan.
- b) Menilai wajah penderita: pucat, kemerahan, banyak berkeringat.
- c) Menilai pernafasan: cepat, sesak nafas.
- d) Menilai perdarahan dari kemaluan

2) Periksa raba:

- a) Kulit: dingin, demam.
- b) Nadi: lemah/kuat, cepat/normal.
- c) Kaki atau tungkai bawah: bengkak

3) Tanda vital:

- a) Tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.

Hasil penilaian awal ini menjadi dasar pemikiran apakah kasus mengalami penyulit perdarahan, infeksi, hipertensi, preeklamsia/ eklamsia, atau syok. Dasar pemikiran ini harus dilengkapi dan diperkuat dengan melakukan pemeriksaan klinik lengkap, tetapi sebelum pemeriksaan klinik lengkap tersebut selesai dilakukan, langkah-langkah untuk melakukan pertolongan pertama sudah dapat dikerjakan sesuai hasil penilaian awal, misalnya ditemukan

kondisi syok, pertolongan pertama untuk mengatasi syok harus sudah dilakukan.

5. Rujukan

Apabila fasilitas medis ditempat kasus diterima terbatas untuk menyelesaikan kasus dengan tindakan klinik yang adekuat, maka kasus harus dirujuk kefasilitas kesehatan lain yang lebih lengkap. Seharusnya sebelum kasus dirujuk, fasilitas kesehatan yang akan menerima rujukan sudah dihubungi dan diberi tahu terlebih dahulu sehingga persiapan penanganan ataupun perawatan inap telah dilakukan dan diyakini rujukan kasus tidak akan ditolak.

Sesuai SK Menteri Kesehatan No.23/1972 pengertian sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

istem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan.

Puskesmas non PONEK atau bisa juga disebut puskesmas jejaring PONEK memberikan pelayanan sesuai kewenangannya dan harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sebelum melakukan rujukan ke Puskesmas PONEK atau RS PONEK. Puskesmas PONEK memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung dan dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.

RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas/BBL baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bides/BPS, Puskesmas, dan Puskesmas PONEK.

B. Tinjauan Teori Partus Prematurus Imminens

1. Definisi

Menurut Nugroho (2010) persalinan preterm atau partus prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa bayi premature adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau kurang.

Menurut Wibowo (2007), persalinan prematur adalah kontraksi uterus yang teratur setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum 37 minggu, dengan interval kontraksi 5 hingga 8 menit atau kurang dan disertai dengan satu atau lebih tanda berikut: (1) perubahan serviks yang progresif (2) dilatasi serviks 1 sentimeter atau lebih (3) penipisan serviks 80 persen atau lebih. Menurut Oxorn (2010), partus prematurus atau persalinan prematur dapat diartikan sebagai dimulainya kontraksi uterus yang teratur yang disertai pendataran dan atau dilatasi servix serta turunnya bayi pada wanita hamil yang lama kehamilannya kurang dari 37 minggu (kurang dari 259 hari) sejak hari pertama haid terakhir.

Berdasarkan beberapa teori diatas dapat diketahui bahwa Partus Prematurus Iminens (PPI) adalah adanya suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu-37 minggu) dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram.

2. Epidemiologi

Pemicu obstetri yang mengarah pada PPI antara lain: (1) persalinan atas indikasi ibu ataupun janin, baik dengan pemberian induksi ataupun seksio sesarea; (2) PPI spontan dengan selaput amnion utuh; dan (3) PPI dengan ketuban pecah dini, terlepas apakah akhirnya dilahirkan pervaginam atau melalui seksio sesarea. Sekitar 30-35% dari PPI berdasarkan indikasi, 40-45% PPI terjadi secara spontan dengan selaput amnion utuh, dan 25-30% PPI yang didahului ketuban pecah dini (Harry dkk, 2010).

Kontribusi penyebab PPI berbeda berdasarkan kelompok etnis. PPI

pada wanita kulit putih lebih umum merupakan PPI spontan dengan selaput amnion utuh, sedangkan pada wanita kulit hitam lebih umum didahului ketuban pecah dini sebelumnya. PPI juga bisa dibagi menurut usia kehamilan: sekitar 5% PPI terjadi pada usia kehamilan kurang dari 28 minggu (*extreme prematurity*), sekitar 15% terjadi pada usia kehamilan 28-31 minggu (*severe prematurity*), sekitar 20% pada usia kehamilan 32-33 minggu (*moderate prematurity*), dan 60-70% pada usia kehamilan 34-36 minggu (*near term*). Dari tahun ke tahun, terjadi peningkatan angka kejadian PPI, yang sebagian besar disebabkan oleh meningkatnya jumlah kelahiran preterm atas indikasi (Harry dkk, 2010).

Kejadian persalinan preterm tidak merata disetiap wanita hamil. Dari suatu penelitian didapatkan bahwa kejadian persalinan preterm pada wanita dengan kulit hitam adalah 2 kali lebih banyak dibandingkan ras lain di Amerika Serikat. Penyebab prematuritas adalah terkait multifaktorial. Persalinan preterm wanita kulit putih lebih banyak berupa persalinan preterm spontan dengan selaput ketuban utuh, sedangkan pada wanita kulit hitam umumnya didahului dengan ketuban pecah dini. Persalinan preterm juga dapat dibagi menurut usia kehamilan, sekitar 5% persalinan preterm terjadi pada usia kurang dari 28 minggu (*extreme prematurity*), sekitar 15% terjadi pada usia kehamilan 28-31 minggu (*severe prematurity*), sekitar 20% pada usia 32-33 minggu (*moderate prematurity*), dan 60-70% pada usia 34-36 minggu (*near term*) (Rima, 2010.)

3. Etiologi dan Faktor Resiko

Faktor resiko PPI menurut Wiknjosastro (2012) yaitu :

- a. Janin dan plasenta : perdarahan trimester awal, perdarahan antepartum, KPD, pertumbuhan janin terhambat, cacat bawaan janin, gemeli, polihidramnion
- b. Ibu : DM, pre eklampsia, HT, ISK, infeksi dengan demam, kelainan bentuk uterus, riwayat partus preterm atau abortus berulang, inkompetensi serviks, pemakaian obat narkotik, trauma, perokok berat, kelainan imun/resus

Menurut Nugroho (2010), faktor yang mempengaruhi prematuritas adalah umur ibu, suku, bangsa, sosial dan ekonomi, bakterinuria, BB ibu sebelum hamil dan sewaktu hamil, kawin dan tidak kawin (tidak sah 15% prematur, kawin sah 13% prematur), prenatal (antenatal) care, anemia, penyakit jantung, jarak persalinan yang terlalu rapat, pekerjaan yang terlalu berat sewaktu hamil.

Namun menurut Rompas (2008) ada beberapa resiko yang dapat menyebabkan partus prematurus yaitu :

- a. Faktor resiko mayor : Kehamilan multiple, hidramnion, anomali uterus, serviks terbuka lebih dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu, serviks mendatar/memendek kurang dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu, riwayat abortus pada trimester II lebih dari 1 kali, riwayat persalinan preterm sebelumnya, operasi abdominal pada kehamilan preterm, riwayat operasi konisasi, dan iritabilitas uterus.
- b. Faktor resiko minor : Penyakit yang disertai demam, perdarahan pervaginam setelah kehamilan 12 minggu, riwayat pielonefritis, merokok lebih dari 10 batang perhari, riwayat abortus pada trimester II, riwayat abortus pada trimester I lebih dari 2 kali.

4. Diagnosis

Beberapa kriteria dapat dipakai sebagai diagnosis ancaman PPI (Wiknjastro, 2012), yaitu:

- a. Usia kehamilan antara 20 dan 37 minggu atau antara 140 dan 259 hari,
- b. Kontraksi uterus (his) teratur, yaitu kontraksi yang berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit,
- c. Merasakan gejala seperti rasa kaku di perut menyerupai kaku menstruasi, rasa tekanan intrapelvik dan nyeri pada punggung bawah (*low back pain*),
- d. Mengeluarkan lendir pervaginam, mungkin bercampur darah,
- e. Pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa serviks telah mendatar 50-80%, atau telah terjadi pembukaan sedikitnya 2 cm,
- f. Selaput amnion seringkali telah pecah,
- g. Presentasi janin rendah, sampai mencapai spina isiadika.

Menurut Manuaba (2009), jika proses persalinan berkelanjutan akan terjadi tanda klinik sebagai berikut :

- a. Kontraksi berlangsung sekitar 4 kali per 20 menit atau 8 kali dalam satu jam.
- b. Terjadi perubahan progresif serviks seperti pembukaan lebih dari 1 cm, perlunakan sekitar 75-80 % bahkan terjadi penipisan serviks.

