

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Asuhan Kehamilan

Hasil wawancara pasien Ny. K pada masa kehamilan dalam keadaan normal dilihat dari data sekunder yaitu buku KIA. Melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali bertempat di BPM, ibu sudah diberikan TT 1, TT 2 pada tanggal 18 Februari 2021, pengukuran LILA 25 cm, mengonsumsi tablet Fe 1x1 hari dan asam folat. Ibu tidak ada riwayat penyakit infeksi menular seksual, dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu : hemoglobin 11,3, protein urine negative, glukosa urine negative, pH 7,0, HIV, sifilis dan HBsAg non reaktif. Pemeriksaan TB paru, malaria dan pencegahan kecacingan tidak dilakukan.

Pelayanan antenatal terintegrasi adalah kombinasi yang berkesinambungan yang komprehensif berkaitan dengan ibu hamil untuk meningkatkan kualitas pelayanan antenatal sesuai dengan ketentuan dari departemen kesehatan. (Akbar, 2019)

Pelayanan ANC terintegrasi juga menggabungkan beberapa layanan seperti:

- a. Penanggulangan Gangguan Intelegensia pada Kehamilan
- b. Pencegahan Kecacingan dalam Kehamilan
- c. Pencegahan Malaria dalam Kehamilan
- d. Penatalaksanaan TB dalam Kehamilan dan Kusta
- e. Pencegahan dan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi
- f. Eliminasi Sifilis Kongenital dan Frambusia
- g. Pencegahan dan Pengobatan IMS/ISR dalam Kehamilan
- h. Antisipasi Defisiensi Gizi dalam Kehamilan
- i. Maternal Neonatal Tetanus Elimination

(Depkes RI, 2009)

Penelitian (Novi & Eka, 2017) di Puskesmas Jetis I Bantul berada dalam kondisi baik terkait pelaksanaan pencegahan penularan HIV dari ibu ke janin, eliminasi sifilis kongenital (ESK/CSE) dan frambusia, pencegahan

dan pengobatan IMS/ISK, antisipasi defisiensi gizi dalam kehamilan, DAN MNTE, menunjukkan hasil mayoritas berada dalam kondisi baik. sementara itu pencegahan malaria dalam kehamilan ,pencegahan cacangan pada kehamilan, penatalaksanaan TB dalam kehamilan, peningkatan intelegensia janin pada kehamilan dalam pemeriksaan antenatal care terintegrasi mayoritas berada dalam kondisi kurang.

Asumsi peneliti, pada ibu mengalami KPD saat masa kehamilan tidak memenuhi program pelayanan asuhan terintegrasi yaitu tidak dilakukan pemeriksaan TB paru karena tidak adanya indikasi untuk dilakukan pemeriksaan tersebut, malaria karena bukan didaerah endemic, dan pencegahan kecacingan karena tidak ada tanda gejala kecacingan seperti demam.

5.2 Asuhan Persalinan

Setelah dilakukan pemeriksaan pasien, wawancara dan studi dokumentasi didapatkan bawah Ny. K G2P1A0 usia kehamilan 34 minggu 3 hari dengan ketuban pecah dini, janin hidup tunggal intrauterine presentasi kepala dalam keadaan baik. Faktor predisposisi KPD pada Ny.K adalah usia kehamilan, usia pasien, paritas perilaku merokok. Penatalaksanaan KPD yang sudah dilakukan pada Ny.K di RSUD Indramayu adalah perawatan konservatif (pemberian antibiotic, pematangan paru) dan terminasi.

Temuan didukung teori yang dikemukakan oleh Prawirohardjo (2011) yang menyebabkan KPD berkorelasi uat dengan adanya gerakan janin, kontraksi Rahim, membesarnya uterus, dan selaput ketuban yang mengalami pelemahan uamanya di usia kehamilan <37 minggu. Hal ini dikarenakan danya struktur biokimia yang berubah pada daerah tertentu diketahui sebagai determinan rapuhnya selaput ketuban inferior. Sementra itu matriks degradigenenzyme mengalami peningkatan aktivitas seiring peningkatan protein hormone, sitokinan dan prostaglandin sehingga berekasi pada kasus KPD. Temuan menyebutkan faktor eksternal seperti

solusio plasenta, inkompetensi serviks, polihidramnion dan infeksi sebagai determinan KPD.