5. Komplikasi

Menurut Nugroho (2010), komplikasi partus prematurus iminens yang terjadi pada ibu adalah terjadinya persalinan prematur yang dapat menyebabkan infeksi endometrium sehingga mengakibatkan sepsis dan lambatnya penyembuhan luka episiotomi. Sedangkan pada bayi prematur memiliki resiko infeksi neonatal lebih tinggi seperti resiko distress pernafasan, sepsis neonatal, necrotizing enterocolitis dan perdarahan intraventikuler.

Menurut Benson (2012), terdapat paling sedikit enam bahaya utama yang mengancam neonatus prematur, yaitu gangguan respirasi, gagal jantung kongestif, perdarahan intraventrikel dan kelainan neurologik, hiperilirubinemia, sepsis dan kesulitan makan.

Sedangkan menurut Oxorn (2010), prognosis yang dapat terjadi pada persalinan prematuritas adalah :

- a. Anoksia 12 kali lebih sering terjadi pada bayi premature
- b. Gangguan respirasi
- c. Rentan terhadap kompresi kepala karena lunaknya tulang tengkorak dan immaturitas jaringan otak
- d. Perdarahan intracranial 5 kali lebih sering pada bayi prematur dibanding bayi aterm
- e. Cerebral palsy
- f. Terdapat insidensi kerusakan organik otak yang lebih tinggi pada bayi prematur (meskipun banyak orang-orang jenius yang dilahirkan sebelum aterm).

C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

1. Pengkajian Data Subjektif

a. Identitas Pasien

Pertanyaan diajukan untuk mengidentifikasi pasien dan menentukan status sosial ekonominya, misalnya untuk menentukan anjuran apa atau pengobatan apa yang akan diberikan. (Hani, dkk,2011)

1) Nama

Nama jelas, lengkap, dan nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati dan Wulandari, 2010)

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko. Pada ibu hamil dengan PPI biasanya terjadi pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun (Nugroho, 2010)

3) Agama

Melihat dari segi spiritual pasien, dapat mengetahui pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien dan untuk memudahkan bidan dalam melakukan pendekatan dalam melaksanakan asuhan kebidanan. (Estiwidani, dkk, 2008)

4) Pendidikan

Pendidikan klien ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya dikarenakan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang. (Estiwidani, dkk, 2008)

5) Pekerjaan

Untuk mengetahui status ekonomi keluarga. Pada ibu hamil dengan PPI terjadi pada keadaan sosial ekonomi rendah dan pekerjaan yang terlalu berat sewaktu hamil (Nugroho, 2010).

6) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. (Ambarwati dan Wulandari, 2010)

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah hubungan bila diperlukan pada keadaan yang mendesak. Dengan mengetahui alamat, bidan juga dapat

mengetahui tempat tinggal dan lingkungan ibu. (Estiwidani, dkk, 2008)

b. Data mengenai suami/ penanggung jawab

c. Data Subyektif

1) Alasan Datang

Ibu datang karena mengalami keadaan yang buruk pada kehamilannya.

2) Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan persalinan. Pada kasus ibu hamil dengan partus prematurus iminens keluhannya meliputi mules yang berulang pada usia kehamilan 20-37 minggu, keluar lendir bercampur darah, kram seperti menstruasi, nyeri punggung bawah, tekanan panggul yang terasa seperti bayi mendorong kebawah, cairan encer yang keluar dari vagina (Winkjosastro, 2012)

3) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan dan bayi baru lahir. (Rukiyah, dkk, 2010)

Ibu tidak sedang menderita penyakit seperti berikut :

a) Penyakit Kardiovaskular

(1) Penyakit Jantung

Peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. (Varney, dkk, 2007)

(2) Hipertensi

Wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklampsia selama kehamilan. (Varney, dkk, 2007)

Komplikasi yang dapat terjadi pada wanita hamil dengan pre

eklamsia atau eklamsia adalah terjadi solusio plasenta, hipofibrinogenemia, hemolisis, perdarahan otak, kelainan mata, edema paru, nekrosis hati, sindroma *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet* (HELLP), kelainan ginjal, prematuritas, dismaturitas, dan kematian janin dan/ ibu. (Wiknjosastro, 2012)

b) Penyakit darah

(1) Anemia

Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gram/desiliter) untuk wanita hamil. (Varney, dkk, 2007). Pelbagai penyulit yang dapat timbul akibat anemia diantara : abortus, partus prematurus, partus lama karena inertia uteri, perdarahan post partum, syok, infeksi, dan dekompensasi cordis bila kadar hemoglobin kurang dari 4 gr/ 100 ml. (Wiknjosastro, 2012)

(2) Penyakit Von Willbrand

Penyakit genetik ini merupakan penyebab peningkatan resiko perdarahan pada wanita. Selama kehamilan, resiko perdarahan pascapartum meningkat. (Varney, dkk, 2007)

c) Penyakit Saluran Nafas

(1) Asma

Wanita yang memiliki riwayat asma berat sebelum hamil terbukti akan menjadi semakin buruk selama masa hamil. Asma dihubungkan dengan peningkatan angka kematian perinatal, hiperemesis gravidarum, kelahiran preterm, hipertensi kronis, preeklamsia, berat bayi lahir rendah, dan perdarahan pervaginam. (Varney, dkk, 2007)

(2) Pneumonia

Pneumonia dapat disebabkan oleh virus, bakteri maupun zat kimia. Pneumonia pada kehamilan dapat menyebabkan timbulnya kematian janin/ ibu, terjadinya abortus, persalinan

prematur atau kematian janin dalam kandungan. (Wiknjosasto, 2012)

(3) Tuberculosis (TBC)

Pengaruh TBC pada ibu yang sedang hamil bila diobati dengan baik tidak berbeda dengan wanita yang tidak hamil. Pada janin jarang dijumpai TBC kongenital. Janin baru tertular TBC setelah lahir, karena dirawat atau disusui oleh ibunya. (Wiknjosastro, 2012)

d) Penyakit Endokrin

(1) Diabetes Melitus

Faktor resiko utama diabetes maternal ini adalah berat badan berlebih, peningkatan berat badan, dan kurangnya aktivitas fisik. (Varney, dkk, 2007)

Dalam kehamilan diabetes dapat menyebabkan komplikasi berupa abortus dan partus prematurus, pre eklamsia, hidramnion, kelainan letak janin, dan infusensi plasenta. (Wiknjosasto, 2012)

(2) Hipertiroid dan Hipotiroid

Kehamilan sering berakhir dengan abortus (abortus habitualis) atau partus prematurus pada wanita dengan hipertiroid, terutama apabila penyakitnya berat. Gondok yang diderita sebelum kehamilan akan menjadi lebih parah pada saat hamil.

Penderita hipotiroid jarang menjadi hamil karena biasanya tidak terjadi ovulasi. Walaupun demikian, seorang cebol (cretin) dan penderita miksoedema dapat menjadi hamil namun biasanya kehamilan berakhir dengan abortus habitualis. Selain itu kemungkinan cacat bawaan dan kretinismus janin lebih besar. (Wiknjosastro, 2012)

e) Penyakit Hepar

Hepatitis dapat terjadi pada setiap kehamilan dan mempunyai pengaruh buruk pada janin maupun ibu. Pada TM II dan TM III

sering terjadi persalinan prematur. Pada hepatitis B janin dapat tertular melalui plasenta, waktu lahir dan masa neonatus maupun melalui ASI. (Wiknjosastro, 2012)

f) Penyakit ginjal

(1) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih adalah bila pemeriksaan urin ditemukan bakteri yang jumlahnya lebih dari 10.000 per ml. Kebanyakan kuman masuk ke atas melalui uretra, ke dalam kandung kemih dan saluran kemih yang lebih atas. ISK meningkatkan kejadian anemia dalam kehamilan, persalinan prematur, gangguan pertumbuhan, dan preeklamsia. (Wiknjosastro, 2012)

(2) Batu Ginjal

Batu ginjal dapat menimbulkan infeksi saluran kemih atau menimbulkan keluhan pada penderita berupa nyeri mendadak, kadang-kadang berupa kolik, dan hematuria. Bila batu diperkirakan menghalangi jalannya persalinan, kehamilan diakhiri dengan seksio sesar, dan batu diangkat pada saat post partum. (Wiknjosastro, 2012)

g) Penyakit Saraf

Penderita epilepsia dapat menjadi hamil dan biasanya tidak mengalami kesulitan. Persoalannya ialah bahwa obat-obatan yang diminum melintasi plasenta masuk ke janin dan dapat pula dikeluarkan melalui air susu. Maka wanita hamil dengan epilepsia idiopatik lebih besar kemungkinannya untuk melahirkan anak dengan epilepsia. Frekuensi cacat bawaan, termasuk penyakit jantung, bibir sumbing, dan mikrosefalia, lebih tinggi di antara bayi-bayi yang dilahirkan dari ibu-ibu penderita epilepsia. (Wiknjosastro, 2012)

h) Penyakit Reproduksi

(1) Tumor ovarium

Tumor yang cukup besar dapat menyebabkan kelainan letak

janin dan menghalangi kepala janin masuk panggul, dapat pula menyebabkan ruptura uteri bila tumor di dalam panggul. Apabila tumor terkandung dalam panggul, tindakan pengakhiran kehamilan atau persalinan yang paling aman adalah secsio sesarea. (Wiknjosastro, 2012)

(2) Mioma uteri

Mioma uteri dapat menyebabkan komplikasi obstetrik yang besar. Terdapat mioma uteri mengakibatkan : mengurangi kemungkinan wanita hamil, kemungkinan abortus bertambah, kelainan letak janin dalam rahim, menghalangi lahirnya bayi, inersia uteri dan atonia uteri, mempersulit pelepasan plasenta. (Wiknjosastro, 2012)

(3) Karsinoma servik uteri

Kanker leher rahim memberi pengaruh tidak baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Dapat mengakibatkan kemandulan, abortus akibat infeksi, perdarahan, dan hambatan pertumbuhan janin. Pada sebagian penderita dapat mencapai kehamilan cukup bulan namun dapat juga terjadi kematian janin. (Wiknjosastro, 2012)

i) Penyakit Kelamin

(1) Sifilis

Infeksi sifilis disebabkan oleh *Treponema Pallidum*. Infeksi sifilis pada ibu dapat menjadi parah akibat peningkatan vaskularisasi alat kelamin pada kehamilan. Infeksi ini dapat menular pada janin dan dapat menyebabkan kematian janin, partus prematurus, dan partus immaturus. (Wiknjosastro, 2012)

(2) Gonorea

Gonorea dalam kehamilan terjadi peningkatan yang dapat disertai kolpitis dan vulvitis atau infeksi laten menjadi nyata. Penjalaran infeksi ke atas dapat terjadi setelah abortus dan partus, yang dapat menyebabkan endometritis, endosalpingitis,

dan pelvioperitonis pasca abortus, dan dalam nifas sehingga dapat menimbulkan mandul setelahnya. (Wiknjosastro, 2012)

(3) AIDS

Banyak faktor yang mempengaruhi resiko penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak selama kehamilan dan melahirkan. Muatan virus yang meningkat, perkembangan klinis penyakit, koinfeksi dengan PMS, hepatitis C dan penyakit lain, penyalahgunaan zat, merokok, banyak pasangan seksual dan hubungan seksual tanpa pelindung, kelahiran prematur, korioamnionitis, dan pemantauan atau uji janin invasif adalah faktor yang mempengaruhi resiko penularannya. (Varney, dkk, 2007)

j) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga kemungkinan mempengaruhi gangguan kesehatan pasien. (Estiwidani, dkk , 2008)

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Sulistyawati dan Nugraheny (2010) mengatakan pengkajian riwayat haid meliputi : Menarche dimana umumnya usia pertama kali menstruasi di Indonesia adalah umur 12-16 tahun, siklus haid normal 21 hari hingga 30 hari, teratur. Lama haid sekitar 2 hari sampai 7 hari paling lama 15 hari. Banyak darah yang dikeluarkan 10mL hingga 80mL per hari. Keluhan berupa rasa sakit, disminorea primer atau tidak merasakan sakit pada perut yang berlebihan maupun tidak ada keluhan.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi : HPHT dan siklus haid normal, gerak janin dirasakan ≥ 10 gerakan dalam 12 jam, tidak mengalami masalah dan tanda-tanda bahaya, merasakan keluhan-keluhan lazim pada kehamilan ; tidak merokok, mengosumsi obat-obatan terlarang (termasuk jamu-jamuan) dan minum-minuman beralkohol; kekhawatiran lain yang dirasakan. (Rukiyah, dkk,

2010)

Pada ibu hamil dengan PPI biasanya mempunyai riwayat kehamilan ganda, hidramnion, pre-eklampsia, perdarahan antepartum seperti solusio plasenta, plasenta previa, pecahnya sinus marginalis, ketuban pecah dini, serviks inkompetensia, infeksi pada vagina asenden (Nugroho, 2010).

c) Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas yang Lalu

Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm perlu dikaji menurut Rukiyah, dkk (2010). Riwayat yang normal adalah jumlah kehamilan ≤ 4 , jumlah persalinan ≤ 3 , dan persalinan serta nifas terdahulu normal tidak ada penyulit.

Pada ibu dengan PPI adanya riwayat abortus berulang dan perawatan prenatal care yang buruk (Wiknjsastro, 2012). Pada ibu hamil dengan PPI memiliki riwayat abortus pada trimester II lebih dari 1 kali, riwayat persalinan preterm sebelumnya, operasi abdominal pada kehamilan preterm (Nugroho, 2010)

5) Riwayat Perkawinan

Riwayat perkawinan perlu dikaji untuk mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga, yang perlu dikaji adalah usia nikah pertama kali, status pernikahan sah atau tidak karena akan mempengaruhi psikologisnya, lama pernikahan, dan perkawinan yang ke berapa. (Ambarwati dan Wulandari, 2010 dan Sulistyawati dan Nugraheny, 2010) Pada ibu hamil dengan PPI terjadi 15% terjadi persalinan prematur pada kawin tidak sah (Nugroho, 2010).

6) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

KB terakhir yang digunakan, jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan yaitu KB yang tidak mengganggu proses laktasi. (Hani, dkk, 2011)

7) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a) Pola Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori

per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang) (Saifuddin, 2009). Pada ibu yang kurang gizi dapat mempengaruhi terjadinya PPI (Nugroho, 2010).

b) Pola Eliminasi

Tonus dan motilitas lambung menurun serta usus terjadi reabsorpsi zat makanan, peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering BAK (Rukiyah, dkk, 2010). Pada ibu hamil dengan PPI biasanya disebabkan oleh adanya infeksi saluran kemih atau bakterinuria (Wiknjosastro, 2012).

c) Pola Aktivitas

Wanita hamil boleh bekerja, tetapi jangan terlampau berat. Penekanan pada ligamen dan pelvic, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, dkk, 2010). Pada ibu hamil dengan PPI biasanya melakukan pekerjaan yang terlalu berat (Nugroho, 2010).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah. (Rukiyah, dkk, 2010)

e) Pola Seksual

Menurut Kusmiyati, dkk (2010) selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka. Pada ibu dengan PPI biasanya frekuensi hubungan seksual berlebihan terutama pada usia kehamilan tua dan dengan posisi yang tidak aman

f) Pola Hygiene

Menjaga kebersihan diri penting terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saifuddin, 2009)

g) Pola Hidup Sehat

Gaya hidup seperti perokok, mengonsumsi obat-obatan, alkohol adalah hal yang sangat berbahaya bagi ibu dan bayinya. (Rukiyah, dkk, 2010). Pada ibu dengan PPI biasanya perokok berat atau lebih dari 10 batang/hari (Wiknjsastro, 2012).

h) Data Psikososial Dan Spiritual

Keadaan sosial budaya untuk mengetahui keadaan psikososial perlu ditanyakan : jumlah anggota keluarga, dukungan moril dan materil keluarga, pandangan dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan, pandangan terhadap kahamilan, persalinan, dan BBL serta sistem dukungan terhadap ibu dan pengambil keputusan dalam keluarga sehingga dapat membantu ibu dalam merencanakan persalinan yang lebih baik. (Estiwidani, dkk, 2008 dan Rukiyah, dkk, 2010).

i) Data Pengetahuan

Pengetahuan wanita hamil menentukan kebutuhan belajar wanita tersebut. (Varney, dkk, 2007)

2. Pengkajian Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Umum :

a) Keadaan Umum

Keadaan umum baik jika menunjukkan respon yang baik atau buruk terhadap lingkungan orang lain.