Sejalan dengan temuan yang dilakukan oleh Rizki, Arandiah dan Haedar (2020) frekuensi kejadian KPD berdasarkan usia kehamilan yang terbanyak yaitu 14 orang (42,4%) preterm dan yang terendah yaitu posterm sebanyak 9 orang (27,3%). (Fifi, 2017)(Rizki Wahyuni, Arindiah Puspo Windari, 2020)

Teori yang dikemukakan Maryuni et al determinan KPD yang berkontribusi lainnya adalah paritas tinggi, sehingga berdampak pada naiknya kasus kematian perinatal. KPD berhubungan dengan penurunan fungsi serviks yang terjadi seiring peningkatan paritas. Kejadian KPD, BBLR, preeklamsi dan abortus diidentifikasi berkaitan dengan status paritas (Irsam et al., 2014)

Hasil penelitian menurut (Sudarto & Tunut, 2016) menunjukkan bahwa jumlah kehamilan yang tinggi pada seseorang yang berpengaruh terhadap proses embriogenesis, dimana sebelum waktunya selaput amnion yang cenderung tipis akan bersifat mudah pecah. Kondisi tersebut akan menyebabkan peningkatan risiko amnion infeksi akibatserviks dengan struktur yang rusak. Hal tersebut menjadikan perlu adanya strategi untuk menciptakan kondisi reproduksi yang sehat.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Siclair (2003) menunjukkan bahwa lingkungan memegang peranan penting dalam kondisi kehamilan seorang perempuan. Salah satunya adalah rokok baik pasif maupun aktif yang dapat memberikan pengaruh buruk pada kondisi kehamilan. Hal tersebut berkaitan dengan berimplikasi pada kondisi kesehatan ibu hamil, yang merujuk tingginya komposisi zat kimia seperti hidrogen sianida, aseton, dan karbon monoksida hingga berjumlah sekitar 2500 zat. Penelitian menemukan bahwa merokok berimplikasi terhadap terjadinya peningkatan risiko lahir mati, KPD, kehamilan ektopik dan abnormalitas

Menurut hasil penelitian (Muntoha, Suhartono, Nur Endah, 2013) wanita yang terkena paparan asap rokok atau perokok pasif memiliki

gangguan yang lebih tinggi dibandingkan perokok aktif disebabkan kandungan kimia berbahaya yang lebih tinggi pada perokok pasif. Kondisi ini cenderung terjadi pada wanita yang memiliki suami perokok dikarenakan asap rokok dapat bertahan di udara dan beberapa perabotan dalam waktu yang lama sehingga otomatis toksin yang ada dalam rokok juga ikut bertahan dan dapat menjadi risiko gangguan bagi wanita yang menghirupnya. Milnerowicz mendukung temuan yang menyebutkan selaput ketuban dapat terganggu akibat dampak negatif toksisitas rokok.

Menurut teori usia kehamilan memiliki pengaruh dalam kondisi persalinan yang akan dilaksanakan. Kondisi usia di atas atau di bawah 20-35 tahun memiliki risiko tinggi terhadap adanya gangguan saat kehamilan akibat ketidaksiapan dan kondisi organ yang sudah tidak elastis. dalam menerima kehamilan (Sudarto, 2016). (Arma & Sagita, 2015)

Hasil penelitian (Fifi, 2017) menunjukkan bahwa peningkatan usia akan menyebabkan penurunan fungsi rahim sehingga menyebabkan kondisi jaringan rahim tidak subur. Hal tersebut akan menyebabkan kesulitannya plasenta untuk menempel pada tempat yang seharusnya. Selain itu kondisi panggul pada usia yang sudah tua untuk melahirkan menyebabkan rongga panggul kesulitan dalam menghadapi adanya komplikasi. Terjadinya peningkatan risiko KPD diketahui semakin naik seiring menurunnya kemampuan hormone termasuk regulasi dalam organ reproduksi yang menyebabkan terjadinya peningkatan komplikasi.