b) Kesadaran

Composmentis/ kesadaran maksimal.
(Sulistyowati dan Nugraheny, 2010)

c) BB Sebelum /Saat ini

Kenaikan BB selama hamil rata-rata 9 sampai 13,5 kg (selama TM III 9,5 kg). Makanan diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada, dan kenaikan metabolisme (Pantiawati dan Saryono, 2010).

d) TB

Ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil yaitu > 145 cm. TB ibu hamil < 145 cm beresiko memiliki panggul sempit (Rukiyah, dkk, 2010)

e) IMT

IMT normal adalah 19,8 sampai 26. (Bobak dkk 2005)

f) LILA

Standar minimal untuk ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. (Kusmiyati, dkk, 2010)

2) Tanda Vital

a) 100/60 – 140/90 mmHg (Johnson dan Taylor, 2005)

b) Nadi normal pada orang dewasa 60-100 kali/menit. (Ambarwati dan Wulandari, 2010)

c) Suhu maternal dapat meningkat 0,5°C (suhu normal 36,9°C sampai 37,1°C) (Black Burn dan Loper (1992) dalam Johnson dan Taylor (2005)). Pada ibu dengan PPI adanya demam yang akut (Oxorn, 2010).

d) Pernafasan berlangsung lebih dalam, frekuensi tidak berubah sekitar kira-kira 12-20 kali permenit. (Johnson dan Taylor 2005)

3) Status Present

Kepala : mesosepal, rambut warna hitam, bersih, tidak mudah rontok.

Muka : simetris, tidak oedema, pada ibu dengan PPI yang mengalami anemia maka wajahnya akan pucat.

Mata : konjungtiva pucat bila anemia, sklera putih, bersih, tidak ditemukan bengkak, tidak ada gangguan

penglihatan.

- Hidung : bersih, tidak ditemukan polip, tidak ditemukan tanda infeksi, tidak ada nafas cuping hidung.
- Mulut : bibir merah muda, bibir lembab, warna lidah kemerahan, lidah bersih, gigi bersih, tidak ditemukan caries, tidak bau mulut, tidak ada stomatitis.
- Telinga : bersih, tidak ditemukan gangguan pendengaran, tidak ditemukan tanda infeksi.
- Leher : tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan vena jugularis.
- Dada : simetris, denyut jantung normal, tidak ada retraksi dinding dada.
- Payudara : bentuk simetris, tidak teraba masa, tidak ditemukan nyeri tekan, bersih.
- Perut : bentuk simetris, tidak ditemukan luka bekas operasi, tidak ditemukan benjolan abnormal.
- Genetalia : bersih, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas : atas (tidak ditemukan kelainan, bentuk simetris, turgor baik)
Bawah (bentuk simetris, tidak ditemukan odema dan varises, turgor baik)
- Anus : tidak ditemukan hemoroid, bersih
(Sulistyowati dan Nugraheni, 2010 dan Baety, 2012)
- Reflek Patela : Menurut Potter dan Perry (2005) reflek patela +1 (normal rendah dengan sedikit kontraksi otot), dan +2 (normal dengan kekuatan otot yang dapat terlihat dan gerakan lengan atau tungkai).

4) Status Obstetrik

a) Inspeksi/Periksa Pandang

Muka : terdapat kloasma gravidarum, tidak ada oedema

wajah, tidak pucat.

Mamae : bentuk buah dada bulat, simetris, hiperpigmentasi puting susu dan aerola, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar.

Abdomen : menegang, pembesaran uterus sesuai usia kehamilan, striae dan linea gravidarum

Vulva : keadaan perineum tidak ada tanda infeksi, tidak ada varises, tidak ada kondilomata, atau flour normal. Pada ibu hamil dengan PPI adanya pengeluaran lendir kemerahan atau cairan pervaginam. Pada pemeriksaan dalam, pendataran 50-80 % atau lebih, pembukaan 2cm atau lebih (Saefuddin, 2009)

(UNPAD, 2011 dan Baety, 2012)

b) Palpasi

Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui tuanya kehamilan. Selain itu dapat ditentukan bagian janin yang terletak pada fundus uteri. Bila kepala teraba benda bulat dan keras, apabila bokong teraba bulat dan lunak.

Leopold II : untuk menentukan batas samping uterus dan dapat pula ditentukan letak punggung janin yang membujur dari atas ke bawah menghubungkan bokong dengan kepala.

Leopold III: Untuk menentukan bagian janin yang berada di bawah rahim.

Leopold IV: Untuk menentukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh sudah masuk pintu atas panggul. Bila belum masuk, teraba ballotement kepala.

(Wiknjosastro, 2012)

TFU : Apabila usia kehamilan di bawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila

kehamilan di atas 24 minggu memakai pengukuran mac donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simpisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya. (Depkes RI,2001 dalam Rukiyah, 2009)

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan Penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 minggu (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus.

(Saifuddin,2006 dalam Rukiyah,2009)

Garis dasar janin baru dapat dipalpasi setelah minggu ke 12 saat dilakukan pemeriksaan abdomen.Namun garis dasar ini juga bukan tanda diagnostik yang pasti.Ballotement dapat dirasakan melalui abdomen pada waktu yang hampir bersamaan. Pada tanda ini,tepukan tiba-tiba pada uterus dapat menyebabkan janin tenggelam ke dalam cairan amnion untuk membalas secara lembut jari-jari pemeriksa (Varney,2007).

TBJ (Taksiran Berat Janin) dalam gram dapat diketahui dengan Rumus Johnson-Tausak : $BB = (Mac Donald - n) \times 155$. Bila kepala di atas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala di bawah spina ischiadika maka $n = 11$. (Kusmiyati, 2010)

HIS / Kontraksi : Untuk mengkaji frekuensi, lamanya dan

kekuatan kontraksi. Pada ibu dengan partus prematurus iminens terjadinya kontraksi uterus yang teratur dengan jarak 7-8 menit atau kurang atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit sekali atau 1-2 kali (Wiknjosastro, 2012)

c) Auskultasi

Denyut Jantung Janin (DJJ) normal 110-160 kali permenit (Bobak, dkk, 2005). Punctum maksimum (PM), tempat dimana DJJ paling keras terdengar biasanya di punggung janin. Pada presentasi verteks, DJJ terdengar di bawah umbilikus ibu, baik pada kuadran bawah kiri atau kanan abdomen. (Bobak, dkk, 2005). Pada kehamilan fisiologis PM berjumlah 1 menunjukkan janin tunggal.

b. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mendukung ketepatan diagnosis PPI :

- 1) Pemeriksaan Laboratorium: darah rutin, kimia darah, golongan ABO, faktor rhesus, urinalisis, bakteriologi vagina, amniosentesis : surfaktan, gas dan PH darah janin.
- 2) USG untuk mengetahui usia gestasi, jumlah janin, besar janin, kativitas biofisik, cacat kongenital, letak dan maturasi plasenta, volume cairan tuba dan kelainan uterus

3. Analisa

Langkah mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi, oleh karena itu membutuhkan antisipasi pencegahan serta pengawasan. Analisa didapatkan berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif. Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial yang sebelumnya. Mengembangkan tindakan komprehensif yang ditentukan pada tahap sebelumnya, juga mengantisipasi diagnosa dan masalah kebidanan secara komprehensif yang didasari atas

rasional tindakan yang relevan dan diakui kebenarannya sesuai kondisi dan situasi berdasarkan analisa dan asumsi yang seharusnya boleh dikerjakan atau tidak oleh bidan (Varney, 2008).

4. Penatalaksanaan

Beberapa langkah yang dapat dilakukan pada PPI, terutama untuk mencegah morbiditas dan mortalitas neonatus preterm ialah:

a. Istirahat baring

Terdapat berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa istirahat baring bermanfaat baik dalam pencegahan maupun membantu penghentian partus yang telah berlangsung disertai dengan obat-obatan. Hidrasi intravena sering dianjurkan sebagai bentuk awal intervensi, sebelum mulai dengan obat-obat farmakologik.

b. Menghambat proses persalinan preterm dengan pemberian tokolitik, yaitu :

- 1) Kalsium antagonis: nifedipin 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang. Obat dapat diberikan lagi jika timbul kontraksi berulang. dosis maintenance 3x10 mg.
- 2) Obat β -mimetik: seperti terbutalin, ritrocin, isoksuprin, dan salbutamol dapat digunakan, tetapi nifedipin mempunyai efek samping yang lebih kecil. Salbutamol, dengan dosis per infus: 20-50 μ g/menit, sedangkan per oral: 4 mg, 2-4 kali/hari (*maintenance*) atau terbutalin, dengan dosis per infus: 10-15 μ g/menit, subkutan: 250 μ g setiap 6 jam sedangkan dosis per oral: 5-7.5 mg setiap 8 jam (*maintenance*). Efek samping dari golongan obat ini ialah: hiperglikemia, hipokalemia, hipotensi, takikardia, iskemi miokardial, edema paru.
- 3) Sulfas magnesikus: dosis perinteral sulfas magnesikus ialah 4-6 gr/iv, secara bolus selama 20-30 menit, dan infus 2-4gr/jam (*maintenance*). Namun obat ini jarang digunakan karena efek samping yang dapat ditimbulkannya pada ibu ataupun janin. Beberapa efek sampingnya ialah edema paru, letargi, nyeri dada, dan depresi pernafasan (pada ibu

dan bayi).

- 4) Penghambat produksi prostaglandin: indometasin, sulindac, nimesulide dapat menghambat produksi prostaglandin dengan menghambat *cyclooxygenases* (COXs) yang dibutuhkan untuk produksi prostaglandin. Indometasin merupakan penghambat COX yang cukup kuat, namun menimbulkan risiko kardiovaskular pada janin. Sulindac memiliki efek samping yang lebih kecil daripada indometasin. Sedangkan nimesulide saat ini hanya tersedia dalam konteks percobaan klinis.

Untuk menghambat proses PPI, selain tokolisis, pasien juga perlu membatasi aktivitas atau tirah baring serta menghindari aktivitas seksual.

Kontraindikasi relative penggunaan tokolisis ialah ketika lingkungan intrauterine terbukti tidak baik, seperti:

- 1) Oligohidramnion
- 2) Korioamnionitis berat pada ketuban pecah dini
- 3) Preeklamsia berat
- 4) Hasil *nonstrees test* tidak reaktif
- 5) Hasil *contraction stress test* positif
- 6) Perdarahan pervaginam dengan abrupsio plasenta, kecuali keadaan pasien stabil dan kesejahteraan janin baik
- 7) Kematian janin atau anomali janin yang mematikan
- 8) Terjadinya efek samping yang serius selama penggunaan beta-mimetik.

- c. Akselerasi pematangan fungsi paru janin dengan kortikosteroid,

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksudkan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan risiko *respiratory distress syndrome* (RDS), mencegah perdarahan intraventrikular, *necrotising enterocolitis*, dan duktus arteriosus, yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bilamana usia kehamilan kurang dari 35 minggu.

Obat yang diberikan ialah deksametason atau betametason. Pemberian steroid ini tidak diulang karena risiko pertumbuhan janin terhambat. Pemberian siklus tunggal kortikosteroid ialah:

- 1) Betametason 2 x 12 mg i.m. dengan jarak pemberian 24 jam.
- 2) Deksametason 4 x 6 mg i.m. dengan jarak pemberian 12 jam.

Selain yang disebutkan di atas, juga dapat diberikan *Thyrotropin releasing hormone* 400 ug iv, yang akan meningkatkan kadar *tri-iodothyronine* yang kemudian dapat meningkatkan produksi surfaktan. Ataupun pemberian suplemen inositol, karena inositol merupakan komponen membran fosfolipid yang berperan dalam pembentukan surfaktan.

d. Pencegahan terhadap infeksi dengan menggunakan antibiotik.

Mercer dan Arheart (2007) menunjukkan, bahwa pemberian antibiotika yang tepat dapat menurunkan angka kejadian korioamnionitis dan sepsis neonatorum. Antibiotika hanya diberikan bilamana kehamilan mengandung risiko terjadinya infeksi, seperti pada kasus KPD. Obat diberikan per oral, yang dianjurkan ialah eritromisin 3 x 500 mg selama 3 hari. Obat pilihan lainnya ialah ampisilin 3 x 500 mg selama 3 hari, atau dapat menggunakan antibiotika lain seperti klindamisin. Tidak dianjurkan pemberian ko-amoksiklaf karena risiko *necrotising enterocolitis*.

BAB III
KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 24 TAHUN G1P0A0 HAMIL
24 MINGGU 5 HARI DENGAN PARTUS PREMATURUS IMINENT
DI RSUD TUGUREJO KOTA SEMARANG**

A. PENGKAJIAN DATA SUBYEKTIF

1. PENGKAJIAN

Tanggal : 28 Oktober 2017
Jam : 11.15 WIB
Tempat : Instalasi Gawat Darurat

a. Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Identitas Pasien

Nama : Ny. T
Umur : 24 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Akademi
Pekerjaan : Swasta
Suku Bangsa : Jawa, Indonesia
Alamat : Jl, Puspuwarno No
7, Semarang

Penanggung Jawab: Suami

Nama : Tn. R
Umur : 26 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Suku Bangsa : Jawa, Indonesia
Alamat : Jl, Puspuwarno No 7,
Semarang

b. Data Subjektif

1) Alasan Datang

Ibu datang ingin memeriksakan kehamilannya karena merasakan keluhan yang tidak dapat ditahan.

2) Keluhan Utama

Ibu mengeluh perutnya terasa kencang dan telah mengeluarkan sedikit cairan bening (ketuban).

- Uraian keluhan utama

Ibu mengatakan ingin kontrol ke poli kandungan hari ini namun pendaftaran sudah tutup kemudian ibu ke IGD karena merasakan perutnya kencang-kencang tidak hilang dan telah mengeluarkan sedikit air ketuban pagi tadi jam 08.45 WIB.

3) Riwayat Kesehatan

a) Sekarang dan Yang Lalu

Ibu mengatakan baru saja opname pada tanggal 19 Oktober 2017 hingga 23 Oktober 2017 karena mengeluarkan darah segar dari jalan lahir dan merasakan nyeri perut bagian bawah.

b) Keluarga

Ibu mengatakan dari pihak keluarga ibu maupun suami tidak ada yang sedang maupun pernah menderita penyakit :

- (1) Menular : TBC, hepatitis, herpes/varicella, epilepsi, HIV/AIDS, sifilis, gonorea
- (2) Menurun : hipertensi, jantung, DM, anemia, cacat/keterbelakangan mental, keturunan kembar.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Menarche	: 13 tahun	Nyeri Haid	: tidak ada
Siklus	: 28 hari	Lama	: 7 hari
Warna darah	: merah	Leukorea	: tidak ada
Banyaknya	:		

Hari ke 1-3 ganti pembalut 4x/hari, penuh, merah tua

Hari ke 4-5 ganti pembalut 3x/hari, ½ penuh, merah muda

Hari ke 6-7 ganti pembalut 2x/hari, bercak-bercak, merah kecoklatan

b) Riwayat Kehamilan Sekarang :

G₁P₀ A₀usia kehamilan 24 minggu 5 hari

HPHT : 08 Mei 2017

HPL : 15 Februari 2018

Gerakan Janin : lebih dari 10 gerakan dalam 12 jam sejak usia kehamilannya 5 bulan.

TT : 2x

Minum jamu / obat selain vitamin: tidak

Pemberian Fe : SF 30 tablet 250 mg, paracetamol, asam folat (1x1)

Tanda bahaya : mengalami perdarahan pada tanggal 19 Oktober 2017 usia kehamilan 23 minggu 3 hari, menjalani rawat inap dan diberikan obat berupa nifedipin dan asam folat.

Kekhawatiran Khusus : ibu dan suami khawatir terjadi suatu hal yang berbahaya bagi janin.

ANC : $\pm 5x$ di Puskesmas dan RS

c) Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.

d) Riwayat Kehamilan, Persalihan dan Nifas Yang Lalu

Ini merupakan kehamilan pertama ibu.

5) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari – Hari

a) Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 1-2x/hari dengan nasi @1 piring sedang, sayur @1/2 mangkuk, lauk @1 potong sedang. Ibu sering tidak nafsu makan. Ibu sering makan buah. Ibu kadang makan cemilan kue basah. Tidak ada pantangan dalam makanan. Ibu minum air putih teh manis 7-8 gelas/hari. Ibu tidak minum susu.

b) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 6-7x/hari, warna kuning jernih, bau khas urine. Ibu mengatakan BAB 1x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi keras, bau khas feses.

c) Pola hygiene

Ibu mengatakan mandi 1x/hari, gosok gigi 1x/hari, ganti pakaian dalam 2-3x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas 1-2x/minggu, menggunakan alas kaki saat di luar rumah.

d) Pola seksual

Ibu mengatakan sudah tidak berhubungan seksual sejak mengalami perdarahan. Terakhir berhubungan sebulan yang lalu.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Ibu mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam 6-7 jam.

f) Pola Aktivitas

Ibu mengatakan setelah opname ibu banyak beristirahat di rumah. Ibu cuti bekerja dan tidak banyak beraktivitas yang berat sesuai anjuran dokter,

g) Kebiasaan yang merugikan

Ibu mengatakan tidak sedang dan tidak pernah mengonsumsi minum-minuman yang mengandung alkohol, jamu, obat-obatan terlarang, dan tidak sedang dan tidak pernah merokok.