Penatalaksanaan

Menurut Sujiyatini, Muflidah, dan Hidayat, tatalaksana KPD pada kehamilan kurang dari 37 dapat dilakukan dengan tidak melakukan pemeriksaan dalam dan pemberian profilaksis, tokolitik dan kortikosteroid sesuai dosis sebagai preventif infeksi. Kortikosteroid diberikan untuk pematangan paru janin. Pasien akan direkomendasikan untuk tidur dengan posisi trendelenberg. Pasien juga diberi obat tokolitik untuk menunda proses persalinan.

Menurut SPO di RSUD Indramayu tahun 2019, penatalaksanaan umur kehamilah 28-35 minggu yaitu, memberikan dexamethasone 8 mg IV selama 2 hari, observasi tanda vital dan DJJ, memberikan antibiotic, tunggu partus spontan.

Wewenang bidan sesuai permenkes dalam penatalaksanaan KPD, dalam penanganan kasus KPD sesuai dengan Permenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 di poin ke-3 yaitu asuhan dan konseling selama kehamilan dimana bidan diharuskan untuk memberikan asuhan antenatal yang berkualitas untuk dapat menjaga kesehatan selama kehamilan meliputi deteksi dini, perawatan, pengobatan dan rujukan. Hal ini menandakan bahwa bidan harus bisa memberi pelayanan yang komprehensif dengan penapisan dini guna minimalisasi risiko komplikasi (Kepmenkes, 2007)

Hasil penelitian (Aprillia & Wicuk, 2019) permasalahan berat pada KPD adalah usia kehamilan yang berada pada masa di bawah 26 minggu. Ketika kondisi bayi telah berada pada kisaran 2 kg maka tentu akan dapat dipertimbangkan buat diinduksi. Kegagalan dalam proses induksi akan menyebabkan infeksi yang diikuti histerektomi. (Manuaba, 2008) tidak baring sebagai terapi konservatif dilakukan pada kehamilan di bawah 32 minggu, yakni pemberian sedative dengan antibiotic dan tokolitik serta tidak baring. Kehamilan harus segera diakhiri seiring temuan infeksi. Sementara itu induksi dapat dilakukan dalam kurun 24 jam jika telah memasuki usia 33 hingga 35 minggu. Sementara itu kehamilan di atasnya dapat dilakukan instruksi meneran atau melakukan induksi dahulu jika his ditemui (Sukarni, 2003)

Hasil pemeriksaan pada pasien, pada tanggal 29 Mei 2021 jam 22.30, ibu mengatakan mules – mules sering, portio tipis lunak,, tidak ada kelainan pemeriksaan dalam v/v, ketuban (-), pembukaan 4cm, presentasi kepala. Pasien dikirim ke VK. Pada jam 01.00, pembukaan lengkap.

60 langkah APN (Nurjasmi E. dkk, 2016) :

Asuhan persalinan pada kala II :

1. Pengamatan tanda dan gejala persalinan kala dua:

- a. Adanya keinginan guna meneran pada ibu.
 - b. Adanya peningkatan tekanan pada vagina dan rectum.
 - c. Menonjolnya perineum.
 - d. Terbukanya springter anal dan vulva vagina.
2. Persiapan pada obat, alat dan perlengkapan lain. Melakukan pematahan 10 unit ampul oksitosin dan tabung suntik steril disposable ditempatkan dalam partus set.
 3. Pemakaian celemek bersih serta apron..
 4. Pelepasan perhiasan melekat daerah bawah siku untuk kemudian melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Pengeringan tangan dengan handuk sekali pakai.
 5. Pemeriksaan dalam dengan handscoen DTT sekali pakai.
 6. Pemasukan 10 unit oksitosin ke tabung suntik dengan sarung tangan steril dan diletakkan dalam set partus tanpa kontaminasi.
 7. Pembersihan perineum dan vulva dengan menyeka dengan kasa dan kapas yang telah didesinfeksi. Adanya kontaminasi dengan kotoran harus dibersihkan arah depanmenuju belakang. Pembuangan sisa kasa, kapas dan sarung tangan yang terkontaminasi pada wadah yang disediakan.
 8. Pemeriksaan dalam untuk identifikasi pembukaan serviks. Pemberian tindakan amniotomi jika ketuban belum pecah.
 9. Melakukan dekontaminasi handscoen dalam laurtan klorin 0,5% selama 10 menit.
 10. Pemeriksaan DDJ dengan pastian dalam ambang batas normal (100 hingga 180 kali per menit).
 - a. DJJ yang tidak normal harus segera diambil tindakan.
 - b. Dokumentasi pada partograf terkait semua hasil pemeriksaan yang dilakukan.
 11. Pemberian informasi lengkapnya pembukaan pada ibu, termasuk kondisi janin. Ibu dibantu agar berada dalam posisi nyaman hingga meneran.