6) Riwayat Psikososial-Spiritual

a) Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan status pernikahannya sah, usia ibu saat menikah 23 tahun dan usia suami 25 tahun. Ini merupakan pernikahan pertama, lamanya 1 tahun. Hubungan ibu dengan suami baik.

b) Kehamilan ini diharapkan oleh ibu, suami, dan keluarga. Keluarga sangat mendukung dan menantikan kelahiran anak pertama dan mendukung pemulihan ibu pasca opname.

c) Mekanisme coping : masalah diselesaikan dengan musyawarah dan diskusi dengan anggota keluarga untuk mendapatkan penyelesaian yang terbaik.

d) Ibu tinggal serumah dengan suami dan ibunya.

- e) Pengambilan keputusan utama adalah suami. Ibu dapat mengambil keputusan sendiri dalam keadaan gawat darurat.
- f) Orang terdekat ibu adalah suami dan ibunya. Yang menemani ibu saat periksa di IGD adalah suaminya. Suami terlihat khawatir dengan keadaan ibu.
- g) Ibu dan keluarga tidak memiliki adat istiadat yang dapat membahayakan ibu dan bayinya saat kehamilan ini.
- h) Penghasilan perbulan \pm Rp 3.500.000; cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- i) Praktek agama yang berhubungan dengan kehamilan :
Ibu dapat menerima segala bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nakes wanita maupun pria. Ibu boleh menerima tranfusi darah. Ibu boleh diperiksa genetaliaanya.

7) Tingkat pengetahuan ibu

Hal-hal yang sudah diketahui ibu : kondisi ibu bahwa ibu mengalami PPI.

Hal-hal yang ingin diketahui ibu : cara mengurangi ras nyeri akibat kencang pada perutnya.

B. PENGKAJIAN DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Kesakitan	Nadi	: 78 x/menit
Kesadaran	: Composmentis	RR	: 20 x/menit
Tensi	: 105/74 mmHg	BB	: 41 kg
Suhu/T	: 36,5 ⁰ C	TB	: 150 cm
IMT	: 18,22 kg/m ²	LILA	: 21 cm

b. Status Present

Kepala : mesosepal, rambut warna hitam, bersih, tidak mudah rontok.

Muka : agak pucat, tidak oedema

- Mata : konjungtiva pucat, sklera putih, bersih, tidak ditemukan bengkak, tidak ada gangguan penglihatan.
- Hidung : bersih, tidak ditemukan polip, tidak ditemukan tanda infeksi, tidak ada nafas cuping hidung.
- Mulut : bibir merah muda, bibir lembab, warna lidah kemerahan, lidah bersih, gigi bersih, tidak ada stomatitis.
- Telinga : bersih, tidak ditemukan gangguan pendengaran, tidak ditemukan tanda infeksi.
- Leher : tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan vena jugularis.
- Ketiak : tidak ada pembekakan kelenjar limfe.
- Dada : denyut jantung normal, tidak ada retraksi dinding dada.
- Payudara : bentuk simetris, tidak teraba masa, tidak ditemukan nyeri tekan, bersih.
- Perut : tidak ditemukan luka bekas operasi, tidak ditemukan benjolan abnormal.
- Punggung : tidak skoliosis, tidak lordosis, tidak kifosis.
- Lipat pahat : tidak ada varises, tidak ada tromboflebitis.
- Genetalia : bersih, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas : atas (tidak ditemukan kelainan, bentuk simetris, turgor baik)
Bawah (bentuk simetris, tidak odema, tidak varises, turgor baik)
- Anus : tidak ditemukan hemoroid, bersih
- Reflek patella kanan/ kiri : +1/+1

c. Status Obstetri

1) Inspeksi

- Muka : tidak ada kloasma gravidarum, tidak ada oedema wajah, pucat.

- Mamae : bentuk buah dada bulat, simetris, membesar, hiperpigmentasi puting susu dan aerola, puting susu menonjol.
- Abdomen : membesar, tidak terdapat striae dan linea gravidarum
- Vulva : keadaan perineum tidak ada tanda infeksi, tidak ada varises, tidak ada kondilomata, terlihat pengeluaran cairan bening/ ketuban, pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm.

2) Palpasi

- Leopold I : janin mobile. TFU 2 jari diatas pusat.
- TFU : 20 cm
- TBJ : 1240 gram
- HIS : 2-3 kali/ 10 menit durasi 35 detik.

3) Auskultasi

- DJJ : 163x/menit, teratur, jumlah satu, punctum maximum kanan bawah pusat.

2. Pemeriksaan Penunjang

19-10-2017		28-10-2017	
Leukosit	: 19,87 ribu/ml	Leukosit	: 24,47 ribu/ml
Eritrosit	: 2,82 juta/ μ L	Eritrosit	: 2,97 juta/ μ L
HB	: 9,00 gr/dL	HB	: 9,50 gr/dL
Hemotokrit	: 26,70 %	Hemotokrit	: 27,50 %
GDS	: 80 mg/dL	GDS	: 18 mg/dL
Golongan darah	: B (+)	Golongan darah	: B (+)
HBSAg	: non reaktif	HBSAg	: non reaktif

USG (19-10-2017)

Janin tunggal, hidup, intrauterin, UK 24 minggu, berat 950gr, ketuban cukup, plasenta di korpus anterior.

C. ANALISA DATA

1. Diagnosa Kebidanan

Ny. Y umur 24 tahun G₁P₀A₀ hamil 24 minggu 5 hari dengan partus prematurus imminent.

2. Masalah

- a. Nyeri perut akibat kontraksi uterus
- b. Ketuban pecah dini
- c. DJJ >160x / menit
- d. Kurangnya pengetahuan mengenai cara meredakan rasa nyeri

3. Kebutuhan

- a. Oksigenasi untuk mencegah terjadinya fetal distress.
- b. Pemberian cairan infus untuk intake cairan bagi tubuh ibu.
- c. Pendidikan kesehatan mengenai cara mengurangi rasa nyeri perut.

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 28 Oktober 2017

Jam : 11.40 WIB

1. Memberitahu ibu dan suami bahwa keadaan ibu secara umum tidak baik.

Ibu kesakitan, detak jantung janin melebihi normal.

Hasil : Ibu terlihat kesakitan. Suami terlihat khawatir,

2. Kolaborasi dengan dokter:

- a. Pemberian oksigenasi dengan tekanan 2 l/menit.
- b. Pemasangan infus pada lengan kanan ibu dengan cairan RL 13 tpm untuk intake cairan bagi tubuh ibu.
- c. Pengambilan darah untuk dilakukan cek darah lengkap.

Hasil : tindakan telah dilakukan sebagai langkah awal perbaikan kondisi ibu.

3. Memberitahu ibu untuk menarik nafas panjang untuk memperlancar sirkulasi O₂ ke janin agar detak jantung janin kembali normal. Menarik nafas panjang kemudian menghembuskan perlahan lewat mulut juga berfungsi untuk relaksasi mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu.

Hasil : ibu bernafas panjang dan menghembuskan perlahan. Ibu terlihat lebih baik. DJJ (12.00 WIB) 160x/menit, DJJ (12.15 WIB) 155x/menit

4. Memberitahu ibu dan suami bahwa ibu tidak boleh beraktifitas seperti berdiri dan berjalan karena ketuban sudah rembes yang dapat semakin parah bila ibu banyak bergerak.

Hasil : ibu dan suami akan melakukan saran bidan.

5. Memberi support ibu dan suami bahwa keadaan ibu akan semakin membaik, ibu dan bayi sehat sampai persalinan nanti. Menganjurkan suami serta keluarga untuk mendukung dan menemani ibu.

Hasil : ibu dan suami terlihat lebih tenang. Suami mengatakan akan selalu mensupport ibu

6. Membantu ibu untuk pindah ke ruang bersalin guna mendapatkan perawatan dan pengawasan lebih lanjut.

Hasil : ibu dipindahkan ke ruang bersalin.

7. Mendokumentasikan asuhan.

Hasil : asuhan telah didokumentasikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan pada Ny. T usia 24 tahun pada tanggal 28 Oktober 2017 di Instalansi Gawat Darurat RSUD Tugurejo Kota Semarang dilakukan pengkajian data subjektif maupun objektif. Hasil pengkajian data subjektif didapatkan data bahwa ibu hamil 24 minggu 5 hari datang ingin memeriksakan kehamilannya karena merasakan keluhan yang tidak dapat ditahan, ibu mengeluh perutnya terasa kencang dan telah mengeluarkan sedikit cairan bening (ketuban). Hasil pengkajian data objektif didapatkan kontraksi 2-3 kali/ 10 menit durasi 35 detik dan pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm. Berdasarkan pengkajian data tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami Partus Prematurus Iminent sesuai dengan teori yang dikemukakan Nugroho (2010) persalinan preterm atau partus prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu). Menurut Wibowo (2007), persalinan prematur adalah kontraksi uterus yang teratur setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum 37 minggu, dengan interval kontraksi 5 hingga 8 menit atau kurang dan disertai dengan satu atau lebih tanda berikut: (1) perubahan serviks yang progresif (2) dilatasi serviks 1 sentimeter atau lebih (3) penipisan serviks 80 persen atau lebih.

Pada kasus ibu baru saja opname pada tanggal 19 Oktober 2017 hingga 23 Oktober 2017 karena mengeluarkan darah segar dari jalan lahir dan merasakan nyeri perut bagian bawah maka ibu mempunyai riwayat PPI sebelumnya. Faktor resiko PPI menurut Wiknjosastro (2010) dari faktor ibu antara lain DM, pre eklampsia, HT, ISK, infeksi dengan demam, kelainan bentuk uterus, riwayat partus preterm atau abortus berulang, inkompetensi serviks, pemakaian obat narkotik, trauma, perokok berat, kelainan imun/resus.

Pada kasus IMT ibu 18,22 kg/m² hal ini menunjukkan bahwa ibu memiliki gizi yang kurang dikarenakan IMT normal adalah IMT normal adalah 19,8 sampai 26. (Bobak dkk, 2005). Jika seorang wanita hamil kekurangan gizi, dapat

dimengerti bahwa bayi dalam rahim ibu tidak menerima cukup nutrisi. Dengan kata lain, nutrisi dan mineral penting dalam mengembangkan seluruh kehidupan tidak disediakan dalam jumlah yang cukup. Akibatnya, bayi akan menunjukkan tingkat pertumbuhan yang buruk dan berat badan rendah. Dampak umum gizi buruk pada tubuh adalah sistem kekebalan tubuh yang lemah, risiko lebih besar terhadap penyakit, tingkat stamina rendah dan tinggi badan rendah. Wanita hamil yang telah mengalami malnutrisi melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Anak tersebut rentan terhadap pertumbuhan terbelakang, koordinasi kurang, gangguan penglihatan, kesulitan belajar dan banyak penyakit lainnya. Anemia adalah salah satu penyakit gizi buruk yang mempengaruhi beberapa wanita hamil di seluruh dunia. Hal ini meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi saat melahirkan. Dampak serius lainnya dari malnutrisi adalah kelahiran prematur, kesulitan melahirkan, perdarahan pascapersalinan dan cacat lahir.

Pada saat ibu opname tanggal, ibu diberikan terapi berupa nifedipin. Hal ini bertujuan untuk mengurangi aktifitas kontraksi uterus. Nifedipin secara signifikan menghalangi aktifitas kontraksi otot polos uterus pada wanita hamil dan pasca persalinan dengan menghalangi aliran kalsium pada membran sel otot. Nifedipin mengurangi amplitudo dan frekuensi kontraksi dan irama dasar miometrium. Nifedipin menghalangi aktifitas kontraksi spontan sebaik yang diinduksi oleh potasium, oksitosin, prodtaglandin, dan vasopressin. Nifedipin lebih efektif mengurangi aktifitas kontraktile miometrium pada kehamilan dibanding tidak hamil (Ichtar, 2008).

Pemeriksaan laboratorium pada saat ibu opname yang terdahulu menunjukkan bahwa ibu mengalami anemia dengan kadar HB 9,00 gr/dL yaitu pada tanggal 19 November 2017 sedangkan pemeriksaan laboratorium saat ini juga menunjukkan bahwa ibu anemia dengan kadar HB 9,50 gr/dL. Ibu dapat menderita anemia, sehingga suplai darah yang mengantarkan oksigen dan makanan pada janin akan terhambat, sehingga janin akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Janin harus segera dilahirkan, agar tidak terjadi hipoksia janin. Apabila sampai terjadi, maka akan mengakibatkan kematian janin. Anemia mengurangi suplai oksigen pada metabolisme ibu karena kurangnya

hemoglobin yang mengikat oksigen dan mengakibatkan efek tidak langsung pada ibu dan bayi antara lain, kerentanan ibu terhadap infeksi, kematian janin, kelahiran preterm dan bayi berat lahir rendah (Rahmawati, 2013). Pada kasus ketuban ibu sudah rembes, hal ini dapat disebabkan karena anemia yang dialami ibu. Menurut Huda (2013), anemia selama kehamilan menyebabkan ibu hamil tidak begitu mampu untuk menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi. Anemia juga dapat menimbulkan hipoksia fetal dan persalinan prematur. Bahaya terhadap janin, sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, dengan adanya anemia kemampuan metabolisme tubuh akan berkurang sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim akan terganggu. Anemia dapat menyebabkan hipoksia dan defisiensi besi sehingga dapat meningkatkan konsentrasi norepinefrin serum yang dapat menginduksi stres ibu dan janin, yang merangsang sintesis *corticotropin releasing hormone* (CRH). Konsentrasi CRH merupakan peningkatan faktor risiko utama untuk persalinan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. CRH juga meningkatkan produksi kortisol janin, dan kortisol dapat menghambat pertumbuhan longitudinal janin. Mekanisme alternatif bisa jadi bahwa kekurangan zat besi meningkatkan kerusakan oksidatif pada eritrosit dan unit fetoplasenta. Kekurangan zat besi juga dapat meningkatkan risiko infeksi ibu yang mengakibatkan pecahnya ketuban terlalu dini.

Ketuban pecah dini yang terjadi dapat memperparah terjadinya PPI pada kasus. Menurut Rahmawati (2013), Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum persalinan. Salah satu komplikasi dari KPD adalah meningkatkan resiko prematuritas dan komplikasi perinatal serta neonatal, termasuk 1-2% risiko kematian janin. KPD juga menyebabkan oligohidromnion yang akan menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia dan hipoksia pada janin dan membuat nutrisi ke janin berkurang serta pertumbuhannya terganggu. Perdarahan Antepartum meningkatkan resiko persalinan preterm, hal ini dikarenakan perdarahan yang hebat pada ibu sehingga ibu dan janin membutuhkan penanganan cepat supaya ibu tidak mengalami anemia dan janin

tidak mengalami hipoksia. Upaya untuk penanganan tersebut adalah melahirkan janin walaupun usia kehamilan masih preterm.

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 November 2017 menunjukkan kadar leukosit ibu 19,87 ribu/ml dan pada tanggal 28 November 2017 sebesar 24,47 ribu/ml. Hal ini juga dapat menjadi faktor terjadinya PPI dimana jumlah sel darah putih yang lebih dari $15.000/\text{mm}^3$ merupakan indikasi adanya infeksi pada wanita hamil. Pada wanita hamil, sebagai kompensasi mengandung janin terjadi peningkatan fisiologis dari leukosit. Efek ini terjadi akibat toleransi ibu terhadap antigen jaringan asing dari janin yang bersifat semialogenik. Penyebab leukositosis pada wanita hamil antara lain infeksi virus, infeksi bakteri, dan infeksi protozoa. Peningkatan kadar leukosit pada wanita hamil sering terjadi akibat adanya infeksi selama kehamilan sebagai respon terhadap agen infeksius. Proses inflamasi akibat agen infeksius ini akan mencetuskan mediator-mediator inflamasi seperti histamin, sitokin, leukotrien, dan prostaglandin. Hal ini menyebabkan terjadinya reaksi peradangan dengan perantara sel darah putih untuk melakukan proses fagositosis pada bakteri. Molekul aktif seperti prostaglandin E (PGE) dan prostaglandin F (PGF) terlibat dalam proses kelahiran normal. Dengan adanya proses infeksi, level sitokin dan PGE menjadi meningkat yang dapat menstimulasi terjadinya kelahiran prematur (Farida, 2012).