- a. Ibu ditunggu hingga berkeinginan meneran, sambil memonitoring kondisi janin dan ibu sesuai tata laksana pedoman serta menjalankan dokumentasi.
 - b. Anggota keluarga diberi penjelasan agar dukungan suportif diterima ibu sewaktu mulai meneran.
12. Memastikan ibu dalam posisi nyaman dengan bantuan keluarga.
13. Ibu diberi aba-aba dan dorongan melalui pimpinan ketika mulai meneran.
- a. Ibu dibimbing ketika merasa ingin meneran.
 - b. Ibu didukung dan diberi semangat ketika akan meneran.
 - c. Ibu diberi posisi nyaman saat akan meneran dengan setengah duduk.
 - d. Ibu dianjurkan istirahat selama terjadi kontraksi.
 - e. Pemberian asupan per oral.
 - f. Identifikasi DJJ per 5 menit.
 - g. Memberi rujukan jika ibu primipara 2 jam meneran dan ibu multipara 1 jam meneran belum bersalin.
 - h. Ibu dianjurkan jongkok atau jalan agar memudahkan proses persalinan. Ibu dianjurkan meneran saat puncak kontraksi.
14. Handuk bersih diletakkan di perut ibu apabila terlihat bukaan vulva 5 hingga 6 cm.
15. Kain bersih 1/3 bagian terlipat peletakkanya bokong ibu di bawahnya.
16. Partus set dibuka.
17. Kedua tangan menggunakan handscoen TT.
18. Lapisan kain digunakan pada tangan guna melindungi perineum ketika vulva membuka dengan tangan lain diletakkan di kepala bayi hingga keluar perlahan atas bantuan ibu meneran dan melakukan teknik napas cepat.
19. Pembershan bagian wajah bayi dengan kassa steril.
20. Pemeriksaan lilitan tali pusat sesuai tindakan:
- a. Melepaskan bagian atas kepala bayi jika terdapat lilitan tali pusat yang bersifat longgar.

- b. Melakukan klem dan pemotongan jika lilitan tali pusat bersifat erat.
21. Menunggu terjadinya putaran paksi dan keluarnya bayi dengan spontan.
 22. Penempatan tangan ketika putaran paksi luar telah dilakukan di bagian sisi muka bayi. Ibu dianjurkan meneran ketika merasakan kontraksi yang diarahkan hingga kemunculan bahu anterior dan dilakukan penarikan hingga bagian posterior bahu lahir.
 23. Dilakukan penelurusan tangan menuju arah perineum termasuk penyanggaan pada tubuh bayi dengan memanfaatkan lengan bagian bawah dengan berhati-hati hingga dilahirkannya bagian lengan.
 24. Mengulangi langkah yang sama hingga dilahirkannya kaki melalui pemegangan pada punggung sampai arah mata kaki.
 25. Penilaian kondisi bayi secara cepat untuk diletakkan di perut ibu. Mengusahakan posisi yang meminimalisasi asfiksia dengan pemendekan posisi kepala. Asfiksia harus ditangani dengan resusitasi.
 26. Melakukan pembungkusan bayi dengan bahan handuk hangat untuk kemudian diletakkan di dada ibu dan dilakukan skin to skin.
 27. Memberikan injeksi oksitosin.
 28. Melakukan penjepitan tali pusat 3 cm dari pusat bayi dengan klem, untuk kemudian dipotong diantara keduanya dengan tetap melindungi keselamatan bayi.
 29. Bayi dikeringkan dengan penggantian handuk untuk kemudian diselimuti. Kepala bayi tertutup dengan bagian abdomen dibiarkan terbuka.
 30. Anjuran ibu untuk melakukan IMD dan melakukan kontak kulit dengan bayi.

Asuhan persalinan pada kala III

31. Melakukan peletakan kain dan abdomen dipalpasi yang bertujuan guna menutup kemungkinan adanya bayi kedua
32. Pemberitahuan untuk injeksi kepada ibu.

33. Memberikan injeksi oksitoksin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah sebelumnya diaspirasi alam waktu dua menit setelah melahirkan
34. Melakukan pemindahan klem pada tali pusat
35. Salah satu tangan diletakkan di atas kain yang terdapat di perut ibu tepatnya bagian tulang pubis dan melakukan palpasi guna stabilisasi uterus.
36. Uterus ditunggu hingga timbulnya kontraksi, selanjutnya dilakukan palpasi dengan arah yang melawan.
37. Ibu diinstruksikan untuk meneran hingga lahirnya plasenta yang diikuti penarikan tali pusat sambil palpasi uterus dengan arah melawan.
 - a. Melakukan pemindahan klem 5 hingga 10 cm dari vulva jika diketahui panjang tali pusat bertambah.
 - b. Menegangkan tali pusat dan jika tidak juga lepas, harus diberi tindakan sebagai berikut:
 - 1.) Pengulangan injeksi oksitoksin 10 unit I.M
 - 2.) Katerisasi kandung kemih untuk identifikasi kualitas kandung kemih.
 - 3.) Penyiapan rujukan bagi keluarga yang mengurus.
 - 4.) Pengulangan untuk menegangkan tali pusat.
 - 5.) Melakukan rujukan jika tidak juga lahir pada plasenta.
38. Plasenta dapat dibantu kelahirannya dengan tangan apabila introitus vagina dilihat plasenta. Plasenta dikeluarkan dengan pemutar dan memilin selaput ketuban, termasuk kehati-hatian dalam identifikasi vagina dan Rahim dengan terlebih dahulu melakukan desinfeksi handscoen.
39. Pemberian massae uterus setelah dilahirkannya plasenta melalui peletakan di fundus dengan gerakan melingkar hingga timbul kontraksi.
40. Pemeriksaan pad akeutuhan selaput ketuban dan plasenta jika telah terlahir semuanya. Kemudian diletakkan dalam wadah khusus.

41. Melakukan penjahitan laserasi dengan perdarahan aktif pada perineum dan vagina.

Asuhan persalinan pada kala IV

42. Evaluasi dan monitoring untuk identifikasi kontraksi pada uterus.
43. Melakukan desinfeksi tangan pada larutan tinggi klorin hingga kering untuk tindakan selanjutnya.
44. Membyat simpul mati pada daerah sekitar tali pusat melalui penempatan klem.
45. Ikatan simpul mati dibuat menyebrang dari ikatan sebelumnya.
46. Klem dilepas untuk selanjutnya dibasuh larutan desinfektan
47. Bayi diselimuti dengan tetap menutup bagian kepala dengan bahan bersih
48. Ibu dianjurkan untuk memberikan IMD
49. Evaluasi pada perdarahan dan kontraksi uterus, yakni:
- 15 menit pertama evaluasi dilakukan 2 hingga 3 kali.
 - 15 menit pertama dalam satu jam evaluasi dilakukan berkala.
 - 20 hingga 30 menit berkala pada jam kedua.
 - Tata laksana atonia uteris ditegakkan pada kasus kontraksi tidak terjadi secara seharusnya.
 - Pemberian anestesi lokal sewaktu penjahitan dilakukan pada kasus laserasi.
50. Edukasi ibu untuk melakukan massae uterus.
51. Kehilangan darah dievaluasi..
52. Pemeriksaan TTV termasuk kandung kemih di jam pertama berkala 15 menit dan selanjutnya dilakukan berkala 30 menit.
- Suhu tubuh diperiksa berkala tiap satu jam hingga jam kedua
 - Prosedur tindakan diperbolehkan jika ada abnormalitas.
53. Alat yang habis pakai ditempatkan untuk dekontaminasi.
54. Bahan kontaminan harus dibuang pada tempat sampah khusus.
55. Desinfeksi larutan tingjat tinggi pada ibu dari semua kotoran dan cairan dengan melakukan penggantian pakaian.

56. Ibu dipastikan kenyamanannya. Ibu dibantu untuk IMD, termasuk memenuhi asupan makanan dan minuman ibu oleh keluarga.
57. Dekontaminasi daerah dibilas dengan iar bersih.
58. Pembersihan handscoen dengan desinfeksi tinggi.
59. Pembblisan telapak tangan dnegan air mengalir dan sabun,
60. Pelengkapan partogtaf secara utuh..(Depkes RI, 2018)

Hasil penelitian menurut (Eva et al., 2016) pada pasien dengan observasi dan evaluasi dari kala pertama hingga akhir, tata laksana bayi yang lahir KPD memiliki skor apgar 7 per 9 dengan usia 39 minggu.

Asumsi peneliti, penyebab ibu mengalami KPD yaitu pada usia preterm hal ini kemungkinan disebabkan karena melemahnya kekuatan selaput ketuban. Lalu paritas, dikarenakan sudah melahirkan lebih dari satu. Kemungkinan rokok bukan salah satu penyebab ibu karena suami tidak merokok didekat ibu dan karena usia ibu >35 tahun. Pada saat perawatan konservatif sudah diberikan antibiotic, pematangan paru dan terminasi bahwa ibu mengalami KPD bisa melahirkan dengan pervaginam.

5.3 Asuhan Nifas

Hasil pemeriksaan pasien pada masa nifas dalam keadaan norrnal, pemeriksaan TTV dalam batas normal dan hasil pemeriksaan fisik dalam keadaan normal, infeksi pada luka perineum tidak ditemui, pengeluaran darah sedikit dan masih normal, ibu mengatakan sudah mulai bisa beraktivitas normal.

Korelasi dengan teori asuhan postpartum dengan ibu yang mengalami persalinan ketuban pecah dini diidentifikasi peningkatan risiko infeksi pada kasus KPD seiring dengan luka perneum. Penegakan diagnose dilakukan dengan inadekuat imunitas, perineum mengalami luka, serta partus macet (Wilkinson and Ahern, 2012 dari jurnal (Kristiyana, 2014)

Berdasarkan Hasil penelitian (Lazuarti, 2020) diketahui infeksi dan nyeri akut menjadi masalah pada pada klien 1 yang mengalami KPD. Kondisi dengan diagnose ini diketahui dapat diturunkan melalui identifikasi pada nyeri sehingga klien menurunkan sikap protektif, timbulnya rasa nyaman, rileks yang dirasakan klien dan normalnya TTV. Hal ini berkorelasi dengan kemampuan klien untuk melakukan pembasuhan vulva dengan baik sehingga infeksi minim.

Asumsi peneliti, dapat dipahami bahwa postpartum dalam keadaan baik tanpa tanda infeksi. Tetapi di dalam teori mengatakan ibu postpartum dengan KPD dapat terjadi resiko infeksi. Tetapi hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lazuartri, 2020.

5.4 Asuhan bayi baru lahir

Hasil pemeriksaan pada neonatod dalam keadaan baik. Bayi lahir tanggal 30 April 2021 jam 01.16 WIB, panjang 48 cm, lingkardada 31 cm, lingkarlengan 10 cm, lingkarkepala 30 cm, berat badan 2750 gram, jenis kelamin perempuan, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, spontan menangis,.

Menurut teori, ketuban pecah dini dapat menyebabkan adanya asfiksia yang berkorelasi dengan amnion yang pecah dan berkurang sehingga dapat masuk pada paru janin. Peningkatan terhadap infeksi intrauterine dapat menjadi acuan untuk keakuratan penegakan diagnosis dengan menurunkan risiko infeksi. Hal ini diidentifikasi berkorelasi dengan pemeriksaan dalam yang dilakukan, termasuk pengurangan amnion dan asfiksia serta prolapses funiculli sebagai determinan infeksi (Wida, 2016 dari Jurnal Ilmu Kebidanan (Qoyimmah, 2021)

Hasil penelitian (Wulandari, 2017) dengan menggunakan Uji Fisher's Exact memberikan hasil bahwa terdapat hubungan KPD dengan asfiksia dimana seseorang ddengan KPD cenderung akan mengalami asfiksia

Asumsi peneliti, dapat dipahami bahawa pasien neonatus dengan ibu dengan KPD asfiksia tidak dialami dan tidak BBLR hal tersebut tidak sesuai karena karena janin, prolapses funiculi, partus premature dan asfiksia berkorelasi dengan penurunan jumlah cairan amnion akibat KPD sebelum persalinan.