Pada kasus ibu bekerja sebagai karyawan swasta di pabrik garmen, aktifitas ibu yang terlalu berat dapat menjadi faktor resiko terjadinya PPI sesuai dengan yang dikemukakan Rahmawati (2013) bahwa wanita hamil tetap dapat bekerja namun aktivitas yang dijalannya tidak boleh terlalu berat. Istirahat untuk wanita hamil dianjurkan sesering mungkin. Seorang wanita hamil disarankan untuk menghentikan aktivitasnya apabila mereka merasakan gangguan dalam kehamilan. Pekerjaan yang membutuhkan aktivitas berat, berdiri dalam jangka waktu lama, pekerjaan dalam industri mesin, atau pekerjaan yang memiliki efek samping lingkungan harus dimodifikasi. Aktivitas fisik juga mempengaruhi kebutuhan nutrisi wanita hamil. Apabila wanita tidak dalam kondisi sehat, aktivitas yang keras dapat menyebabkan pengalihan glukosa dari janin dan plasenta ke otot-otot ibu untuk pembentukan energi. Ini juga dapat menyebabkan

hipoksia janin karena aliran darah melalui plasenta dialihkan ke ibu, sehingga suplai oksigen berkurang.

Penatalaksanaan yang dilakukan berupa pemberian oksigen dikarenakan detak jantung janin melebihi normal yaitu 163x/menit. Denyut Jantung Janin (DJJ) normal 110-160 kali permenit (Bobak, dkk, 2005). Pemberian oksigenasi bertujuan untuk meningkatkan oksigenasi ke janin karena mengalami hipoksia akibat PPI. Stabilisasi lain berupa pemasangan infus dan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium. Penatalaksanaan lainnya berupa anjuran untuk menarik nafas panjang untuk memperlancar sirkulasi oksigen dan teknik relaksasi karena ibu terlihat kesakitan. Menurut Fitriani (2014) teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Ibu meningkatkan aktifitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi ibu terhadap rasa nyeri. Hormon adrenalin dan kortisol yang menyebabkan stres akan menurun, ibu dapat meningkatkan konsentrasi dan merasa tenang sehingga memudahkan ibu untuk mengatur pernafasan.

Penatalaksanaan yang lain adalah memberi support ibu dan suami bahwa keadaan ibu akan semakin membaik, ibu dan bayi sehat sampai persalinan nanti. Menganjurkan suami serta keluarga untuk mendukung dan menemani ibu. Menurut Itsna (2015), kecemasan merupakan respon yang biasa terjadi pada seseorang dalam menghadapi situasi yang mengancam, resiko kehilangan sesuatu ataupun kurangnya kestabilan emosi dalam situasi yang tidak familiar. Dalam situasi tersebut, kebutuhan spiritual menjadi bagian integral dalam kesehatan fisik mental dan emosional. Kesejahteraan secara spiritual merupakan kondisi seseorang yang menunjukkan aspek positive dari spiritualitasnya dan juga adanya keseimbangan antara hubungan dengan dirinya, orang lain, lingkungan dan juga dengan Tuhannya. Kesejahteraan spiritual adalah sebagai coping dan juga dapat meningkatkan locus internal dalam mengendalikan situasi stress. Keluarga harus memberikan dukungan yang positif agar anggota keluarga yang lain tidak mengalami stres. Bila kondisi stres dapat dikendalikan maka modulasi sistem

imun menjadi lebih baik. Stres yang lama dan berkepanjangan akan berdampak pada penurunan sistem imun dan mempercepat progresivitas penyakit. Adanya keterkaitan antara kondisi stres dengan progresivitas penyakit, maka perlunya menciptakan lingkungan yang kondusif (Triyatno, 2009).

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan yang diberikan adalah asuhan kebidanan holistik kesehatan reproduksi pada Ny. T usia 24 tahun G1P0A0 usia kehamilan 24 minggu 5 hari dengan partus prematurus iminent di RSUD Tugurejo Kota Semarang didapatkan kesimpulan :

1. Pada pengkajian data subjektif Hasil pengkajian data subjektif didapatkan data bahwa ibu hamil 24 minggu 5 hari datang ingin memeriksakan kehamilannya karena merasakan keluhan yang tidak dapat ditahan, ibu mengeluh perutnya terasa kencang dan telah mengeluarkan sedikit cairan bening (ketuban). Hasil pengkajian data objektif didapatkan kontraksi 2-3 kali/ 10 menit durasi 35 detik dan pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm.
2. Setelah dilakukan pengkajian data subjektif dan objektif ditemukan kesimpulan diagnosa Ny. T umur 24 tahun G1P0A0 usia kehamilan 24 minggu 5 hari dengan partus prematurus iminent.
3. Setelah ditegakkan diagnosa kemudian dilakukan implementasi yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksigen, pemasangan infus, dan pengambilan sampel darah; menganjurkan teknik relaksasi nafas panjang; memberitahu ibu dan suami bahwa ibu tidak boleh beraktifitas seperti berdiri dan berjalan; dan memberikan support kepada ibu dan suami.
4. Hasil implementasi didapatkan ibu dipindahkan di ruang VK untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.
5. Pendokumentasian dilakukan dengan sistem SOAP.

B. Saran

a. Bagi Institusi Pendidikan

Disarankan institusi pendidikan dapat memanfaatkan laporan kasus ini sebagai bahan kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan pada kegawatdaruratan maternal neonatal, dapat

mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh yang bermutu dan berkualitas.

b. Bagi Lahan Praktik (Rumah Sakit)

Disarankan RSUD Tugurejo untuk menambahkan sumber daya manusia/ tenaga kesehatan bidan di IGD agar bila ditemukan kasus kegawatdaruratan dapat bekerjasama dalam melakukan asuhan yang maksimal demi kesejahteraan ibu dan janin.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Disarankan tenaga kesehatan dapat meningkatkan pelayanan dengan memberikan asuhan kebidanan secara holistik dan menyeluruh yang mempertimbangkan aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual.

d. Bagi Klien dan Keluarga

Disarankan ibu selalu optimis dengan penyembuhan penyakitnya dan untuk keluarga disarankan selalu memberikan dukungan mental dan materil kepada ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati E., Diah W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Benson, Ralph C. 2012. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Bobak IM., Deitra LL., Margaret DJ., Shannon EP. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2015. *Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang : Dinkes Kota Semarang
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2016. *Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang : Dinkes Kota Semarang
- Estiwidani D., Niken M., hesty W., Yani W. 2008. *Konsep kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Farida, Maharani, Soffin Arfian, & D. Dewi Nirlawati. 2012. *Hubungan Peningkatan Kadar Leukosit dengan Kejadian Persalinan Prematur di Rumah Sakit Umum Daerah DR. Moewardi*. Surakarta : UMS
- Fitriani, Rini. 2014. *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Pasien Inpartu Kala 1 Fase Laten Di RSKDIA Siti Fatimah Makasar Tahun 2014 "Jurnal Kesehatan Vol. VII No 2/2014"*. Makasar : UIN Alauddin Makasar
- Hani U., Jiarti k., Marjati., Rita Y. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika
- Hariadi, R. 2004. *Ilmu Kedokteran Fetomaternal*. Surabaya : Himpunan Kedokteran Fetomaternal Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.
- Huda, Nurul, Sulastri & Sri Enawati. 2013. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini di RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. Surakarta :UMS
- Ichtiarti, Puji. 2008. *Perbandingan Efektifitas Nifedipin dan Isoksuprin dalam Menghambat Proses Persalinan Preterm*. Semarang : UNDIP
- Johnson R., Wendy T. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Kemenkes RI, 2016. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI

- Kusmiyati Y., Heni PW., Sujiyatini. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
- M.Nugroho, Joseph HK, 2010. *Catatan Kuliah Ginekologi dan Obstetri*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2008. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, Taufan. 2010. *Buku Ajar Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan* Yogyakarta : Nuha Medika
- Oxorn Harry, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan (Human Labor and Birth)*. Yogyakarta : YEM.
- Pantiawati I., Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Potter PA., Anne GP., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan edisi 4 volume 7*. Jakarta: EGC
- Rahmawati, Dian, Sulastri & Endang Zulaicha. 2013. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi terjadinya Persalinan Preterm di RSUD DR Moewardi Surakarta*. Surakarta : UMS
- Rukiyah AY., Lia Y., Maemunah, Lilik S. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Saifuddin, AB. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwana Prawirohardjo
- Sulistyawati A, Esti N. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
- Varney H., Jan MK., Carolyn LG. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1*. Jakarta: EGC
- Wibowo B. & Rachimhadhi T. 2007. *Ilmu Kebidanan; Pre-eklampsia dan Eklampsia*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wiknjosastro H. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwana Prawirohardjo
- Wong, DL. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC